



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SINDY MACIEL SILVA

**AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO POPULAR PRATICADAS PELOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ABORDAGEM DAS QUESTÕES DE SAÚDE EM  
CEILÂNDIA-DF**

Ceilândia/DF

2013

SINDY MACIEL SILVA

**AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO POPULAR PRATICADAS PELOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ABORDAGEM DAS QUESTÕES DE SAÚDE EM  
CEILÂNDIA-DF**

Monografia apresentada ao Curso de  
Graduação em Saúde Coletiva, da  
Faculdade de Ceilândia da Universidade  
de Brasília, como requisito para obtenção  
do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Ceilândia/DF

2013

Silva, Sindy Maciel.

As ações de Educação Popular praticadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na abordagem das questões de saúde em Ceilândia-DF / Sindy Maciel Silva. 2013.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).  
Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

Orientação: Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

1. Educação Popular 2. Educação e Saúde 3. Agente Comunitário de Saúde

SINDY MACIEL SILVA

AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO POPULAR PRATICADAS PELOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ABORDAGEM DAS QUESTÕES DE SAÚDE EM  
CEILÂNDIA-DF

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Profa Dra Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira  
Presidente

---

Prof. Dr. Oviromar Flores  
Membro Titular

---

Prof. Sérgio Ricardo Schierholt  
Membro Titular

Brasília, 17 de dezembro de 2013

## Dedicatória

A minha filha, Alice, que é a luz da vida e a alegria do lar, aos meus pais, Joel e Eldenir, que sempre me deram amor, carinho, compreensão e tudo de melhor que eles tinham, a Deus, a família e aos amigos que estão presentes em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Profª Drª Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira que me acolheu e me orientou com tanto carinho. E que além de professora e orientadora foi amiga e me apoiou nos momentos difíceis da graduação.

Agradeço a Gerente do Centro de Saúde N° 08, Maria de Lurdes Granja Avelino, que autorizou a realização da pesquisa.

Agradeço aos dezessete Agentes Comunitários de Saúde que deram cor e forma a esse trabalho.

E agradeço também a todos os outros profissionais do Centro de Saúde N°08 que me acolheram em seu espaço de trabalho e me deram todo o apoio necessário.

É coisa preciosa à saúde, e a única em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injuriosa.

MICHEL EYQUEM MONTAIGNE  
(1533-1592), *Ensaíos*.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Perfil dos ACS do Centro de Saúde nº08: Idade.....	32
Gráfico 2: Perfil dos ACS do Centro de Saúde nº08: Sexo.....	33
Gráfico 3: Perfil dos ACS do Centro de Saúde nº08: Tempo de Serviço.....	33
Gráfico 4: Definições sobre o conceito de Educação Popular em Saúde.....	34
Gráfico 5: Locais onde os ACS tiveram formação que tratou a Educação Popular em Saúde.....	36
Gráfico 6: Prática de Educação Popular desenvolvida junto à população.....	37
Gráfico 7: Características de uma prática de educação popular realizada pelos ACS.....	40
Gráfico 8: Definições de por que a Educação Popular, dentre as ações que o ACS desempenha no seu dia a dia, seria a mais importante.....	42
Gráfico 9: Relação das ações educativas desenvolvidas com a população consideradas muito importantes para a promoção da saúde.....	43
Gráfico 10: Atividades mais recorrentes no cotidiano de trabalho do ACS.....	44
Gráfico 11: Dificuldades encontradas para o desenvolvimentos das ações educativas.....	45

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisas

CS – Centro de Saúde

DF – Distrito Federal

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP – Educação Popular em Saúde

FEPECS/DF– Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal

HRC – Hospital Regional de Ceilândia

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS-SUS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

Resumo.....	13
Abstract. ....	14
INTRODUÇÃO .....	15
1. EDUCAÇÃO POPULAR E A SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	17
1.1. Educação Popular.....	17
1.2. O Educador Popular.....	18
1.3. A Educação Popular em Saúde.....	20
1.3.1. Modelos de Educação em Saúde.....	21
1.3.1.1. <i>O Modelo Tradicional de Educação Em Saúde</i> .....	21
1.3.1.2. <i>O Modelo Dialógico de Educação em Saúde</i> .....	22
1.3.2. Os Enfoques de Educação em Saúde.....	22
1.3.2.1. <i>Enfoque Preventivo</i> .....	23
1.3.2.2. <i>Enfoque da Escolha Informada</i> .....	23
1.3.2.3. <i>Enfoque de Desenvolvimento Pessoal</i> .....	23
1.3.2.4. <i>Enfoque Radical</i> .....	24
1.3.2.5. <i>A Educação Popular e Saúde</i> .....	24
1.4. Estratégia Saúde da Família.....	25
1.4.1. Equipe Saúde da Família.....	25
1.4.1.1. <i>Agente Comunitário de Saúde</i> .....	25
1.4.1.2. <i>Competências e Atribuições Profissionais do Agente Comunitário de Saúde</i> .....	27
2. DA PESQUISA, SEUS OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	29
2.1. Justificativa.....	29
2.2. Objetivos.....	29
2.2.1. Objetivo Geral.....	29

2.2.2. Objetivos Específicos.....	30
2.3 Metodologia.....	30
3. RESULTADOS.....	32
3.1 Perfil.....	32
3.2 Educação Popular.....	33
3.2.1 Conceito de Educação Popular em Saúde.....	34
3.2.2 Curso de Formação em Educação Popular.....	35
3.3 Práticas Educativas.....	36
3.3.1 Práticas de Educação Popular Desenvolvidas junto à População.....	36
3.3.1.1 Orientações e Visitas Domiciliares.....	37
3.3.1.2 Palestras.....	39
3.3.2 Características de uma Prática de Educação Popular.....	39
3.3.3 Definições de por que a Educação Popular, dentre as ações que o ACS desempenha no seu dia a dia, seria a mais importante.....	41
3.3.4 Práticas de Educação Popular, uma competência de quem? .....	42
3.3.5 Práticas Educativas desenvolvidas junto à população consideradas muito importantes para a Promoção da Saúde.....	43
3.4 Cotidiano de Trabalho do ACS.....	44
3.4.1 Atividades mais recorrentes.....	44
3.4.2 Dificuldades encontradas para o desenvolvimento de ações educativas....	45
3.4.2.1. Falta de Estrutura Física.....	45
3.4.2.2. Falta de Agilidade e Dificuldades do Serviço Público.....	46
3.4.2.3. Falta de Materiais.....	47
3.4.2.4. Falta de Adesão da População.....	48
3.4.2.5. Falta de Capacitação.....	48
3.4.2.6. Falta de Apoio.....	48
3.4.2.7. Outras Dificuldades.....	49
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS	
ANEXO 1 – Roteiro de entrevista utilizado na pesquisa.....	54
ANEXO 2 - Modelo do TCLE utilizado.....	55

ANEXO 3 - Modelo do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa.....	57
ANEXO 4 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FEPECS/SES-DF.....	58
ANEXO 5 – PORTARIA N° 2.761 (PNEPS-SUS).....	59

## RESUMO

A Educação Popular é realizada por meio de processos contínuos e permanentes de formação. Possui a intencionalidade de transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos. Na Atenção Básica, práticas de Educação Popular possibilitam o fortalecimento da participação comunitária, e produzem ações e serviços capazes de atender as especificidades da comunidade local. Dentre os profissionais de saúde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional mais indicado para realizar essas ações de educação popular, pois suas atribuições e competências já estão vinculadas ao cotidiano da população e por ele ser o elo intermediário entre a comunidade e os serviços. O objetivo geral desse trabalho foi de conhecer as ações de educação popular em saúde realizada pelos ACS que atuam no Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia e a concepção de educação popular que orienta essa prática. É uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva, que teve como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/DF). Os sujeitos foram os Agentes Comunitários de Saúde que trabalhavam há mais de dois anos no Centro de Saúde e que aceitaram a fazer parte desta. Os resultados apontaram que os ACS respondentes compreendem que a educação popular seja uma forma de orientação e de prevenção de doenças e que durante seu processo de trabalho eles utilizam mais o enfoque preventivo e seguem o modelo tradicional de educação em saúde. Foram apontadas como ações de educação popular em saúde predominante no cotidiano de trabalho dos ACS a realização de palestras, entrega de panfletos, visitas domiciliares, marcação de consulta e orientações. Essas ações possuem uma abordagem mais impositiva e preventivista e não correspondem com ações de educação popular que é caracterizada pela abordagem mais dialógica. Nessa perspectiva a oportunidade de oferta de cursos de formação em educação popular para esses profissionais, já que a educação popular é estruturante no processo de trabalho deles e a formação nessa área, é de suma importância para a qualificação da atenção e do cuidado em saúde.

**Palavras Chaves:** Educação Popular, Educação e Saúde, Agente Comunitário de Saúde.

## **ABSTRACT**

Popular Education is performed by continuous process and permanent formation. It aims to transform reality from the role of subjects. At Primary Health Care, popular education may strengthen community participation and produce actions and services capable of attending the particularities of a community. Among health professionals, Community Health Agent (ACS in Portuguese) is the most indicated professional to perform these popular education actions, because the duties and powers are already linked to the everyday life of the population, and he is also an intermediate nexus between community and services. The general aim of this work was knowing actions of popular education in health executed by ACS that act at Centro de Saúde Number 08 in Ceilândia and the conception of popular education that guides this practice. It is a research of qualitative and descriptive nature, that had as tool of data collection a semi structured interview script, approved by the Committee of Ethics in Research of the Foundation for Teaching and Research in Health Sciences (FEPECS/DF in Portuguese). The subjects were the Community Health Agents that worked there for more than two years and accepted to be part of it. Research shows that the ACS understand popular education as a form of orientation and prevention of diseases and while they are working they use the prevention focus and follow the traditional standard of health education. Lectures, pamphlets delivery, home visits, appointments and orientation were the prevailing actions of health popular education in the everyday of ACS. These actions have a more imposing and preventive approach and do not correspond to actions of popular education, characterized by the dialogical approach. This perspective concludes that it is necessary to exist a popular education formation course for these professionals, once popular education is structural in their working process and this area is quite important to qualify health attention and health care.

**Key words:** Popular Education, Education and Health, Community Health Agent.

## INTRODUÇÃO

A educação popular em saúde vem sendo referida como importante e adequada nas ações de saúde. Ela traz uma abordagem de base Freiriana por possuir uma concepção de educação, realizada por meio de processos contínuos e permanentes de formação, que possui a intencionalidade de transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos. Ela é amparada pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), que busca uma prática político-pedagógica a partir do diálogo entre a diversidade de saberes.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se configura como um espaço privilegiado para o desenvolvimento da prática educativa, possibilitando a ampliação e fortalecimento da participação comunitária. Dentre os profissionais que compõem o ESF, o agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional mais indicado para realizar as ações de educação popular, pois suas atribuições e competências já estão mais vinculadas ao cotidiano dessa população e por ele ser o elo intermediário entre a comunidade e os serviços.

A Educação Popular em Saúde (EPS) é apontada como atribuições do ACS na literatura e é descrita, desde 2002, pela Lei nº 10.507, como uma de suas competências profissionais. Portanto, a ele cabe uma abordagem dialógica e problematizadora das questões de saúde da comunidade, na tentativa de promover uma aquisição do saber através da valorização do conteúdo vinculado ao contexto histórico, social, cultural e científico da população.

Esse estudo que tem como aporte teórico as ciências sociais procura conhecer as ações de educação popular em saúde realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde que atuam no Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia e as concepções de educação popular que orientam essa prática. Também foi objetivo dessa pesquisa identificar o conceito de educação popular que esses ACS possuem, elencar as ações educativas predominante em seu cotidiano do trabalho e relacionar as características dessa prática com as apontadas pela abordagem da educação popular em saúde.

Estudar a ação educativa em saúde e conhecer as ações de educação popular que são desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde na localidade de Ceilândia,

especificamente no Centro de Saúde nº08, contribui para fomentar as reflexões sobre a prática desse profissional e sobre a educação popular e saúde, produzindo assim uma melhor qualificação da atenção e do cuidado em saúde.

## **1 – EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA**

A Educação Popular em Saúde (EPS) vem concretizando suas bases em meio ao conceito de promoção da saúde e, dentro desta, dialogando com o conceito de empoderamento.

Recentemente, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), através da Portaria N° 2.761, de 19 de novembro de 2013. Ela reafirma os princípios constitucionais do SUS e propõe uma prática político-pedagógica a partir do diálogo entre a diversidade de saberes. Seus princípios são: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. E seus eixos estratégicos são: a participação, o controle social e gestão participativa, a formação, a comunicação e produção de conhecimento, o cuidado em saúde e a intersetorialidade e diálogos multiculturais.

A PNEPS-SUS possui onze objetivos específicos, dentre eles os mais relacionados com esse estudo são o I, o VI, VII e o IX que se referem respectivamente a: promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS; apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; e apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades.

A educação popular está descrita em lei como uma das competências do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e tem sido apontada na literatura como uma estratégia estruturante de seu trabalho. O ACS é referenciado como o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Seu trabalho tem uma função mediadora, pois de todos os profissionais de saúde, ele se encontra mais próximo das pessoas da comunidade e dos seus modos de viver.

### **1.1. A Educação Popular**

O Brasil foi um país pioneiro na constituição do método da Educação Popular, que começa a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados a Igreja católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra, se voltam para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da educação popular. Seu livro *Pedagogia do Oprimido* ainda repercute em todo o mundo.

Atualmente compreende-se a educação popular, fundamentada no referencial teórico-metodológico freiriano, como uma concepção de educação, realizada por meio de processos contínuos e permanentes de formação, que possui a intencionalidade de transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos (INSTITUTO PAULO FREIRE, 2012).

A Educação Popular é considerada uma educação comprometida e participativa orientada pela perspectiva de realização de todos os direitos do povo. Ela baseia-se no saber da comunidade e incentiva o diálogo, visa à formação de sujeitos com conhecimento e consciência cidadã e a organização do trabalho político para afirmação do sujeito. É uma estratégia de construção da participação popular para o redirecionamento da vida social. Sua principal característica é utilizar o saber da comunidade como matéria prima para o ensino. É aprender a partir do conhecimento do sujeito e ensinar a partir de palavras e temas geradores do cotidiano dele (BRANDÃO, 1986).

Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior das classes populares. Isso faz com que o educando se sinta "em casa" e se mantenha participativo durante todo o processo.

Portanto, o papel da educação popular é contribuir na construção de sujeitos detentores liberdade e autonomia, que lutam para conquistar seus direitos. Em outras palavras, pode-se dizer que ela é uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

## 1.2. O educador popular

O educador popular é um sujeito designado a vir aos grupos populares com um saber que lhe é específico e que dá a estes grupos uma contribuição teórica própria. Ele deve

compreender a realidade por ter um grau de relação com o universo simbólico do educando. Seu principal objetivo é o fortalecimento das classes populares como sujeitos de produção e comunicação de saberes próprios, visando à transformação social, através da problematização da realidade junto aos educandos.

Com base neste objetivo principal e nas experiências de práticas educativas populares descritas na literatura, pode-se construir um perfil do educador popular que é condicionado, não apenas pelo contexto educativo em que atua (formal ou não formal), mas também pelos princípios que orientam essa prática.

Na literatura, o perfil do educador popular sempre aparece assumindo duas características frequentes: a de educador como ponte e a de educador como mediador do processo pedagógico. O educador como ponte está associado ao papel de apoiador, que é passagem entre os conhecimentos populares e científicos. Ele é sujeito que subsidia a ação dos educandos e facilita suas reflexões. Na área da saúde, ele é o responsável por fazer a ponte entre a comunidade os serviços.

O educador como mediador tem o papel de problematizar a realidade junto aos educandos, sendo, ao mesmo tempo, mediado pelo movimento de ação- reflexão-ação, implícito ao processo educativo popular.

Segundo Freire (1987) o processo educativo está centrado no educando, e ao educador cabe a função de motivar, estimular e deixar fluir as motivações do aluno. O educador também é um transmissor de informações, contextualizadas na realidade dos sujeitos com quem ele atua.

Segundo Vasconcelos (2003) ao educador popular cabe o investimento na criação de espaços de elaboração das perplexidades e angústias advindas do contato intercultural, denunciando situações em que a diferença de poder entre os grupos e pessoas envolvidas transforme as trocas culturais em imposição

Durante o processo educativo todos os sujeitos se transformam, porque tanto os educandos, quanto os educadores mobilizam os próprios saberes e a própria leitura da realidade. Desse modo, a formação dos educadores vai se construindo à medida que ele conhece os seus educandos, ou seja, o educando e o educador formam-se mutuamente, ao longo do processo educativo. E de acordo Paulo Freire “já não se pode afirmar que alguém liberta alguém, ou que alguém se liberta sozinho, mas os homens se libertam em comunhão” (FREIRE, 1987, p.130).

### 1.3. A Educação Popular em Saúde

A EPS define-se como um campo de prática e conhecimento que se ocupa com a ligação entre a ação de saúde e o pensar e o fazer do dia a dia da população (SOPHIA, 2001). Essa experiência acontece quando o trabalho profissional entra em diálogo com a cultura popular.

Vasconcelos (2001) define a educação popular em saúde como um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde.

Este movimento, cuja convergência é dada pelo compartilhamento dos princípios da Educação Popular formulados por Paulo Freire, possui diversas experiências, recolhidas e sistematizadas a partir de problemas de saúde específicos no âmbito dos serviços de saúde, dos locais de moradia e trabalho (STOTZ, 1993).

O adjetivo popular presente na educação popular e saúde não se refere ao público, mas à perspectiva política com a qual se trabalha com a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos, na maioria das vezes pertencentes às classes populares (VASCONCELOS, 2003).

O método da educação popular é tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. Na área da saúde, isto significa considerar as experiências das pessoas sobre o seu sofrimento e suas compreensões de saúde. Ou seja, é admitir um outro saber, tão válido no âmbito do diálogo quanto o saber técnico - científico.

Como afirma Stotz (1993) em seu texto *Enfoques Sobre Educação Popular e Saúde*:

Apesar do conhecimento fragmentado e pouco elaborado que as pessoas comuns têm sobre a saúde, a valorização do saber popular permite a “superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro” ( STOTZ, 1993, p.19).

Em outras palavras, isso significa que apesar de existir uma grande diferença entre o saber dito científico e o saber dito popular, eles podem coexistir dentro da perspectiva dos serviços de saúde.

A Educação em Saúde permite a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Ela tem sido instrumento fundamental na construção de uma medicina integral, pois se dedica à ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas (VASCONCELOS, 1997).

### 1.3.1. Modelos de Educação em Saúde

Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010), em sua publicação *Modelos aplicado às atividades de educação em saúde*, definem e discutem sobre dois modelos educacionais utilizados nas atividades de Educação em Saúde: o Modelo Tradicional de Educação em Saúde e o Modelo Dialógico de Educação em Saúde.

#### *1.3.1.1. O modelo tradicional de educação em saúde*

O Modelo Tradicional de Educação em Saúde está fortemente enraizado nas práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde. Neste modelo, a transmissão do conhecimento técnico-científico é privilegiada, sendo o educador o detentor do saber e o educando um depósito a ser preenchido pelo educador.

A comunicação é caracterizada pelo caráter informativo, na qual o educador explicita ao educando, hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Nesse tipo de comunicação não há aquisição de conhecimento, mas a memorização do conteúdo narrado pelo educador (FREIRE, 1987).

As ações educativas são estruturadas no sentido de ampliar as informações da população sobre os principais danos e agravos. A principal característica desse modelo é o repasse de recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção. O pensamento é apenas curativista, com foco nas patologias, o que caracteriza uma relação profissional-paciente impositiva na qual a prevenção das doenças está unicamente relacionada a mudanças e atitudes e comportamentos individuais (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010).

As vantagens do Modelo Tradicional é proporcionar para a população o conhecimento produzido cientificamente, com aquisição de conteúdos e ampliação de informações sobre o seu dano/agravo. Como desvantagens, têm-se um relacionamento verticalizado entre educador e educando; a formação de um indivíduo passivo, mero receptor de informações, que pode não saber aplicá-las a sua realidade, já que esta não é considerada pelo profissional, durante as atividades de Educação em Saúde.

#### 1.3.1.2. O Modelo Dialógico de Educação em Saúde

O Modelo Dialógico de Educação em Saúde propõe a construção do conhecimento, que deve ser pautado no diálogo, em que o educador e educando assumem papel ativo no processo de aprendizagem, através de uma abordagem crítico-reflexiva da realidade.

O educando é reconhecido sujeito portador de um saber. O educador já não é mais o que apenas educa, mas o que enquanto educa, é educado. Ambos, assim se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos.

As vantagens do modelo dialógico de educação em saúde é a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, co-responsabilizando-o e capacitando-o para a tomada de decisões relativas à sua saúde. Apresenta como desvantagem a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais para a aplicação deste modelo durante as atividades de Educação em Saúde.

#### 1.3.2. Os Enfoques de Educação em Saúde

Em seu artigo sobre enfoques de educação em saúde, Stotz (1993) também apresenta modelos de educação em saúde, que são apresentados no texto como enfoques educativos. Ele considera que os enfoques educativos podem ser divididos em cinco tipos: Enfoque preventivo, enfoque da escolha informada, enfoque de desenvolvimento pessoal, enfoque radical e a educação popular em saúde.

### *1.3.2.1. Enfoque preventivo*

O enfoque educativo preventivo orienta-se segundo o "modelo médico". Sua principal característica é associação entre os padrões comportamentais e padrões de doença, e sua eficácia está intimamente ligada a comportamentos preventivos como: aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos. As informações geralmente são passadas por meio das consultas e palestras.

Esse foi o enfoque educativo que predominou nos serviços de saúde durante décadas e pregava que a causa das doenças modernas estava relacionada com o comportamento dos indivíduos, ou seja, o comportamento era visto como um fator de risco, e estimulava gastos com a assistência médica, pois essa traria o melhor custo benefício.

### *1.3.2.2. Enfoque da escolha informada*

O enfoque da escolha informada foi desenvolvido após a instituição do Programa Saúde da Família em 1994, quando o preventivismo deixou de ser exclusivo e surgiu a proposta de ampliar a cobertura de serviços e de mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil.

A principal característica desse enfoque educativo é a de enfatizar o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde, ou seja, o profissional de saúde deveria compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre saúde, bem como discutir suas implicações. A eficácia do enfoque da escolha informada pressupõe demonstrar que o usuário tenha uma compreensão genuína da situação.

### *1.3.2.3. Enfoque de desenvolvimento pessoal*

O enfoque de desenvolvimento pessoal tem como principal característica, facilitar a eleição informada, desenvolvendo destrezas para a vida, a exemplo da comunicação, do

conhecimento do corpo, da gestão do tempo para cumprir a prescrição médica, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos. O objetivo desse enfoque é de aumentar as potencialidades do indivíduo para que ele possa ter condições de realizar a "eleição informada" de comportamentos ou ações.

#### *1.3.2.4. Enfoque Radical*

O enfoque radical considera que as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde e a única solução para eles estaria na promoção de mudanças políticas, econômicas e sociais.

Esse enfoque não considera a dimensão singular dos problemas de saúde, pois ela não resolveria adequadamente a dialética do individual e do social no campo da saúde pública. Considera que as necessidades de saúde são necessidades coletivas. E essas necessidades somente podem ser satisfeitas como necessidades sociais. A perspectiva educativa é orientada para a transformação das condições geradoras de doenças de modo que as práticas de saúde são organizadas para contemplar tanto o individual como o coletivo.

#### *1.3.2.5. A educação popular e saúde*

A educação popular e é um movimento social que busca o diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde.

A principal característica da educação popular e saúde é reconhecer durante o processo pedagógico o saber anterior das classes populares, que é considerado tão válido quanto o saber técnico-científico.

O resultado deste processo no âmbito dos serviços e do sistema de saúde será a produtividade social, porque os recursos públicos, orientados de modo a garantir ações de saúde integral, resultarão de fato nas melhores formas de encaminhar os problemas de saúde e de garantir qualidade de vida à população (STOTZ, 1993).

#### 1.4. Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família, de acordo com o Ministério da Saúde, se traduz como “uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (MARQUES, D. SILVA. E. M, 2004, p.545). O atendimento é prestado na Unidade de Saúde da Família e, também, no domicílio das famílias atendidas pela equipe de saúde da família.

Chiesa e Veríssimo (2001) vêem na Estratégia Saúde da Família (ESF) um espaço privilegiado para o desenvolvimento da prática educativa, possibilitando a ampliação e fortalecimento da participação comunitária.

Albuquerque e Stotz (2004) consideram a educação popular um instrumento auxiliar, pois ela defende a concepção teórica, que valoriza o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva. Os autores caracterizam a atenção básica como:

Sendo a atenção básica o lócus onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde, e sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) hoje a principal estratégia para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, pode considerar este um ambiente favorável para o desenvolvimento da educação popular em saúde. Pressupõe que a educação em saúde, como processo contínuo e participativo, visa ao entendimento do processo saúde-doença-saúde, sendo a promoção da saúde essencial para garantir a integralidade das ações (ALBURQUEQUE e STOTZ, 2004, p. 260).

A educação popular em saúde coloca para a Estratégia Saúde da Família uma possibilidade de operacionalização. Pode-se dizer que o desenvolvimento de ações de educação popular trata-se de uma das estratégias políticas da ESF.

##### 1.4.1. Equipe Saúde da Família

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular da comunidade e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe mínima é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar

de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, é formada por: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2011a)

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma área determinada, respeitando critérios de equidade para essa definição. Estas equipes passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde da população de cada área. O local de atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade.

#### *1.4.1.1. Agente Comunitário de Saúde*

O ACS é uma pessoa da própria comunidade que recebe qualificação específica, passando a fazer parte da equipe de saúde local; atende aos moradores em cada casa, dando atenção a todas as questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção e recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade. Exige-se do ACS a residência na comunidade há pelo menos dois anos, que tenha 18 anos ou mais, que saiba ler e escrever e que tenha disponibilidade de tempo integral (BRASIL, 2011b).

O ACS tem a função de acompanhar as famílias de sua comunidade, ofertando informações, intervindo em processos educativos, possibilitando o acesso até a unidade de saúde, realizando ações de pequena complexidade, viabilizando a entrada do profissional na casa das pessoas, entre outras. Também lhes é atribuído o papel de incentivo à participação comunitária e ao desenvolvimento da organização local.

A profissão de ACS foi criada pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que define seu exercício como exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde. O Artigo 2 da Lei nº 10.507 caracteriza a profissão do ACS pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS.

Inicialmente os ACS eram inseridos nas Unidades Básicas de Saúde por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que atualmente é hoje considerado

parte da Estratégia Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este é considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde (BRASIL, 2011b).

Atualmente, encontram-se em atividade em todo o país 204 mil ACS, que podem estar ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família ou ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional (BRASIL, 2011b).

#### *1.4.1.2. Competências e atribuições profissionais do Agente Comunitário de Saúde*

A Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, estabelece as atribuições do ACS, e o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitando uma proposição qualitativa de suas ações e evidenciando um perfil profissional que concentra atividades na *promoção da saúde*, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias (BRASIL, 2011b).

As competências que compõem o perfil profissional do ACS, descritas na Portaria GM/MS nº 1.886, expressam uma dimensão da realidade de trabalho deste profissional e representam um eixo estruturante de sua prática. Assim, de acordo com a referida Portaria, é de competência do ACS: a integração da equipe de saúde com a população local, o planejamento e avaliação, a promoção da saúde, a prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e a prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) apresenta as atribuições específicas dos Agentes Comunitário de Saúde, que são:

- I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma

visita/família/mês; VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS (Unidade Básica de Saúde), considerando as características e as finalidades do Trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012, p. 48-50).

O ACS é o elo entre a comunidade e a equipe de saúde e, dentre suas funções, cabe a ele ser o educador restrito ao espaço das ações básicas de saúde, além de estabelecer a mediação nas relações entre as famílias, a comunidade e os serviços de saúde (FLORES, S. 2007).

## **2 – DA PESQUISA, SEUS OBJETIVOS E METODOLOGIA**

### **2.1. Justificativa**

Tendo como preceito a concepção ampliada de saúde, que considera as dimensões socioeconômicas, políticas, culturais e ambientes como fundamentais para a manutenção ou/ recuperação da saúde, a centralidade do processo está no diálogo, na conversa, na busca de conhecer a vida das pessoas e seus problemas, antes de partir para a divulgação de orientações. Essa perspectiva é um fundamento do trabalho educativo, um jeito de trabalhar a educação e que tem a ver com a concepção de saúde que o profissional possui (STOTZ , DAVID e BORNSTEIN, 2009).

Para melhorar a qualidade dos serviços de saúde da atenção básica esses autores consideram necessário:

A incorporação de práticas pedagógicas dialógicas, que abordem não só a doença, mas também os determinantes dos problemas, por parte de todos os profissionais que trabalham na proposta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, é preciso reconhecer que, de todos os profissionais, o ACS é o que se encontra mais próximo das pessoas da comunidade e dos seus modos de viver. Ele é o que se chama de “elo” entre a comunidade e os serviços de saúde. Seu trabalho tem uma função mediadora (STOTZ , DAVID e BORNSTEIN, 2009, p.493)

Conhecer como se dá ações de EPS que são desenvolvidas pelos Agentes Comunitários na localidade de Ceilândia, especificamente no Centro de Saúde nº08, é importante e necessário para ajudar a fomentar as reflexões sobre a prática desse profissional e sobre a educação popular e saúde.

### **2.2. Objetivos**

#### **2.2.1. Objetivo Geral**

Conhecer as ações de educação popular em saúde realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde que atuam no Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia e a concepção de educação popular que orienta essa prática.

### 2.2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar o conceito de educação popular que os agentes comunitários de saúde possuem;
- Elencar as ações educativas predominante no cotidiano do trabalho do agente;
- Relacionar as características dessa prática educativa com as apontadas pela abordagem da educação popular em saúde.

### 2.3. Metodologia

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa e descritiva, que teve como instrumento de levantamento de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada.

De acordo com Dantas e Cavalcante (2006), a pesquisa qualitativa possui caráter exploratório, pois estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre determinado tema, objeto ou conceito. É uma pesquisa indutiva, pois permite que o pesquisador desenvolva conceitos, ideias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados.

O método qualitativo é utilizado quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. Ele é capaz de mostrar inclusive aspectos subjetivos e atingem, de maneira espontânea, motivações não explícitas, ou mesmo conscientes.

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa, classifica e interpreta os fatos ou fenômenos, sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. Seu objetivo fundamental é estabelecer relações entre as variáveis e procura descobrir, com precisão, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA, 2006).

Uma das principais características da pesquisa descritiva é a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como o questionário e a observação sistemática e instrumentos como a observação e o formulário. Este trabalho utilizou como instrumento de levantamento de dados um roteiro de entrevista semi-estruturado que se encontra nos anexos deste documento.

A entrevista semi-estruturada tem relativa flexibilidade. As questões não precisam seguir a ordem prevista no guia e poderão ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista (MATTOS, 2005). As principais vantagens das entrevistas semi-estruturadas são: possibilidade de acesso a informação além do que se listou; esclarecer aspectos da entrevista; gera de pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e define novas estratégias e outros instrumentos (TOMAR, 2007).

A entrevista semi-estruturada foi escolhida por proporcionar ao entrevistado uma liberdade para desenvolver as respostas segundo a direção que considere adequada, explorando, de uma forma flexível e aprofundada, os aspectos que considere mais relevantes.

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde nº08, da Regional de Saúde de Ceilândia, localizado na região P Norte em Ceilândia - DF. O Centro possui atualmente uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e seis equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Em sua totalidade, o Centro de Saúde Nº08 possui trinta e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atendem aproximadamente 30 mil pessoas na região.

Desses trinta e três ACS, participaram dessa pesquisa os profissionais que aceitaram fazer parte e assinarem o termo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que estavam em atuação na unidade de saúde há, pelo menos, dois anos, uma vez que esse tempo pode assegurar certo grau de conhecimento das necessidades de saúde da população atendida e ter permitido a condução de ações educativas. Os aspectos legais e éticos obedeceram a Resolução 196/96 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisas de 1996). Aos participantes foi garantido sigilo dos dados obtidos, não houve nenhum gasto financeiro de parte dos participantes e também não houve remuneração de quaisquer espécies. Eles tinham o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento e ter acesso aos resultados. Tiveram que assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para realização da pesquisa. A coleta de dados foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS/DF, CAAE nº 16975113.0.0000.5553.

### 3 – RESULTADOS

Dos trinta e três ACS do CS nº08, dez trabalham no próprio centro de saúde e atendem a população da região P. Norte e o do Sol Nascente, dezoito trabalham no laboratório da Família atendendo a população do Sol Nascente e cinco trabalham na Vila Olímpica atendendo também a população do Sol Nascente. Participaram da pesquisa dezessete agentes comunitários de saúde das três áreas acima apresentadas.

As entrevistas foram realizadas pela estudante pesquisadora, gravadas em meio digital, transcritas e seus dados tabulados.

#### 3.1. Perfil

Quanto ao perfil, o grupo de ACS que trabalham no Centro de Saúde nº08, a maioria (35%), possui idade entre 25 e 30 anos, 29% possui entre 30 e 35 anos e 24% possui entre 20 e 25 anos, conforme Gráfico 1.

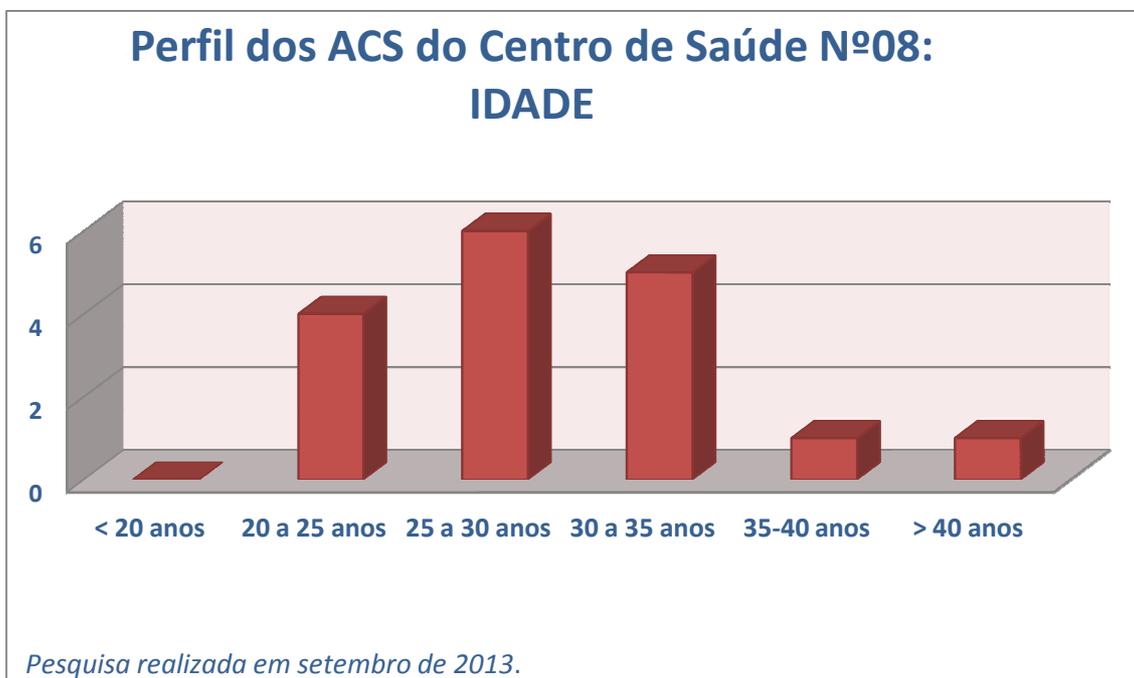


GRÁFICO 1: Perfil dos ACS do Centro de Saúde nº08: Idade

Quanto ao sexo, 59% dos Agentes Comunitários são do sexo feminino e os outros 41% do sexo masculino (Gráfico 2). Sobre o tempo de serviço a maioria tem entre 2, 3 e 4

anos de serviço dentro do Centro de Saúde nº08 (Gráfico 3).



GRÁFICO 2: Perfil dos ACS do Centro de Saúde nº08: Sexo

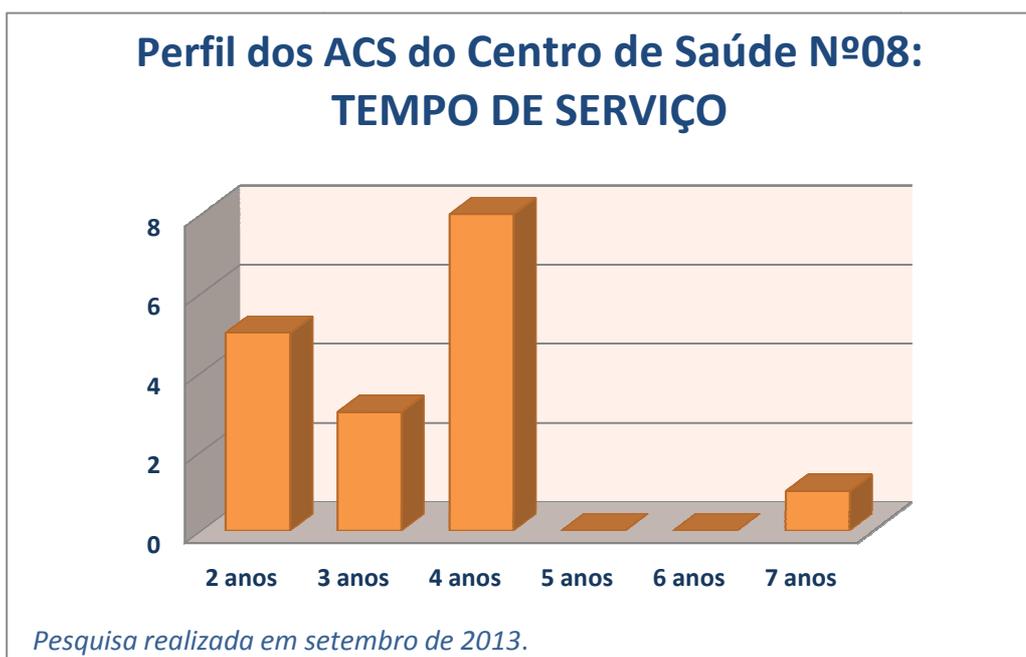


GRÁFICO 3: Perfil dos ACS do Centro de Saúde nº08: Tempo de Serviço

Observa-se uma equipe de ACS jovem, com a média de idade entre 20 e 35 anos e tempo de serviço entre dois e quatro anos, o que sugere um pouco mais de motivação profissional e de mobilização junto à comunidade. A proporção por sexo 59% feminino e 41% masculina segue a distribuição predominante na população brasileira.

### 3.2. Educação Popular

### 3.2.1. Conceito de Educação Popular em Saúde

Quando questionados sobre o conceito de Educação Popular em Saúde as definições mais frequentes foram EPS como uma forma de orientação e de prevenção doenças, também surgiram definições como: uma forma de linguagem (mais voltada pra linguagem popular), práticas educativas, promoção da saúde, cuidados em saúde, aprendizagem do cotidiano, ação comunitária, palestras, serviços de saúde (uma articulação entre o serviço de saúde e a população). O Gráfico 4 quantifica essas definições.

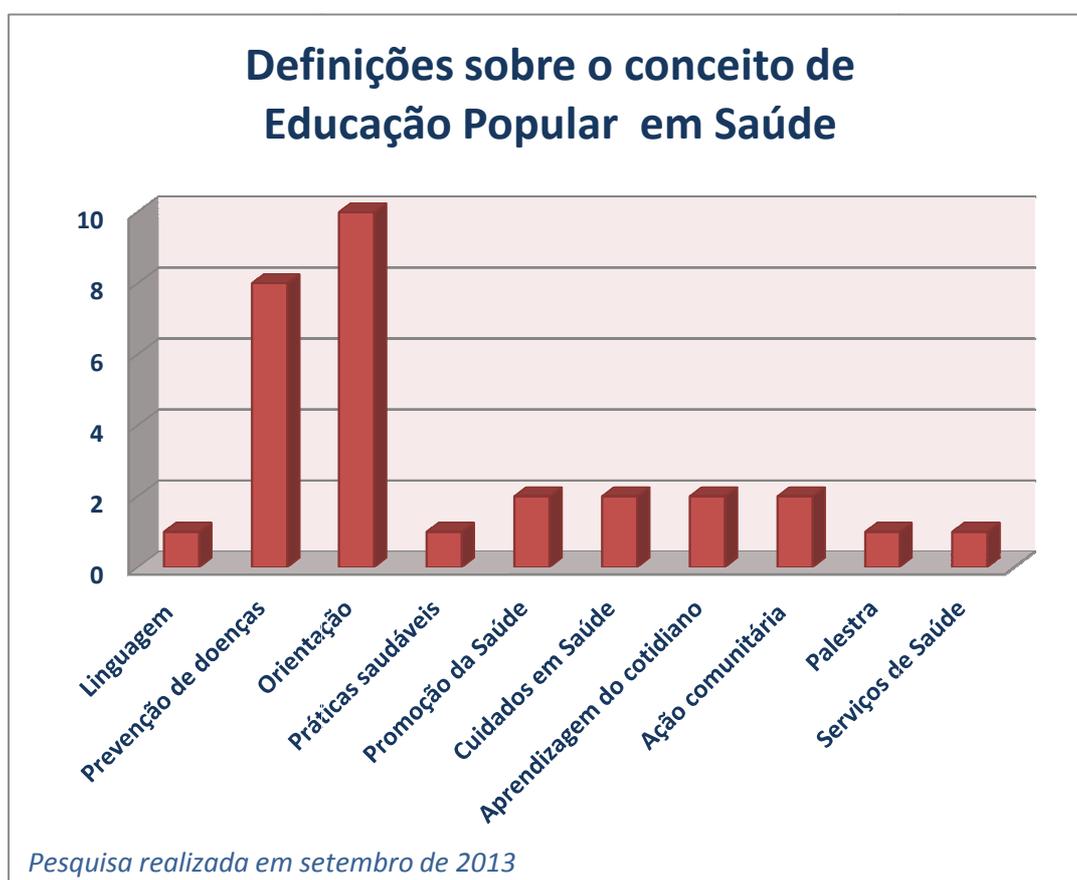


GRÁFICO 4: Definições sobre o conceito de Educação Popular em Saúde.

O conceito de educação popular em saúde possui diferentes definições de acordo com os agentes comunitários respondentes, sendo que prevenção de doenças e orientações foram às definições mais expressivas. De acordo com Stotz (2002), a expressão dessas duas definições demonstram que os ACS, durante seu processo de trabalho, utilizam mais o enfoque educativo preventivo, que é orientado pelo "modelo médico" e tem como principal característica a associação entre os padrões comportamentais e padrões de doença, e sua

eficácia está intimamente ligada a comportamentos preventivos. Essa característica pode ser observada nos trechos abaixo que fazem parte das respostas dos Agentes Comunitários:

“É orientar a população sobre as doenças que existem e os cuidados que elas devem tomar” (ACS 12)

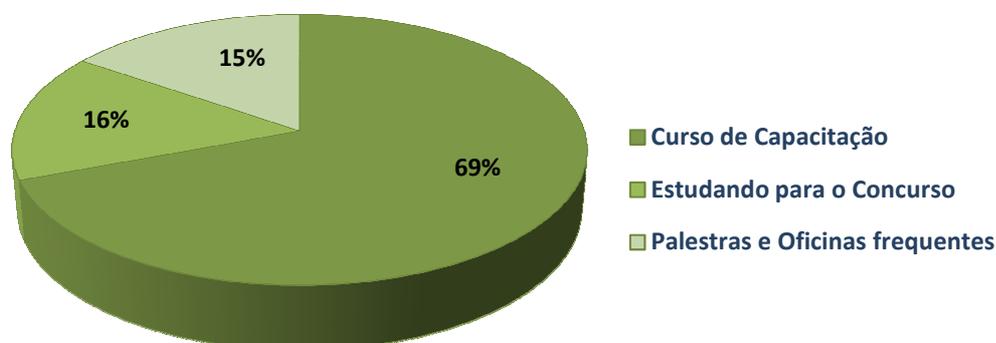
“É maneira como se educa a comunidade, a população para eles poderem prevenir doenças e para eles terem mais acesso aos serviços de saúde.” (ACS 4)

“São as ações voltadas pra comunidade como um todo... aqui agente faz a prevenção e as orientações. Agente tem grupo de pré-natal, hipertensos, diabéticos, onde agente dá as orientações pra fazer a prevenção.” (ACS 9)

### 3.2.2. Curso de Formação em Educação Popular

Ao serem questionados se durante a preparação para serem agentes comunitários de saúde tiveram alguma formação que tratou a educação popular em saúde, 82% afirmaram que sim; 12% que não e 6% disseram não lembrar. Dos 82% que afirmaram ter tido formação que tratou a educação popular, 15% referiram que o tema teria sido abordado em palestras e oficinas, organizadas pela Secretaria Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal, das quais eles participam frequentemente; 16% afirmaram ter conhecido o tema estudando para o concurso no, qual foram aprovados, e a maioria (cerca de 70%) afirmaram conhecer o tema devido ao curso de capacitação que fizeram para tomar posse do cargo. Com relação ao curso de capacitação, eles afirmaram ter sido um curso rápido com duração de uma semana no qual foi apresentado o trabalho e as atribuições do ACS, doenças, cuidados em saúde e educação popular. O Gráfico 5 demonstra esses dados.

## Locais onde os ACS tiveram formação que tratou a Educação Popular em Saúde



*Pesquisa realizada em setembro de 2013*

GRÁFICO 5: Locais onde os ACS tiveram formação que tratou a Educação Popular em Saúde.

A formação sobre EPS e saúde passa a ter, com a publicação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, dentre seus eixos, um sobre formação, comunicação e produção de conhecimento e outro sobre cuidado em saúde, que de forma articuladas podem vir a contribuir para a melhor qualificação dos ACS.

Esta pesquisa assume que a educação popular é estruturante no processo de trabalho do ACS e a falta de formação nessa área prejudica suas práticas, então espera-se que essa problemática seja minimizada com a implementação da política.

### 3.3. Práticas Educativas

#### 3.3.1. Práticas de Educação Popular Desenvolvidas junto à População

Quando questionados sobre quais ações eram desenvolvidas junto à população que poderia ser classificada como uma prática de educação popular 46% afirmaram que eram as orientações passadas; 21% disseram que eram as visitas domiciliares; 17% apontaram as palestras realizadas como uma prática de educação popular; 8% afirmaram ser a marcação de consulta; 4% relacionou a entrega de folhetos educativos e os outros 4% não souberam responder. O Gráfico 6 abaixo demonstra essa relação.

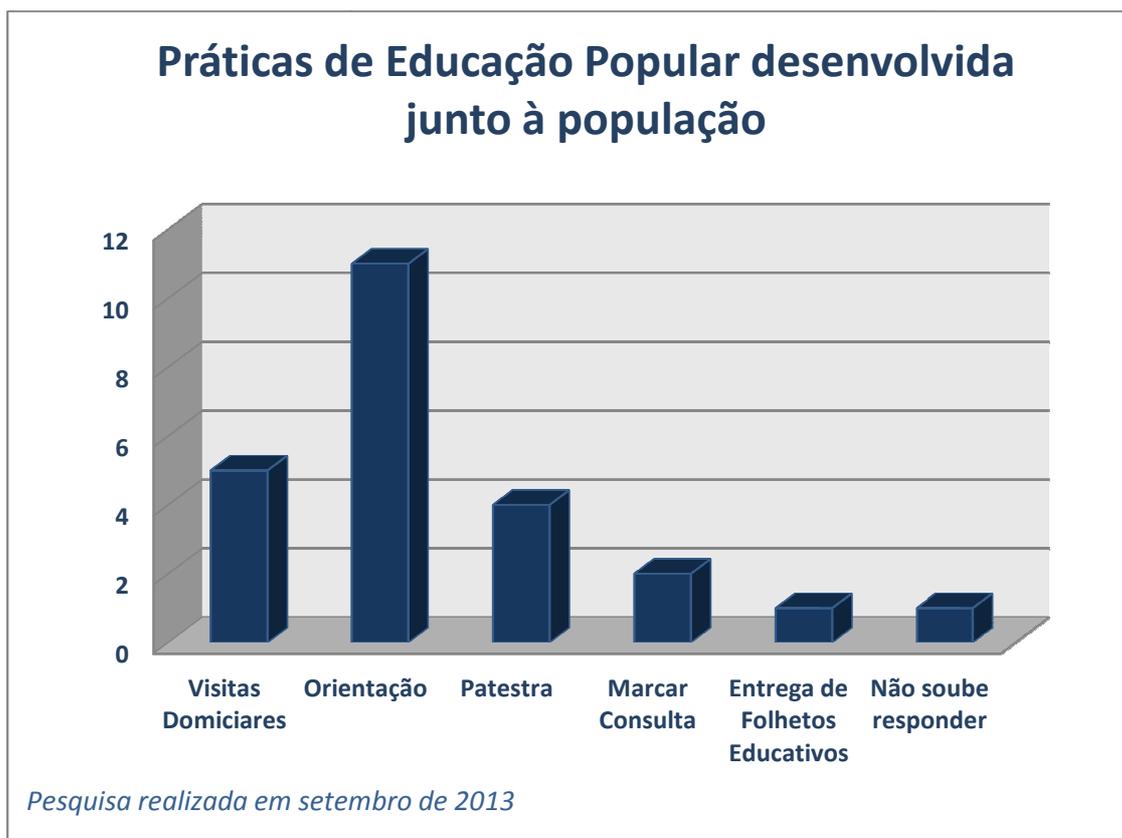


GRÁFICO 6: Prática de Educação Popular desenvolvida junto à população.

#### 3.3.1.1. Orientações e Visitas Domiciliares

As orientações na maioria das vezes são passadas através de conversas durante as visitas domiciliares, na qual são tiradas dúvidas, havendo repasse de informações sobre saúde, como por exemplo, os cuidados com a diabetes, hipertensão, alimentação saudável, higiene, escovação, exercícios físicos, coleta de lixo, as condições de saneamento básico, como evitar a presença de roedores, dengue e outras doenças. Abaixo trechos das entrevistas:

“Acho que na conversa, na visita você conversa tira algumas dúvidas que você tem com a pessoa, acaba que ela pergunta algo relacionado aí você acaba passando informação a respeito de algum tipo de doença, acaba que na conversa mesmo vai se desenvolvendo e acaba passando pra pessoa a informação.” (ACS 17)

“O controle da diabetes, da hipertensão, agente fala quais são os cuidados, não comer muito doce, não comer comida muito salgada, fazer exercícios físicos.” (ACS 3)

“Nós damos orientações sobre a coleta de lixo, sobre como evitar a presença de roedores e as condições mesmo de saneamento básico dentro do possível, orientação

odontológica. Eu acredito que isso esteja envolvido nesse assunto.” (ACS 6)

“Orientações como uma boa escovação de dente, a limpeza do ambiente onde eles moram, esse negócio de não deixar lixo na rua agente ta sempre orientando e muitas outras orientações.”(ACS 10)

“A coleta de lixo, o local certo pra colocar o lixo, como tratar com o bebê... acho que isso é o popular né... eu passo pra eles através de orientações nas visitas.”(ACS 14)

A orientação também apareceu durante a pesquisa como uma forma de cobrança. O trecho abaixo demonstra esse aspecto:

”O trabalho junto aos hipertensos, diabéticos, educar também no sentido de cobrar deles se eles estão tomando o remédio certinho, fazendo a dieta, a gestante saber se ela está fazendo o pré-natal certo, se não estiver fazendo nós temos que indicar que ela volte ao posto de saúde, porque tem gente que falta muito e agente tem que ir lá cobrar. Eu vejo o nosso trabalho também como uma cobrança” (ACS 4)

As visitas domiciliares fazem parte da rotina de trabalho do ACS e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde, ela aparece como sendo uma atribuição específica.

Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês (Brasil, 2012, pg. 49).

Além das orientações são verificadas durante as visitas domiciliares as fichas das crianças, os cartões de vacinas, de controle da diabetes e hipertensão, como anda a alimentação, se fazem dieta, exercícios físicos, se estão seguindo as orientações médicas, se estão tomando a medicação prescrita, se as gestantes estão fazendo o pré-natal, entre outras coisas. Conforme destacado nos trechos abaixo:

“... agente faz visitas pra ver se tem algum foco de mosquito da dengue vê se tem alguém doente se precisar agente marca a consulta.” (ACS 12)

“verificar se a pessoa está tomando o remédio, o cartão está de vacina ou de controle em dia, como anda se alimentando, fazendo exercícios, seguindo as orientações médicas, e outras coisas.” (ACS 1)

Com base nas respostas, não há como assegurar que essas orientações ocorrem segundo os preceitos da educação popular, ou seja, se essa orientação ocorre por meio de um contato mais dialógico. As visitas domiciliares aparecem como sendo o momento em que eles realizam essas orientações. É possível que boa parte desse contato não seja necessariamente

uma ação de educação popular.

### 3.3.1.2. Palestras

As palestras são realizadas na própria comunidade para grupos específicos. Os temas abordados são dengue, lixo, educação sexual, planejamento familiar, orientação odontológica (onde há entrega de kits de higiene dental), hipertensão, diabetes, alimentação saudável, desenvolvimento infantil e cuidado em saúde com a criança, gestante e idoso.

“Eu acho que são as palestras mesmo. Agora nós estamos organizando uma sobre a higiene dental, sobre a faixa etária, aí depois nós vamos organizar uma sobre os hipertensos, vê se as consultas estão em dia, às receitas e tudo isso.” (ACS 5)

“Além dos grupos que agente tem, dos diabéticos, dos hipertensos, das gestantes, agente faz palestras na área frequentemente sobre dengue, lixo, educação sexual.” (ACS 9)

“Seria as palestra que agente dá população, são poucas... Não é sempre que agente faz essas palestras, mas é um modo que agente contribui para a educação.” (ACS 16)

Essas palestras são ministradas pelo agente comunitário junto com o enfermeiro da equipe e, quando necessário, um especialista no tema a ser abordado como, por exemplo: nutricionista, dentista, pediatra. E são realizadas dentro de igrejas, casas, galpões e até no meio da rua. Esses locais de realização são considerados impróprios pelos ACS:

“O fato de não ter um lugar próprio na área, agente faz as palestras em bar, embaixo de árvores, falta mesa, cadeira para acomodar melhor os pacientes.” (ACS 5)

“... aqui como é invasão... a casa é baixinha, não tem janela, não tem uma estrutura pra comportar a grande maioria das pessoas que participam, agente utiliza bastante espaço das igrejas, mas nem toda a igreja também ainda não é aquela coisa organizada, é um barraquinho, então no dia de calor faz muito calor, a iluminação é precária, aí agente esbarra muito nisso ... agora não tem como ir pra casa de ninguém pra se organizar, fazer uma palestram uma roda de perguntas por que não tem espaço, as casa são pequenininhas.” (ACS 17)

A forte presença de palestras, visitas domiciliares, marcação de consulta e entrega de folhetos como sendo ações de educação popular contraria o arcabouço construído com relação ao conceito e a definição de educação popular apresentado.

### 3.3.2. Características de uma Prática de Educação Popular

Quando questionados o que uma prática educativa do ACS precisaria ter para ser considerada uma prática de educação popular as respostas variaram bastante. A maioria dos

entrevistados, cerca de 27%, responderam que seria o contato com a comunidade; 18% a linguagem; 14% as informações de saúde; 9% o conhecimento profissional; 9% verificar e resolver as necessidades de saúde; 9% não souberam responder e 4% disseram ser o amor pelo que fazem. (Gráfico 7).

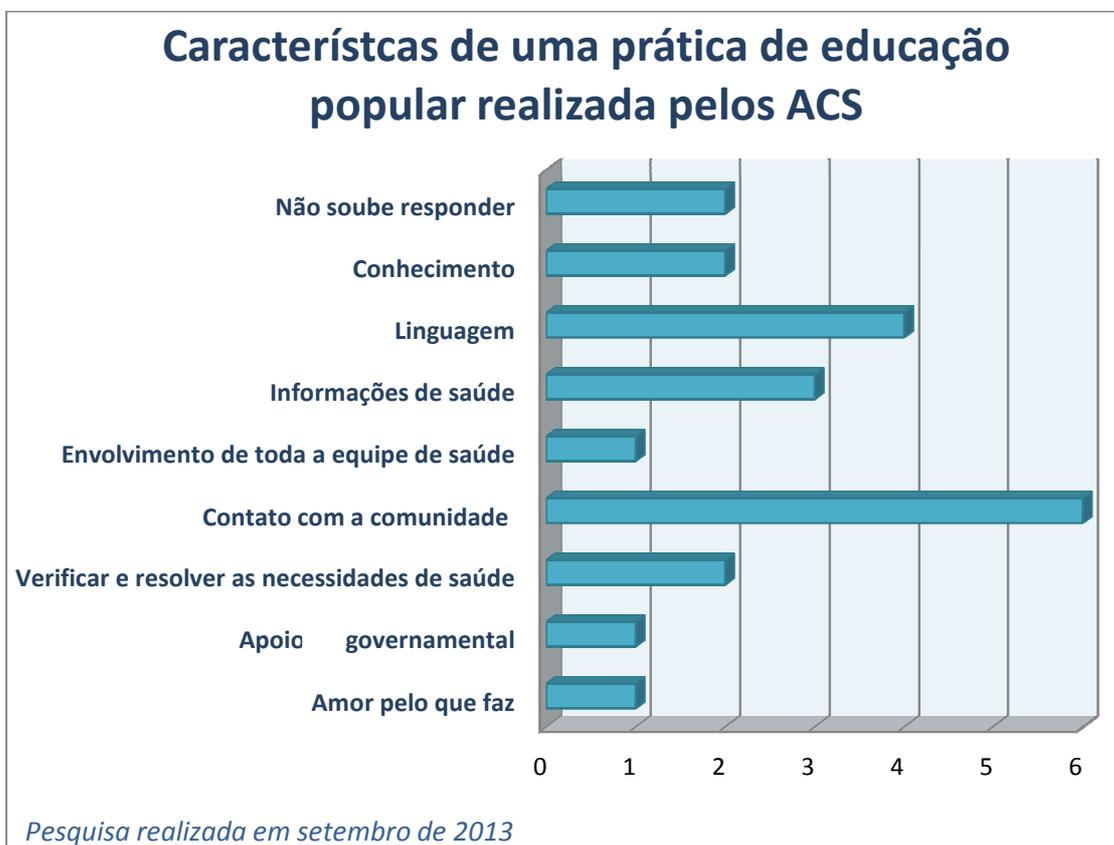


GRÁFICO 7: Características de uma prática de educação popular realizada pelos ACS.

Ao realizarem a projeção do que precisaria ter em suas práticas para que essa possa ser considerada uma prática de educação popular as respostas se aproximaram mais ao próprio conceito de educação popular do que quanto questionado diretamente.

O contato com a comunidade se dá pelo fato deles estarem diariamente na área fazendo acompanhamento através das visitas domiciliares.

“Esse contato com a comunidade eu penso que é uma pratica de educação popular. Se o Agente Comunitário não faz as visitas e fica apenas no Centro de Saúde eu penso que essa prática de educação popular já não vale mais.” (ACS 4)

“Eu acho que é essa atuação direta dentro da comunidade, essa atuação fora desse âmbito aqui de consultório.” (ACS 9)

“..... mas o acompanhamento, por exemplo, eu falo hoje e amanhã já to lá de novo na área. Então esse acompanhamento é que vai gerando alguma transformação.” (ACS 13)

“Bom eu acho que todas as práticas que agente faz elas estão juntas com a prática de educação popular por que agente ta ali dentro da comunidade, agente participa agente entra na casa delas, então agente vê o modo que elas vivem e dá orientações quanto a tudo.” (ACS 16)

A linguagem, de acordo com os ACS respondentes, seria dialogar com a comunidade de uma forma simples e dinâmica.

“... saber chegar e lhe dar com pessoas de diversos graus de escolaridade, têm saber chegar e conversar com cada um deles.” (ACS 10)

“Eu acho que tem que ser assim, uma linguagem mais simples e dinâmica possível pra que eles possam entender, por que se tiver muito embasamento teórico é difícil você ta conversando com eles.” (ACS 15)

“Eu já olho mais um pouquinho em como você fala, eu vejo mais isso aí, por que tem várias formas de você ta passando uma informação sobre uma determinada doença ou relacionada a saúde e dependendo do contexto, onde você ta inserido você tem formas diferentes de você falar com essa pessoa, Não adianta eu ter uma forma mais culta e falar termos da área técnica pra passar pra uma pessoa que não entende esses conceitos.” (ACS 17)

As informações de saúde estão relacionadas com ações que ocorrem por meio de palestras e orientações.

“Eu acho que palestras, educar o povo, ensinar. Agente tem muitas pessoas com diabetes, com pressão alta então educar com relação a essas doenças mais comum que ocorrem aqui na população que agente visita.” (ACS 11)

“Eu acredito que tudo que envolva saúde e ele passando seja por meio de palestra, seja passando de casa em casa informando pessoa por pessoa acho que já entra como prática de educação popular.” (ACS 8)

“A orientação né.” (ACS 12)

“A visita é muito importante, por que você observa o ambiente e tentar ver soluções e orientações para a comunidade.” (ACS 6)

E o conhecimento está relacionado ao preparo profissional.

“Acho que o conhecimento” (ACS 14)

“Em primeiro lugar agente tem que ter preparação, tem que ter conhecimento dos assuntos que agente vai falar...” (ACS 10)

3.3.3. Definições de porque a Educação Popular, dentre as ações que o ACS desempenha no seu dia a dia, seria a mais importante

Quando questionados se dentre as ações que o ACS desempenha no seu dia a dia a

educação em saúde era a mais importante, 6% não souberam responder e 94% afirmaram que sim. Dos que responderam afirmativamente, 50% argumentaram que era por que a educação em saúde traz como consequência a prevenção de doenças e a promoção da saúde; 25% por ela ser à base do trabalho dos ACS; 20% pelas diversas vantagens que ela traz para a vida das pessoas (como, por exemplo, o fato da pessoa passar a ir atrás dos seus direitos, cuidar melhor da sua saúde e da saúde da sua família). Os outros 5% restantes afirmaram que sim por que ela trabalha concepção ampliada de saúde. Gráfico 8.

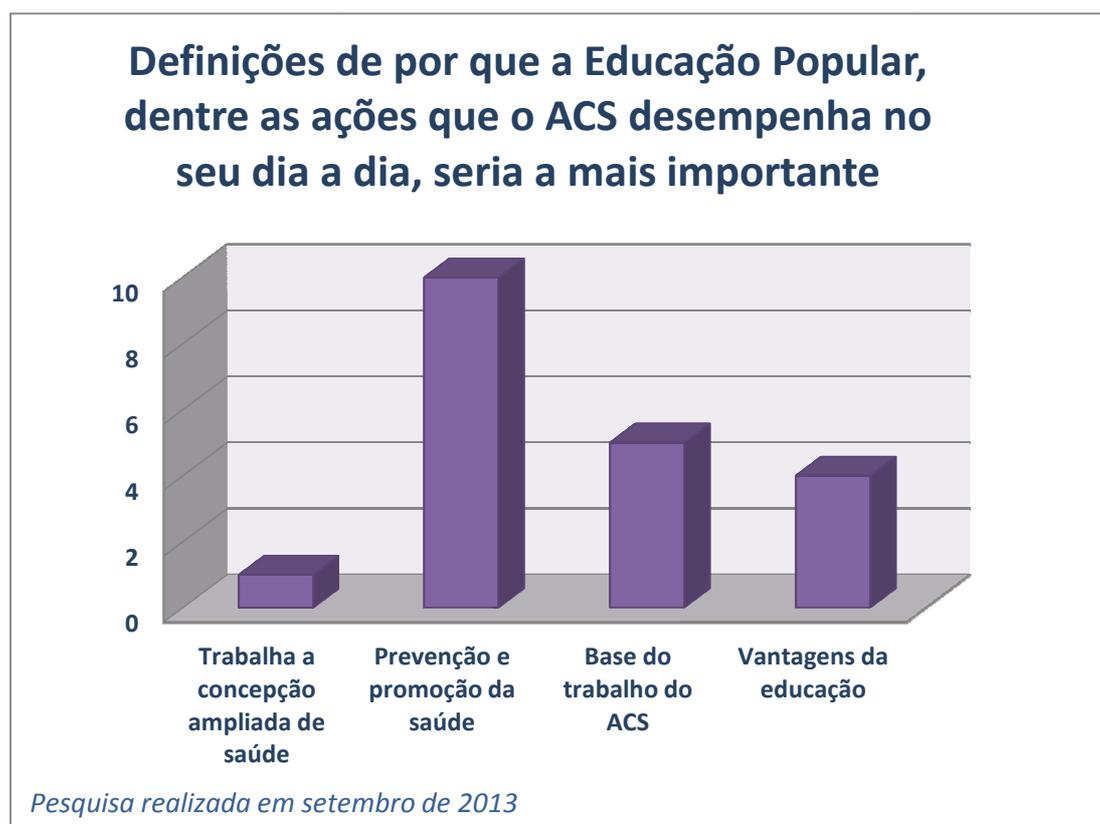


GRÁFICO 8: Definições de por que a Educação Popular, dentre as ações que o ACS desempenha no seu dia a dia, seria a mais importante

Ao assumir que a educação em saúde traz diversas vantagens para a vida das pessoas, além de trabalhar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, os ACS consideram também que ela possa proporcionar uma maior autonomia para os indivíduos. Essas considerações, mesmo de forma indireta, estão intimamente ligadas ao conceito de educação popular.

#### 3.3.4. Práticas de Educação Popular, uma competência de quem?

Quando questionados se a prática de educação popular seria uma competência específica do ACS, 6% não souberam responder e 94% dos entrevistados afirmaram que não. De acordo com eles, a prática de educação em saúde é uma competência não só do ACS como de todos os profissionais de saúde e da própria população.

### 3.3.5. Práticas educativas desenvolvidas junto à população consideradas muito importantes para a Promoção da Saúde

Sobre quais as ações educativas que eles desenvolviam com a população que entendiam como sendo muito relevante para a promoção da saúde; 23% responderam as orientações; 20% as visitas domiciliares; 20% o acompanhamento dos grupos de riscos; 17% as palestras; 6% as conversas informais e 3% a entrega de panfletos. O Gráfico 9 demonstra essa relação:



GRÁFICO 9: Relação das ações educativas desenvolvidas com a população consideradas muito importantes para a promoção da saúde

O acompanhamento dos grupos de riscos refere-se ao acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade dentre os quais são encontrados os grupos de riscos como gestantes, crianças, idosos e pessoas com diabetes, hipertensão, tuberculose e outras doenças.

### 3.4. Cotidiano de Trabalho do ACS

#### 3.4.1. Atividades mais recorrentes

Sobre as atividades mais recorrentes no cotidiano do trabalho do ACS, a maioria, 34% respondeu marcar consulta; 30% realizar visitas domiciliares; 27% fazer orientações; 3% atualizar prontuário; 3% abrir cartão e 3% ouvir as pessoas (Gráfico 10).

Ouvir as pessoas, nos termos propostos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde se constitui uma ação importante e que, de acordo com as concepções que estão postas, se trata de atender o 2º§ da PNEPS-SUS, que trata da amorosidade:

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. (BRASIL, 2013).

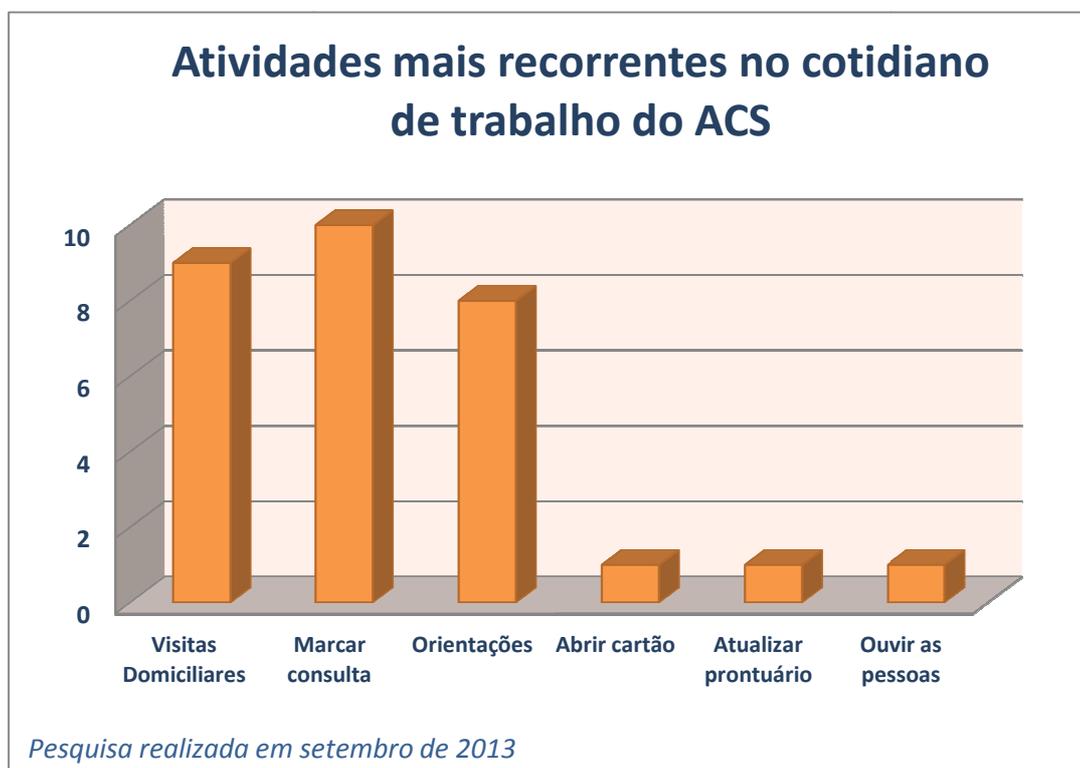


GRÁFICO 10: Atividades mais recorrentes no cotidiano de trabalho do ACS.

### 3.4.2. Dificuldades encontradas para o desenvolvimento de ações educativas

Sobre as principais dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações educativas, 22% a falta de estrutura física; 18% responderam a falta de agilidade e dificuldades do serviço de saúde; 15% a falta de material; 12% a falta de apoio da secretaria e da própria equipe de saúde; 9% a falta de incentivo profissional; 9% não conseguir marcar consulta; 6% a falta de capacitação dos ACS; 6% a falta de adesão da população e os outros 3% responderam não encontrar as pessoas nas residências (Gráfico 11).

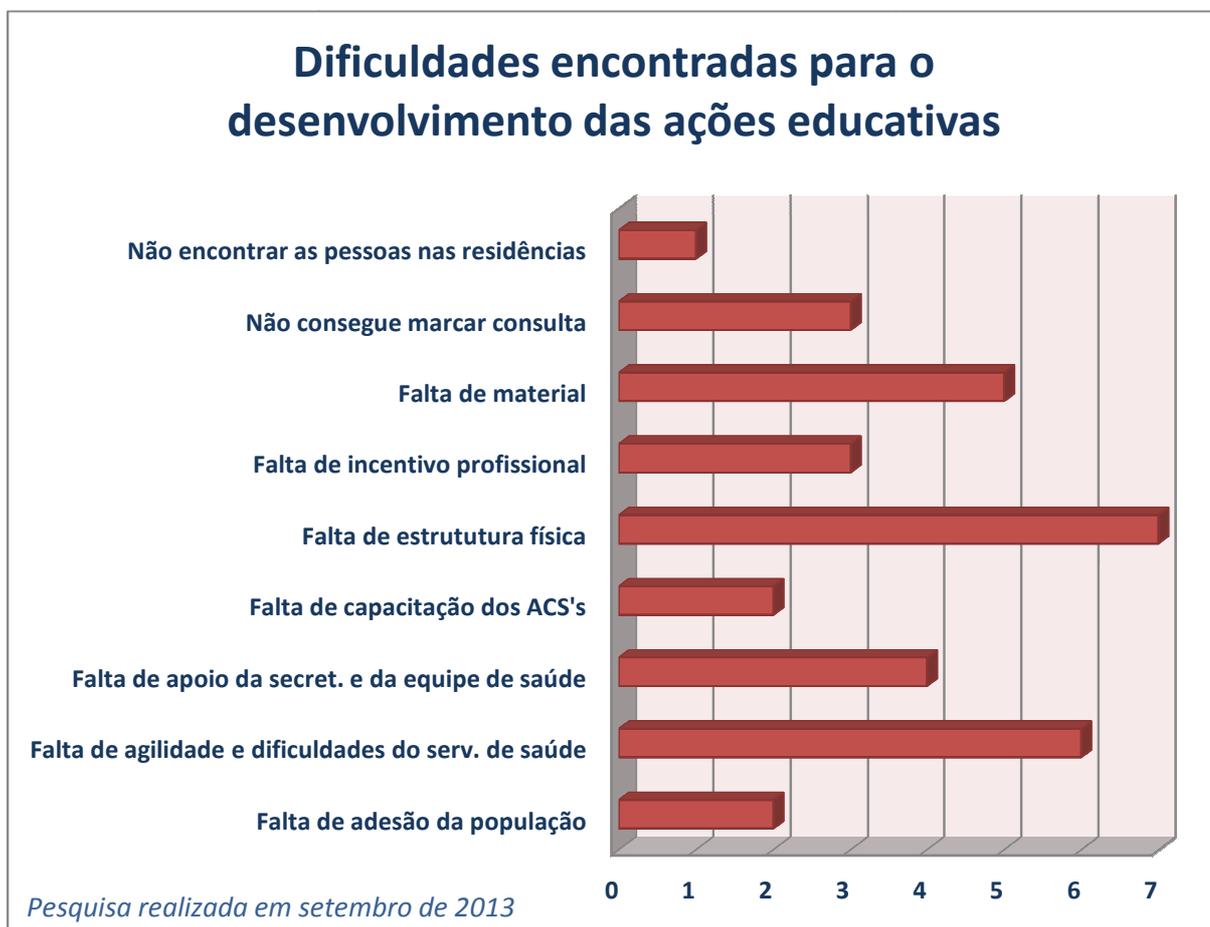


GRÁFICO 11: Dificuldades encontradas para o desenvolvimentos das ações educativas.

#### 3.4.2.1. Falta de Estrutura Física

A falta de estrutura física foi a maior dificuldade encontrada para o desenvolvimento das ações. De acordo com os ACS, faltam espaços adequados para a realização de palestras e

reuniões o que, na percepção deles acaba, por muitas vezes, inviabilizando a execução dessas ações e prejudicando o resultado das que são realizadas.

“O fato de não ter um lugar próprio na área, agente faz as palestras em bar, embaixo de árvores, falta mesa, cadeira para acomodar melhor os pacientes.” (ACS 5)

“Acho que infelizmente é o local adequado, aqui como é invasão o pessoal não constrói uma casa ampla com janela aquela casa ampla, então a casa é baixinha, não tem janela, não tem uma estrutura pra comportar a grande maioria das pessoas que participam, agente utiliza bastante espaço das igrejas, mas nem toda a igreja também ainda não é aquela coisa organizada, é um barraquinho, então no dia de calor faz muito calor, a iluminação é precária, ai agente esbarra muito nisso, mas quando agente tem um local pra fazer essas palestras e dependendo do local da pra fazer bacana, agora não tem como ir pra casa de ninguém pra se organizar, fazer uma palestram uma roda de perguntas por que não tem espaço, as casa são pequenininhas.” (ACS 17)

“... Então eu acho que o problema material e físico são os maiores, por que os profissionais tem às vezes eles tão dispostos, a comunidade quer participar, mas agente não tem um espaço pra fazer, às vezes agente começa mais não tem continuidade por falta de recursos.” (ACS 9)

“... e até mesmo o espaço físico para que se faça uma palestra.” (ACS 8)

A queixa da falta de espaço está muito vinculada ao desejo de dispor de estrutura física para realização de palestras. Essa compreensão de palestra como uma ação de educação popular aparece tanto nas respostas do item sobre as práticas de educação popular desenvolvidas como na justificativa para a queixa de não ter estrutura física. Essa relação mostra que as respostas se reafirmam.

O desejo de espaço para realização de palestras demonstra que a maioria dos ACS ainda entende que a transmissão de informações seja parte central da sua prática educativa. E de acordo com Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2009), essa transmissão de informação como prática educativa é uma das características do Modelo Tradicional de Educação em Saúde que possui um caráter informativo, na qual o educador explicita ao educando, hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Vale ressaltar que nesse tipo de comunicação não há aquisição de conhecimento, mas a memorização do conteúdo narrado pelo educador.

A carência de uma estrutura física também acarreta, segundo os ACS, desmotivação profissional e na falta de adesão da população.

#### *3.4.2.2. Falta de Agilidade e Dificuldades do Serviço Público*

A falta de agilidade e dificuldades do serviço público de saúde corresponde às dificuldades de acesso a serviços especializados, por exemplo, conseguir marcar uma consulta

com determinada especialidade médica pode demorar meses e até anos. E corresponde também à demora na execução de algumas ações, a demora na entrega de materiais educativos, a carência de materiais e a falta de informação.

“Acho que falta alguns recursos, falta a agilidade na ação, na execução das ações, a comunicação é dada mais as vezes demora a execução.” (ACS 6)

“... e a parte governamental que não nos da muito apoio, por exemplo, se tem alguém precisando de uma consulta de ortopedia demorará mais dois anos para ser atendido.” (ACS 3)

“... às vezes até o próprio estado promove, por exemplo, a campanha do sexo seguro no carnaval mais eles enviam pra gente em cima da hora e não dá tempo pra gente fazer uma campanha bem coberta da população.” (ACS 16)

### 3.4.2.3. *Falta de Materiais*

A falta de material corresponde tanto à falta de materiais para complementar as ações, como folder e cartazes, por exemplo, como a falta de equipamentos de proteção para o trabalho desse profissional.

“... às vezes agente quer promover uma palestra mais agente não tem cartazes...” (ACS 16)

“agente precisa de folder pra entregar, não tem ou então vem e já passou as campanhas... agente não tem material pessoal pra poder descer, por exemplo, protetor solar, agente não possui base pra poder ter essas coisas, retroprojeter também agente tem que sair buscando....essas coisas.” (ACS 12)

“... equipamento pessoal e de proteção, por exemplo, protetor solar, chapéu agente precisa muito.” (ACS 2)

A falta de equipamento de proteção individual (EPI) é um problema sério, pois durante seu processo de trabalho o ACS fica na rua, em atendimento à comunidade, ou em caminhada para realizar as visitas domiciliares, ficando em exposição aos raios solares, à poeira e à poluição do ambiente, o que caracteriza um risco físico.

Em um país tropical como o Brasil, a previsão de fornecimento e orientação para o uso de loções de proteção solar, chapéu, óculos e outros acessórios de proteção, deveria ser previsto como um EPI indispensável na prevenção de insolação, desidratação e até doenças mais graves como o câncer de pele. Essa questão precisa ser vista e respeitada pela a Secretaria de Saúde e pelo Governo para que possam assegurar o mínimo de proteção para o trabalho do ACS.

#### 3.4.2.4. Falta de Adesão da População

A falta de adesão da população corresponde tanto à dificuldade do paciente em seguir as orientações como não comparecer ou ter que ser forçado a comparecer nas ações:

“Por que assim, agente não tem uma boa resposta da população, por exemplo, agente fala aah vai ter uma palestra sobre hipertensão ou alimentação saudável muitos deles só vem participar se tiver alguma coisa, por exemplo, você só vai conseguir marcar sua consulta se você vir na palestra, aí é dessa forma que agente usa pra eles vir, se não há muita participação, agente já fez muita palestra na área mais há pouca adesão da população.” (ACS 15)

“Há algumas pessoas que não seguem aquilo que a gente fala...” (ACS 3)

Será se a falta de adesão não estaria relacionada ao modelos de educação em saúde praticada? Será que se as ações educativas estivessem mais relacionados ao enfoque da educação popular essa mobilização não seria melhor trabalhada?

#### 3.4.2.5. Falta de Capacitação

O curso de capacitação foi apontado como importante e necessário para que os Agentes Comunitários de Saúde possam ter um conhecimento aprofundado sobre educação popular e o sobre seu próprio trabalho, para que assim possam melhor executá-lo.

“Acho que deveriam ter mais cursos de capacitação voltados para a nossa área de trabalho e acho que deveria ter profissionais mais capacitados para nos instruir.” (ACS 4)

“Agente precisa ser capacitado pra poder passar as orientações pra população...” (ACS 12)

Em função das atribuições do ACS, agora reformadas pela própria PNEPS-SUS, essa competência referida poderia ser assegurada por maiores oportunidades de formação em educação popular em saúde.

#### 3.4.2.6. Falta de Apoio

A falta de apoio, segundo os ACS, corresponde tanto à falta de apoio governamental, por parte da SES-DF, como também da própria equipe de saúde que, geralmente, não desenvolve ações educativas.

“... eu acho que a maior dificuldade é essa, agente não ter nem sempre o apoio do estado mesmo.” (ACS 16)

“... falta de incentivo, às vezes você quer levar um projeto pra frente e a secretaria não te dá suporte...” (ACS 9)

“A burocracia né... às vezes a própria equipe não esta completa por que o agente não tem um enfermeiro ou um médico a disposição, falta muita coisa assim, acho que a equipe tinha que tá completinha pro trabalho ficar bem realizado, mas o ACS em si ele já pode fazer muita coisa, basta ele procurar e querer fazer.” (ACS 13)

“Olha a questão é que a gente ficou aqui muito tempo sem chefe, às vezes quando aparece o chefe eles querem jogar só pra cima da gente pra fazer a palestra, ele às vezes não quer participar também e tem chefes, muitas vezes que eu já vi chegar aqui, principalmente os mais novo, chega com aquele vigor todo querendo fazer palestra e tudo aquilo, mas a maioria dos chefes que eu já tive não teve nenhum interesse de fazer não e quando chegou um que queria, ele queria só jogar pra cima da gente, aí eu acho bem errado porque agente pode dá uma estudada, ter uma noção, mas quem tem o conhecimento aprofundado mesmo é o enfermeiro . Então eu acho que agente teria que ajudar, auxiliar, mas ele é que teria que fazer, acho que eu essa é a maior dificuldade.” (ACS 11)

#### 3.4.2.7. Outras Dificuldades

Também foram apontadas outras dificuldades como a falta de incentivo profissional. Os ACS relataram não conseguirem marcar consulta e não encontrarem a pessoa na residência:

“Muitas vezes agente fica dois, três meses sem conseguir encontrara família na sua residência aí eles ficam sem a devida orientação e como agente trabalha em uma área mais carente é necessário que eles tenham sempre alguém do lado deles fazendo essas orientações e quando agente passa esse tempo sem ir já é um grande problema.” (ACS 10)

“Olha a profissão de ACS é muito legal, muito gratificante, o problema é que agente não é reconhecido, assim agente é reconhecido lá em baixo pela população, agora na Secretaria de Saúde não, tanto é que o nosso salário é o mais baixo que existe na Secretaria de Saúde. Então assim, o que gratifica agente é o reconhecimento da população, agora aqui dentro não.” (ACS 12)

#### 4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande maioria dos agentes comunitários de saúde do Centro de Saúde nº08 respondentes associaram o conceito de educação popular a uma forma de orientação e de prevenção de doenças, o que demonstra que durante seu processo de trabalho eles utilizam mais o enfoque preventivo e seguem o modelo tradicional de educação em saúde.

Foram apontadas como ações de educação popular em saúde predominante no cotidiano de trabalho dos ACS a realização de palestras, entrega de panfletos, visitas domiciliares, marcação de consulta e orientações. Dessas, a orientação às pessoas é a ação que mais se aproxima de uma ação de educação popular, apesar de não ser possível assegurar que elas possuam uma abordagem mais dialógica, ou seja, se seguem os preceitos da educação popular, ou se é uma abordagem mais impositiva e preventivista.

As outras ações de educação popular apontadas (palestras, entrega de panfletos, visitas domiciliares e marcação de consulta) contrariam o arcabouço construído com relação ao conceito e a definição de educação popular e demonstra que a maioria dos ACS ainda entende que a transmissão de informações seja parte central da sua prática educativa.

Os resultados apontam para o fato da falta de formação nessa área prejudica suas práticas. Por essa razão, e com relação aos resultados encontrados, o estudo aponta a necessidade de um curso de formação em educação popular para que esses profissionais possam ter mais clareza tanto da relevância do seu trabalho, como do desenvolvimento de suas ações e de suas práticas educativas.

Também apareceu como importante e necessário uma maior atenção por parte da SES/DF com relação a essa de trabalhadores, para que possam oferecer melhores condições físicas, sobretudo com relação a equipamentos de proteção individual (como protetor solar, óculos, chapéu e outros acessórios de proteção aos raios solares, a poeira e a poluição) e aos próprios materiais de trabalho.

Considera-se como limitação do estudo o fato de ter sido realizado em um único Centro de Saúde. Essa peculiaridade pode ter sido decisiva nos resultados alcançados, o que sugere a realização de futuras pesquisas similares em outras unidades de saúde. Da mesma forma, o estudo não se propôs a acompanhar visitas domiciliares, o que poderia trazer outros elementos para a verificação da implementação de ações de educação popular no cotidiano do ACS.

E por fim, reforçar a importância de estudar a ação educativa em saúde, de se conhecer

a prática educativa dos ACS e de poder apontar – como o estudo sugere – a formação como importante na qualificação da atenção e do cuidado em saúde.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v. 8 n. 15, p. 259-74, mar./ago. 2004.

BRANDAO, C. R. **Educação Popular**. 3. ed. SP: Brasiliense, 1986. 86 p.

BRASIL. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASILa. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União nº 204, de 24 de outubro de 2011, Seção 1, página 48.

BRASILb. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Descrição das competências profissionais do ACS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministro de Estado da Saúde. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Diário Oficial da União de 20 de Novembro de 2013, Nº 225, Seção 1, Pág. 62.

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA. Manual para Elaboração de Trabalhos Acadêmicos. Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) Metodologia Científica. Disponível em: <<http://www.moodle.ufba.br/file.php/8897/NormasABNT.pdf>> Acesso em 07 de maio de 2013.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: Manual de condutas de enfermagem. **Programa de Saúde da Família**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; USP, 2001. p. 34-42.

DANTAS, M. CAVALCANTE, V. **Pesquisa qualitativa e Pesquisa quantitativa**. 2006. 4 f.. (Trabalho de graduação da Disciplina Métodos e Técnicas de Pesquisa) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2006.

FIGUEIREDO, M. F. S, RODRIGUES-NETO J. F, LEITE M. T. S. Modelos aplicados às

atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.1, n. 63, p. 117-21, jan./fev. 2010

FLORES, O. **O agente Comunitário de Saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde**. 2007. 222 f.. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 218 p.  
GOHN, M.G. **Educação Não-Formal e Cultura Política: impactos sobre o associativismo do terceiro setor**. São Paulo: Cortez, 1999. 187 p.

INSTITUTO PAULO FREIRE. Educação Popular. Disponível em: <<http://www.paulofreire.org/programas-e-projetos/educacao-popular>>. Acesso em: Dez. 2012.

MARQUES, D.; SILVA, E.M. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-50, set./out. 2004.

MATTOS, P. LINCOLN, C. L. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 39, p. 823-847, jul./ago. 2005.

SOPHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. **Revista Tema: Educação Popular em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 4-6, nov./dez. 2001.

STOTZ E. N, DAVID H. M. S. L, BORNSTEIN V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev APS**, v.12, n.4, p.187-197, out./dez. 2009.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.

TOMAR, M. S.: A Entrevista semi-estruturada. Dissertação (Mestrado em Supervisão Pedagógica) - Universidade Aberta (Edição 2007/2009).

VALLA, V. V. Procurando compreender a fala das classes populares. In: VALLA, V. V. (Org.). **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 11-32.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde. nov. 2003. Disponível em: <[www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br)> Acesso em dez de 2012.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-26.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 98 p.

## ANEXOS

### Anexo 1 – Roteiro de entrevista utilizado na pesquisa:



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Idade:**                      **Sexo:** M(  ) F(  )

- 1) Há quanto tempo você trabalha neste Centro de Saúde?
- 2) Em sua opinião o que é educação popular em saúde?
- 3) Você, na sua preparação para ser agente comunitário de saúde, teve alguma formação que tratou a educação popular em saúde?
- 4) O que você desenvolve junto à população que classificaria como uma prática de educação popular?
- 5) O que uma prática educativa do agente comunitário precisa ter para ser considerada uma prática de educação popular?
- 6) Dentre as ações que o agente comunitário desempenha no seu dia a dia a educação em saúde é a mais importante? Por quê?
- 7) A prática de educação em saúde é, em sua opinião, uma competência específica do agente comunitário de saúde?
- 8) Quais as ações educativas que você desenvolve com a população e que entende como sendo muito relevantes para a promoção da saúde?
- 9) Considerando o seu cotidiano, você poderia destacar as ações que são mais recorrentes (ex.: informar, buscar informações, marcar consulta, referir)
- 10) Quais as principais dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações educativas?

## Anexo 2 – Modelo do TCLE utilizado:



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa sobre **“As ações de educação popular praticadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na abordagem das questões de saúde em Ceilândia/DF”** que é parte do trabalho de conclusão de curso de graduação em Saúde Coletiva da estudante Sindy Maciel Silva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

A pesquisa será realizada por meio de entrevista semiestruturada, que abordará a prática educativa do ACS, levantará a concepção sobre educação popular em saúde e a importância dessa ação. Se você decidir participar, a entrevista será agendada no dia e horário de conveniência para ambos, devendo ter aproximadamente uma hora de duração, e ser gravada em áudio. Você pode deixar de participar a qualquer tempo sem nenhum prejuízo.

Sua participação auxiliará no entendimento de como a prática de educação popular em saúde está sendo praticada no centro de Saúde nº 08 e com isso poderá contribuir para possíveis transformações nas ações educativas voltadas a segmentos populacionais atendidos pelos ACS.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da entrevista e lhe será assegurado que o uso do áudio e sua identificação estarão estritamente relacionados ao objetivo da pesquisa. O resultado desse trabalho poderá ser divulgado em revistas e eventos científicos pela Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, por se tratar de um trabalho acadêmico e científico exigido para conclusão de curso de graduação.

Sua assinatura a seguir indica que você leu este termo de consentimento, esclareceu suas dúvidas e livremente concordou em participar da pesquisa. Esse documento será assinado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da estudante responsável pela realização da entrevista. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Desde já agradecemos muito a sua colaboração.  
Atenciosamente,

Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira  
Orientadora da Pesquisa

Sindy Maciel Silva  
Responsável pela realização da entrevista



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia

### CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “**As ações de educação popular praticadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na abordagem das questões de saúde em Ceilândia/DF**”. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a proposta, os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção. Autorizo o uso da gravação de áudio para fins de divulgação do trabalho.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Nome do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Contatos:

Clélia Parreira – [cleliaparreira@unb.br](mailto:cleliaparreira@unb.br) – (61) 9618.4274

Sindy Maciel Silva – [sindy\\_ms@yahoo.com.br](mailto:sindy_ms@yahoo.com.br) – (61) 8210.0033

**Anexo 3 – Modelo do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa:**



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ  
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “**As ações de educação popular praticadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na abordagem das questões de saúde em Ceilândia/DF**”, sob responsabilidade de Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira vinculado(a) à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise de dados para a pesquisa, apresentação em eventos acadêmicos e científicos relacionados à temática do estudo.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Contatos:

Clélia Maria Ferreira Parreira – [cleliaparreira@unb.br](mailto:cleliaparreira@unb.br) – (61) 9618-4274

Sindy Maciel Silva – [sindy\\_ms@yahoo.com.br](mailto:sindy_ms@yahoo.com.br) – (61) 3357-1332 / (61) 82100033

## Anexo 4 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FEPECS/SES-DF



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** As ações de educação popular praticadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na abordagem das questões de saúde na Ceilândia/DF

**Pesquisador:** Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18975113.0.0000.5553

**Instituição Proponente:** Hospital Regional de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 398.050

**Data da Relatoria:** 16/09/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado do CEP: Número: 298.716.

Data da Relatoria: 27/05/2013.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado do CEP: Número: 298.716.

Data da Relatoria: 27/05/2013.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado do CEP: Número: 298.716.

Data da Relatoria: 27/05/2013.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado do CEP: Número: 298.716.

Data da Relatoria: 27/05/2013

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado do CEP: Número: 298.716.

Data da Relatoria: 27/05/2013

#### **Recomendações:**

Adequar o cronograma.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendações atendidas.

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

#### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 16 de Setembro de 2013

Assinador por:  
luiz fernando galvão salinas  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: com/edeetica.secretaria@gmail.com



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**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).*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 3.027/GM/MS, de 26 de novembro de 2007, que aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS);

Considerando a Portaria nº 1.256/GM/MS, de 17 de junho de 2009, que institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS);

Considerando as Conferências Nacionais de Saúde, em especial a 12ª de 2004, a 13ª de 2008 e a 14ª de 2011, que expressam a demanda pela implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde;

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades em saúde por meio da execução de políticas de inclusão social;

Considerando a reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 12 de julho de 2012, que aprovou a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, que visa colocar as práticas populares em saúde em um plano mais amplo, de forma democrática e com participação social; e

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 28 de maio de 2013, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSUS).

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

coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

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

I - diálogo;

II - amorosidade;

III - problematização;

IV - construção compartilhada do conhecimento;

V - emancipação; e

VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos historicamente e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.

§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.

§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS:

I - participação, controle social e gestão participativa;

II - formação, comunicação e produção de conhecimento;

III - cuidado em saúde; e

IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais.

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas.

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.

§ 3º O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS.

§ 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o

encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras.

Art. 5º A PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.

Art. 6º São objetivos específicos da PNEPS-SUS:

I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras;

II - fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS;

III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde;

IV - fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde;

V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde;

VI - apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde;

VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares;

VIII - contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde;

IX - apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas;

X - contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e

XI - assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS.

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde:

I - implementar as ações da PNEPS-SUS, incorporando-as no Plano Nacional de Saúde;

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas no âmbito do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS);

III - garantir financiamento para implementação integral da PNEPS-SUS;

IV - promover a articulação intrasetorial permanente para a implementação da PNEPS-SUS;

V - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS; e

VI - apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS.

Art. 8º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Estadual e Plurianual de Saúde;

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde;

III - apoiar tecnicamente as Secretarias Municipais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS;

IV - garantir financiamento complementar aos Municípios para a implantação da PNEPS-SUS;  
V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS.

Art. 9º Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Municipal Plurianual de Saúde, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

II - estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde;

III - implementar o Plano Operativo da PNEPS-SUS;

IV - garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS-SUS;

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS.

Art. 10. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios.

Art. 11. Compete às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR) avaliar e aprovar os Planos Operativos da Educação Popular em Saúde, considerando as especificidades locais e a PNEPS-SUS.

Art. 12. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articulará, no âmbito do Ministério da Saúde a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação da PNEPS-SUS.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**

