

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**

**Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde**

**Michely Rodrigues Alves**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: um referencial de autonomia e transformação**

**Diamantina**

**2017**

**Michely Rodrigues Alves**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: um referencial de autonomia e transformação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu Ensino em Saúde* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Wellington de Oliveira

**Diamantina**

**2017**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

A474e

Alves, Michely Rodrigues

Educação Popular em Saúde: um referencial de autonomia e transformação / Michely Rodrigues Alves. – Diamantina, 2017.

91 p. :

Orientador: Wellington de Oliveira

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

1. Participação social. 2. Educação em saúde. 3. Promoção da saúde.

I. Oliveira, Wellington de. II. Título. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**CDD 363**

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Michele Rodrigues Alves**

**Educação Popular em Saúde: um referencial de autonomia e transformação**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wellington de Oliveira

Data de aprovação: 18/ 08/ 2017.

---

Prof. Dr. JOÃO LUIZ DE MIRANDA - UFVJM

---

Prof<sup>ª</sup>. LEILA DE CÁSSIA FARIA ALVES -UFVJM

---

Prof. Dr. WELLINGTON DE OLIVEIRA - UFVJM

**Diamantina**

Dedico este trabalho a pessoas fundamentais aos meus ensinamentos cotidianos. Reconhecendo que o processo de educação é aliado aos conhecimentos da vida, agradeço toda a aprendizagem, carinho e amor ofertados pela minha avó Tereza e meu pai. Assim, deixo aqui meu muito obrigada!

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da paciência e sabedoria, essências aos processos de ensino e aprendizagem;

Ao amigo Hélvecio, pela sincera amizade, hospitalidade e incentivo crucial para iniciar essa etapa que hoje finalizo;

Ao professor Ms. Antônio Moacir, por toda contribuição e paciência que fundamentaram os primeiros questionamentos deste trabalho;

Ao colega Renan, presente e participante de todos os momentos desta conquista, deixo meu singelo carinho e reconhecimento que sem você, os caminhos trilhados teriam sido mais árduos e solitários;

À Marta, por me proporcionar momentos de discussões e aprendizagem sobre a Educação Popular;

Às colegas estrangeiras que contribuíram com o enriquecimento cultural e propiciaram momentos de felicidade e muita conversa construtiva;

Aos colegas de sala, obrigada pelo apoio, por dividir momentos de glórias e lutas, pelas histórias de vida compartilhadas, pelos lanches, pela alegria em sala, os conselhos, e claro, por fazerem parte da nossa turma REFERÊNCIA do Mestrado Profissional Ensino em Saúde; em especial, à Cibele, Dulce, Juciane e Ana Paula, pela particularidade dos nossos momentos, pelos desabafos necessários, pelo seminário III, criado por nós (risos) e acima disto, pela amizade construída com muito carinho, fica aqui meu, muito obrigada meninas!

À minha família pelo apoio, carinho e suporte, em especial meu irmão e melhor amigo Jhonnatam, por tornar minha passagem de vida sempre mais leve e doce, você é espetacular cara;

Ao orientador Wellington de Oliveira, por me guiar desde os primeiros questionamentos, por desconstruir todas as concepções limitadas sobre educação, por demonstrar que aprendizagem é sinônimo de liberdade, pelo carinho e por ter se tornado meu maior exemplo de professor;

Aos professores João Luiz e Rivaldo Paccola por contribuírem com tanto conhecimento;

Aos meus amigos, que proporcionaram visitas e alegrias em minha estadia em Diamantina;

À banca examinadora, pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

A democracia é como o saber, uma conquista de todos. Toda a separação entre os que sabem e os que não sabem, do mesmo modo que a separação entre as elites e o povo, é apenas fruto de circunstâncias históricas que podem e devem ser transformadas.

*Paulo Freire*



## RESUMO

A educação popular em saúde (EPS), mesmo sendo um referencial político, teórico e metodológico, consolidado como estratégia política, é um assunto que exige ampla reflexão e conhecimento para sua efetividade. De acordo com o eixo norteador instituído pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) em 2013, por meio de uma prática político-pedagógica, os saberes populares são reconhecidos a partir da construção compartilhada do conhecimento, com potencial de instrumento auxiliar para reorientação das práticas em saúde. O objetivo deste estudo foi estimular um processo de educação e construção de conhecimentos, junto aos atores sociais do grupo HIPERDIA, norteados pelo referencial da EPS. A pesquisa foi desenvolvida a partir do problema: a EPS pode contribuir com melhorias na qualidade de vida dos usuários no município de Senhora do Porto/MG? O trabalho foi desenvolvido por meio da metodologia da pesquisa-ação, com a aplicação da técnica de observação participante para a coleta dos dados, caráter descritivo e com abordagem qualitativa. Os demais atores participantes foram os integrantes do grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) adscritos no município de Senhora do Porto-MG. A análise dos dados foi feita através do referencial teórico da Educação Popular, trabalhado dentro da prática pedagógica das “rodas de conversa”, sistematizadas por Paulo Freire. O estudo do resultado foi realizado por meio da análise do discurso, referenciado pelas teorias de Foucault. Os resultados revelam que a EPS não é um desafio para os atores sociais envolvidos, pois através das observações foram percebidas ações de mobilização, autonomia e diálogo entre eles, nos momentos que tiveram oportunidade de se expressar. Seria então um impasse para os profissionais de saúde desconstruir práticas norteadas pela cultura medicamentosa, aos gestores que deveriam apoiar a educação permanente dos trabalhadores, adicionando os princípios e as práticas de EPS, e ainda, responsabilidade do Ministério da Saúde em auxiliar nas estratégias de comunicação e divulgação da potencialidade das práticas articuladas às culturas populares.

**Palavras chave:** Participação Social. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

Popular education in health (EPS), even though it is a political, theoretical and methodological framework consolidated as a political strategy, is a subject that requires wide reflection and knowledge for its effectiveness. According to the guiding axis established by the National Policy on Popular Health Education in the Unified Health System (PNEPS-SUS) in 2013, through a political-pedagogical practice, popular knowledge is recognized through the shared construction of knowledge with potential of an auxiliary instrument to reorient health practices. The objective of this study was to stimulate a process of education and knowledge construction together with the social actors of the HIPERDIA group, guided by the EPS framework. The research was developed from the problem: the EPS can contribute with improvements in the quality of life of the users in the municipality of Senhora do Porto / MG? The work was developed through the action research methodology with the application of the participant observation technique for the data collection, descriptive character and qualitative approach. The other participants were members of the hypertensive and diabetic group (HIPERDIA) enrolled in the municipality of Senhora do Porto-MG. The analysis of the data was done through the theoretical reference of Popular Education, worked within the pedagogical practice of the "round of conversation" systematized by Paulo Freire. The study of the result was carried out through discourse analysis, referenced by Foucault's theories. The results show that EPS is not a challenge for the social actors involved because through the observations it was noticed actions of mobilization, autonomy and dialogue between them, in moments that they had the opportunity to express themselves. It would than be a challenge for health professionals to deconstruct practices guided by the drug culture, to managers who should support the permanent education of workers by adding the principles and practices of EPS and also the responsibility of the Health Ministry to assist in the strategies of communication and dissemination of potentiality practices articulated by popular cultures.

**Keywords:** Social Participation. Health Education. Health Promotion.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANEPS Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária pelo Ministério da Saúde

CNEPS - Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde

CNS - Conferências Nacionais de Saúde

CONAAS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

EP - Educação Popular

EPS - Educação Popular em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensão

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOBs - Normas Operacionais Básicas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RJ - Rio de Janeiro

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SGEP - Secretária de Gestão Estratégica e Participativa

SGTES - Secretária da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFVJM - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 SAÚDE PÚBLICA E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UMARELAÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL.....</b>	<b>24</b>
<b>3 PERCORRENDO CAMINHOS TRILHADOS RUMO A NOVAS CONSTRUÇÕES.....</b>	<b>44</b>
<b>4 MÉTODOS DE CONSTRUÇÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>4.1 Cenário e Sujeitos do Estudo.....</b>	<b>60</b>
<b>4.2 A vivência da Observação Participante.....</b>	<b>61</b>
<b>4.3 O Diálogo Libertador da Discussão.....</b>	<b>63</b>
<b>4.4 Construindo Novos Caminhos.....</b>	<b>68</b>
<b>4.5 Aspectos Éticos.....</b>	<b>69</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE II.....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde quando conheci as práticas de Educação em Saúde, tais estratégias despertaram grande entusiasmo e interesse de aperfeiçoamento para atuação enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF). Mesmo graduada na área da saúde, logo no início da carreira, tive a oportunidade de identificar um perfil de atuação voltado para práticas educativas.

Sempre atuando no seguimento da Atenção Primária à Saúde (APS), iniciei os trabalhos neste nível assistencial, ainda enquanto estudante, na categoria de estagiária, através de um processo seletivo pela empresa Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE), onde fui direcionada para trabalhar no município de Governador Valadares-MG, permanecendo por dois anos.

Ao me graduar pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) – GV, em 2011, retornei à minha cidade natal, Guanhães -MG, e no mesmo ano, comecei a trabalhar no município de Dom Joaquim-MG como coordenadora de uma ESF, na zona rural. Tal experiência me proporcionou grande aprendizagem, pois além de ter sido o primeiro contato com a realidade enquanto enfermeira, a unidade não contava com a equipe multiprofissional e era composta somente por uma enfermeira, um ACS, uma auxiliar de serviços gerais e atendimento médico uma vez por semana.

Foi nesse cenário, rico de descoberta e conhecimento, que tive minhas primeiras experiências com atividades de educação em saúde. Logo, ao iniciar, fui solicitada a desenvolver estratégias com a finalidade de implantação e implementação de grupos operativos na comunidade. Tendo os maiores indicadores de atendimentos referentes à população da terceira idade, realizei um levantamento de queixas e demandas, descobrindo que a maioria da assistência prestada era voltada para o público de hipertensos e diabéticos.

A partir desta necessidade, com a ajuda da comunidade e do ACS, começamos a realizar as primeiras reuniões na igreja local para discussões envolvendo a temática das patologias. Inicialmente os encontros não contavam com a presença de demais profissionais, e poucos usuários compareciam. Após meses de trabalho e persistência, conseguimos aderir à equipe multiprofissional que era disponibilizada de outra unidade de saúde, aumentando também o interesse e a participação da comunidade.

Posteriormente, fui convidada a trabalhar no município de Senhora do Porto-MG, que também foi um grande cenário de conhecimento e aprendizagem. Ao iniciar, logo percebi

que as práticas de saúde eram desarticuladas das atividades educativas. No município não ocorria nenhuma assistência coletiva, muito menos atividades de educação em saúde. As práticas eram desenvolvidas pelo modelo curativista e orientadas por demandas e queixas.

A experiência anterior com atendimento em grupo me proporcionou conhecimentos que nortearam a elaboração de um projeto para a implantação de grupos operativos no município. Esse projeto foi apresentado aos gestores e líderes políticos locais que concordaram com a proposta e deram todo apoio fundamental para a reorientação das práticas de saúde. Assim, começaram a acontecer as reuniões para discussão de hipertensão e diabetes envolvendo toda a equipe multiprofissional.

Devido ao sucesso do grupo e reconhecimento da comunidade envolvida, fui solicitada a desenvolver demais atividades educativas envolvendo diversos grupos operativos. Foram construídos grupos de orientações sobre o tabagismo, gestantes, saúde mental, saúde da mulher e saúde da criança.

Através da perspectiva de reverter cuidados diários, que se encontravam fragmentados devido à ausência da participação popular, tive a oportunidade de conhecer a sistematização freireana que orienta a articulação dos saberes populares e científicos.

Compreender que os cuidados assistenciais da ESF são reconhecidos como modelo de atenção, capaz de reorientar práticas de prevenção e promoção da saúde, possibilitou o início de questionamentos sobre atuação profissional e inovações necessárias. Observar que o saber popular vinha confrontando o saber científico, através do comportamento de resistência dos usuários, gerou determinadas reflexões sobre necessidade de articular os saberes envolvidos nas práticas de educação em saúde.

A atuação, enquanto enfermeira da ESF, no município de Senhora do Porto-MG, estimulou a busca por novos processos pedagógicos, para a reorientação necessária das atividades de educação em saúde. Através das disciplinas isoladas, cursadas no programa de mestrado Ensino em Saúde, pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), conheci o referencial metodológico da Educação Popular em Saúde (EPS), despertando interesse de instrumentalizá-lo para novos sentidos nas práticas de saúde.

Os processos sócio-históricos que direcionaram a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro das perspectivas sanitaristas, proporcionaram a concepção de que a efetiva assistência deve ser elaborada antes da instalação da doença. Nesse sentido, o SUS enfatiza a importância de articular o estilo de vida e o saber da população aos condicionantes e indicadores de saúde.

No modelo assistencial da ESF, as práticas de educação em saúde podem estimular a transformação necessária através das atividades educativas. Perceber que o diálogo presente nas atividades proporcionava o encontro dos agentes consigo e com o mundo, trouxe o reconhecimento de que a educação exerce papel fundamental em processos de transformação.

Ao ingressar ao programa, tive a oportunidade de sistematizar meus questionamentos sobre práticas educativas e resistência dos usuários. Por meio do projeto de pesquisa, foi iniciada a trajetória de reflexões sobre educação em saúde e agentes envolvidos nessa construção. A partir do consentimento que a articulação entre educação e saúde auxilia na busca pela prevenção e promoção da vida, foi elaborado um estudo que buscou compreender se o referencial teórico-metodológico e político da EPS contribuiria por meio de melhorias na qualidade de vida dos agentes sociais de Senhora do Porto.

Assim, no setor Saúde, a Educação Popular passou a se constituir, em vários serviços, não como uma atividade a mais entre tantas outras, mas como um instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas, na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados (VASCONCELOS, 2001, p. 123).

Tendo como base as produções elaboradas por Eymard Mourão Vasconcelos, um médico idealizador e praticante da EPS, foi possível compreender como a luta dos movimentos sociais, está relacionada a efetiva participação nos processos de saúde. Contextualizando os trabalhos teóricos produzidos por Paulo Freire foram descobertos processos metodológicos que demonstravam que através da educação libertadora é possível estimular a participação da população para a construção de uma sociedade mais consciente.

De tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes, que não sabem nada, que não podem saber que são enfermos, indolentes, que não produzem em virtude de tudo isso, terminam de se convencer de sua incapacidade. Falam de si como os que não sabem, e do doutor como o que sabe e a quem devem escutar. Os critérios de saber que lhe são impostos são os convencionais (FREIRE, 1987, p. 28).

A assistência desenvolvida por meio de atividades educativas com o grupo operativo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), em Senhora do Porto-MG, possibilitou a observação de certas fragmentações referente aos princípios norteadores do modelo assistencial da ESF. A passividade dos usuários, resistência às práticas e a falta de participação da comunidade, estimulavam a permanência de práticas curativistas.



A partir destas observações e discussões em sala de aula, foi elaborado o projeto de pesquisa com o objetivo de estimular um processo de educação e construção participativa junto aos pacientes do grupo HIPERDIA, norteado pelo referencial da EPS. Os questionamentos direcionaram a reflexão sobre a interferência da resistência no desenvolvimento de práticas trabalhadas por meio do diálogo e participação.

Acreditando que a EPS poderia contribuir com a compreensão do processo de resistência e ainda estimular a autonomia dos usuários, foram realizadas análises sobre os limites e possibilidades que o referencial apresentava para estimular a reorientação necessária. A partir destas necessidades, iniciou-se o processo de investigação e pesquisa sobre teorias, metodologias, práticas, aspectos científicos e referenciais da EPS.

Antes mesmo de mergulhar no universo dos atores sociais, já existia a preocupação sobre a necessidade de novas pesquisas em saúde referenciadas pela EPS. A cada etapa do estudo, novos questionamentos surgiam, demonstrando outros caminhos e percepções que confirmavam a importância de buscar inovações através da Educação Popular (EP).

Assim, essa pesquisa buscou analisar e compreender: concepções da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS); educação popular; autonomia, diálogo, participação, resistência, cultura e educação em saúde. O suporte bibliográfico para sua realização foram os estudos de: Carlos Brandão, Eduardo Navarro Stotz, Eymard Vasconcelos, Julio Wong-Un, Maria Cecília de Souza Minayo, Marilena Chaui, Michel Foucault, Miguel Arroyo, Paulo Freire e Victor Valla.

Através da fundamentação freireana, e os princípios da prática educativa emancipadora foi possível compreender que o usuário a partir da conscientização, conquista espaços antes oprimidos e se reconhece enquanto agente condutor da própria saúde. Por isso, esse trabalho enfatiza que a educação em saúde deve ser idealizada como uma prática fundamental para a reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS).

Conforme apresentado no capítulo III dessa dissertação, muitos autores apontam que os serviços oferecidos na APS, apresentam grande potencial para articular práticas populares ao cuidado em saúde. A aproximação dos profissionais com o cotidiano da comunidade articulada a assistência continuada, favorece o intercâmbio entre os atores sociais envolvidos e a participação na definição de prioridades.

Para que as unidades de saúde possam oferecer uma assistência visando contribuir com melhores condições de vida, outros sentidos na construção da saúde e propiciar a

reorientação dos serviços é necessário reconhecer que a educação em saúde é um processo fundamental, que orienta ações preventivas e proporciona a construção de conhecimentos para a promoção da saúde.

Ao decorrer dos encontros com os agentes sociais, foi percebido que a participação destes sujeitos orienta determinadas transformações estimuladas pela criatividade. Apoiar a criação de espaços que estimulou a participação, a partir da reflexão crítica, propiciou o desenvolvimento de cuidados necessários e comuns a toda a comunidade.

A articulação dos saberes presentes nos diálogos do grupo HIPERDIA, junto à atuação dos profissionais e a presença da universidade através da pesquisa desenvolvida direcionou a construção de espaços mais democráticos e participativos no município. Perceber que a arte fundamenta práticas de educação em saúde, a partir da realidade vivida, como ficou demonstrado na construção da metodologia do “varalzinho do bem-estar”, despertou reflexões sobre diversas possibilidades de desenvolver processos educativos.

Esse processo de ensino e aprendizagem possibilitou aos agentes uma sensação de libertação. Vivenciar experiências que desconstruem concepções de que o cuidado em saúde deve ser desenvolvido por meio de transferência de padrões ideais, propiciou a reflexão de que a ausência do diálogo e a passividade na construção da saúde orienta o desenvolvimento de práticas normativas.

A participação por meio das “rodas de conversa” e a possibilidade de inserir os conhecimentos diários na educação em saúde, estimulou a criação de novos sentidos sobre participação popular. Além da conquista da emancipação, ficou demonstrado como é necessário superar o fragmento entre cultura, serviços de saúde, saber científico e a concepção de adoecimento e cura do universo popular.

Toda essa construção contribuiu para a formação de novos sujeitos. Inserir a participação popular e novas metodologias no cenário de saúde demonstrou como a participação da população nos seguimentos sociais fortalece a busca por uma sociedade mais justa. Através dos trabalhos desenvolvidos por um grupo que até então era oprimido e silenciado, ficou a percepção que a EPS e suas práticas pedagógicas podem ser utilizadas como princípios que defendem a vida e estimulam a mobilização social pela igualdade.

No município de Senhora do Porto, a EPS contribuiu para a construção da autonomia dos usuários e também dos profissionais. Através da busca coletiva por novos significados nos processos de saúde, foram sendo construídas novas percepções sobre cidadania, hábitos de vida e práticas de educação em saúde.

Porém, sabe-se que, a presença de características que fracionam a assistência no SUS estabelece uma relação sócio-histórica, como apresento no capítulo II desta dissertação. Retomando a análise sobre Saúde Pública e sua afinidade histórica com a EPS, alguns acontecimentos anteriores demonstraram o potencial desta articulação para as mudanças necessárias no sistema.

A reforma universitária, ocorrida na década de 1950, propunha objetivos e discussões que já estimulavam a ampliação da concepção sobre saúde. Esse progresso, referenciado pela Medicina Social da época, visava mudanças de hábitos sociais e a inserção de noções sobre Medicina Preventiva no processo de formação dos médicos.

Foi a partir destas reflexões que, em 1973, surge no Brasil o termo “Reforma Sanitária”. Através dos estudos desenvolvidos por futuros médicos, que buscavam entender como o modo de vida poderia influenciar na construção da saúde, foram sendo elaborados artigos científicos que abordavam a necessidade de relacionar o cotidiano das pessoas às mudanças necessárias na saúde.

O movimento sanitário, no contexto histórico, é articulado à crise econômica no país, que impulsionou conflitos no cenário brasileiro. Políticos, sindicalistas operários, trabalhadores rurais, membros da igreja e movimentos sociais urbanos, construíram ideais de lutas, buscando conquistas relacionadas à obrigação do Estado sobre mudanças necessárias. A discussão não se limitava ao cenário da saúde, os atores envolvidos enquadravam questões sociais e a necessidade de reverter o privilégio do setor privado.

Destaca-se que as revoluções na Política Nacional de Saúde, entre 1974-1979, não foram construídas a partir do conceito de democratização, uma vez que não permitiram a participação da classe operária. Mas, em 1979, a inserção de sanitaristas no cenário contribuiu para a consolidação do setor público de saúde, a partir das necessidades sociais identificadas. Por isso, o processo de reforma sanitária, articulado as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) é reconhecido por muitos autores como acontecimentos fundamentais que estimularam o início de debates, reflexões e a autonomia da participação social.

Segundo Santos (2013), em 1983, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), a sociedade começou a construir outras concepções sobre modelos assistenciais. A partir de eixos estratégicos de descentralização, universalização e participação popular foram sendo elaboradas discussões fortalecidas com o acontecimento da VIII CNS, em 1986.

Destacada como um espaço para construção de propostas que já vinham sendo almeçadas pelo movimento de Reforma Sanitária, a VIII CNS foi reconhecida como grande

avanço no setor político institucional. A partir deste acontecimento, a saúde foi sendo reconhecida como direito de todos, e passou a ser estruturada por diretrizes que visavam consolidar: integralidade da atenção, descentralização, organização e participação popular.

Toda essa conquista fundamentou a elaboração de um projeto legislativo consolidado como o documento da Constituição, que foi promulgada em 5 de outubro de 1988. Este avanço jurídico buscou regulamentar direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Através do reconhecimento da saúde como direito popular, foram sendo elaboradas estratégias institucionais que fundamentaram a criação do SUS.

Já com princípios e diretrizes detalhados, envolvendo competências dos governos federais, estaduais e municipais, em 1990, ocorreu a instituição das leis nº 8080 de 19/09/1990 e nº 8142 de 28/12/1990.

As mesmas indicavam a construção de um modelo assistencial de acordo com os acontecimentos históricos, delineavam a distribuição de funções entre os órgãos competentes e demonstravam a necessidade de alterar a situação de desigualdade na assistência, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

Segundo Rolim, Cruz e Sampaio (2013), o SUS foi a primeira política pública brasileira que, além de adotar a participação popular como princípio, estimula também o exercício do controle social em diversos seguimentos. A necessidade de fortalecimento do princípio da participação popular ficou evidenciada após a construção jurídica da Lei Orgânica nº 8142/90, que reconheceu a importância do exercício popular em espaços institucionais e determinou ser fundamental a presença da população de forma efetiva nos conselhos e conferências de saúde.

Compreender que toda a construção histórica do nosso sistema está vinculada a conquistas dos movimentos sociais, despertou ainda mais interesse em conhecer e analisar o potencial da participação popular na atualidade, além de descobrir que a participação influencia nas transformações necessárias aos seguimentos sociais, estimula a construção de novas concepções e metodologias que possam assegurar o comprometimento dos líderes políticos, com a implantação e divulgação de projetos a fim de estimular a participação nas ações e serviços de saúde.

Ter vivido a oportunidade de debater questões locais, envolvendo a diversidade de saberes compartilhados, demonstrou que a participação popular pode ser utilizada como eixo estratégico para reorientação das práticas. A sistematização do cuidado, por meio da EPS, articulada ao debate político sobre questões sociais, influenciou a elaboração de um novo

projeto sobre Educação Permanente, que será desenvolvido por meio de um plano municipal, referenciado pela EPS.

Toda essa construção despertou determinadas inquietações, tanto nos agentes sociais, quanto nos profissionais de saúde. Perceber que uma das atribuições dos profissionais é contribuir com a formação de agentes sociais críticos para a atuação na gestão pública de saúde, despertou novas reflexões sobre a articulação entre EPS e práticas de Educação Permanente nos serviços.

Em meio a muitas dúvidas, questionamentos, reflexões, e claro, a permanência da digníssima resistência, foram sendo criadas várias estratégias. O desenvolvimento do projeto de pesquisa junto aos agentes sociais despertou o sentido de mobilização nos profissionais que buscaram conhecer melhor a metodologia da EPS e objetivaram estratégias visando a continuidade do processo de construção compartilhada de novos conhecimentos.

A partir desta necessidade, foi possível compreender como os princípios políticos e pedagógicos da EPS estão articulados com a efetiva participação em defesa da vida. Ter vivenciado o início da mobilização dos profissionais pela luta do direito à saúde, demonstrou que o sentido de participação no SUS, deve ser trabalhado para mudar realidades.

Permitir novas produções de sentido pela vida é dar liberdade ao sujeito para agir mediante mudanças que ele próprio julgar necessárias. Por isso, a educação no SUS deve enfatizar o potencial de suas metodologias, que pode contribuir com a interação dos diversos saberes, demonstrando que novas informações orientam movimentos de ação/reflexão/reconstrução.

No município de Senhora do Porto, os momentos pedagógicos contribuíram com a construção de novos conhecimentos sobre saúde e grupos operativos. Demonstrou também que a EPS tem o potencial de aumentar a capacidade do sujeito, de se reconhecer enquanto agente histórico, social e político. A partir da mobilização, a participação popular foi sendo intensificada a cada “roda de conversa”.

Promover espaços desenvolvidos por meio da participação social direciona para o cumprimento de diretrizes e princípios do SUS que buscam exercer a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social.

Refletindo o princípio da participação popular percebe-se que, o termo ‘apoio social’ abrange uma complexidade, direcionando para simbologia que envolve afeto, confiança, diálogo e sensibilidade. Por isso, qualquer informação sistematizada ou não

discutida em grupos, fundamenta efeitos cognitivos e emocionais. A reciprocidade presente nos trabalhos desenvolvidos pela EPS propicia a mudança de comportamentos, a partir do apoio oferecido entre todos os envolvidos.

Estimular a compreensão de que, nos serviços de saúde as pessoas necessitam ser mais humanas umas com as outras, favorece a busca pelo controle da própria vida e também da comunidade. Tais características fortalecem os serviços do modelo assistencial da ESF, pois fundamentam os princípios norteadores do SUS, que orientam para a manutenção da saúde e prevenção da doença.

Conviver com a dinâmica da vida e compreender o processo de cura e adoecimento dos hipertensos e diabéticos possibilitaram reflexões sobre a necessidade de aproximar o cuidado com a cultura dos atores. Somente a partir da visão globalizada das alterações de saúde será possível reorganizar as práticas, buscando maiores estímulos para a participação.

A integralidade do SUS garante à população atenção integral em todos os níveis do sistema e assegura o respeito e a valorização dos seus saberes e vivências. A articulação da educação e saúde nas unidades favorece o desenvolvimento de atividades na perspectiva de participação e autonomia. Propiciar a emancipação do usuário, enquanto agente modificador dos determinantes de saúde estimula a contribuição no cuidado, permitindo uma assistência mais humana e integral.

A teoria metodológica da EPS institui fundamentos políticos que orientam sobre a participação popular. Suas possibilidades de contribuição para transformar práticas verticalizadas em momentos de construções pedagógicas fortalecem laços que influenciam na qualidade de vida de todos os envolvidos. Estimular estratégias referenciadas pela EPS é ter o reconhecimento de que a troca dos saberes desenvolve uma mobilização em favor da vida.

O fortalecimento da relação entre usuários e profissionais desperta a conscientização e incentiva a vontade de agir nos processos de saúde e qualificação da assistência. A participação ativa, aliada ao comprometimento profissional, favorece as atividades desenvolvidas na ESF e contribui com a qualidade de vida da comunidade.

Compartilhar novos saberes, participar de novas práticas e imergir na vivência dos agentes sociais, permite que a reflexão coletiva desenvolva processos de ação-reflexão-ação, que busca o conhecimento vivo. Através da autonomia, é possível contribuir com a conscientização dos envolvidos, trabalhando conhecimentos indispensáveis pela vida.

A reflexão, o diálogo e a articulação dos saberes, propiciam o desenvolvimento da

autonomia e aproxima cultura popular e ciência. A capacidade de se colocar no lugar do outro, de se identificar com as falas e disponibilizar a escuta sensível possibilita a compreensão de que existe saberes e práticas diversificadas.

As práticas alternativas utilizadas pelos hipertensos e diabéticos, contribuem com as atividades tradicionais dos serviços, pois são ações que promovem o bem-estar e fortalecem a emancipação dos agentes. A concepção de participação, através do compartilhamento do poder, revigora o sentido de enfrentar os determinantes de saúde.

A EPS trabalhada no grupo operativo HIPERDIA, contribui com o diálogo e busca traçar soluções a partir dos significados populares. Nessa concepção, representa para os serviços de saúde um subsídio para a integralidade das práticas. Valorizar as iniciativas dos agentes e seus familiares direciona para a superação do autoritarismo.

No atual contexto de saúde, social e político, a busca pela integralidade da vida favorece o fortalecimento de vários seguimentos sociais e amplia a capacidade de autonomia da sociedade civil.

Reorientar os serviços em favor de necessidades concretas é acreditar na possibilidade de continuação da construção do SUS, pois, de acordo com suas diretrizes, nosso sistema fornece meios para que a vida social seja inserida no processo de construção da saúde.

Nesse sentido, a EPS é uma teoria importante para a busca da participação. O despertar para a realidade, trabalhado por meio da conscientização, encoraja a democratização das políticas públicas, extrapolando a concepção de ensino e aprendizagem. Seus princípios políticos fundamentam a luta pelas questões sociais. O interessante é que o referencial deixe de ser uma metodologia isolada, alcançando sua generalização na gestão, planejamento e serviços de saúde brasileiros.

Para isso, é necessário o envolvimento de todos, é preciso o compartilhamento de saberes e experiências. As esferas de governo devem incentivar a valorização da cultura e implantar espaços que favoreçam o diálogo. A construção participativa nos serviços não é algo parado, vive em constante modificação e transformação que reflete na sociedade. Contudo, contribui com a sistematização de novas experiências, fundamentais para a valorização das práticas populares.

Reafirmando a magnitude que a EPS abrange sobre as práticas de prevenção e promoção, acredita-se que esse estudo poderá auxiliar na construção de novas concepções sobre participação popular e educação em saúde. No município de Senhora do Porto-MG, as

relações estabelecidas através da pesquisa de campo, favoreceu a construção de novos saberes e práticas por meio do diálogo e criatividade compartilhada. Os trabalhos educativos construídos indicaram o início da mobilização necessária para a transformação social, reafirmando o compromisso de todos com a melhoria da qualidade de vida.

Com tudo, as novas concepções construídas pelos trabalhadores, a respeito da educação em saúde e sua contribuição pela luta por direitos, favorece a continuidade de reflexões e práticas de EPS. Contribuir com o aprimoramento das práticas de educação em saúde é enfatizar que a educação enriquece o sujeito e demonstra seu potencial de agir tanto na própria saúde, quanto nos enfrentamentos da vida.

Após a organização de toda produção desenvolvida, esta dissertação se divide em cinco capítulos. A apresentação que se finaliza nas próximas laudas, descreve os caminhos percorridos até os questionamentos que fundamentaram a pesquisa, define a escolha da teoria, delimita o modelo assistencial onde foi desenvolvido e respalda a necessidade de aprimorar os processos pedagógicos, para a realização das atividades de educação em saúde.

O segundo capítulo apresenta a relação histórica e social, da construção da saúde pública com o movimento da EPS. Reafirma a contribuição dessa articulação mediante a construção do SUS, direciona a compreensão sobre os movimentos sociais e demonstra o início da participação popular nas políticas de saúde. Toda essa construção histórica iniciou um processo contínuo de mudança, presente ainda nos dias atuais, trazendo novos olhares e perspectivas para reorganização do sistema.

O terceiro capítulo discute os caminhos teóricos já trilhados, buscando entender o questionamento: a EPS pode contribuir com melhorias na qualidade de vida dos atores sociais no município de Senhora do Porto-MG? Através da análise sobre as produções elaboradas, foi apontado que as diferentes concepções sobre práticas e conhecimentos em saúde, direcionam possibilidades metodológicas capazes de intervir na maneira de agir dos sujeitos envolvidos.

O quarto capítulo apresenta o método da construção, ilustra a experiência desenvolvida pelas “rodas de conversa”, explica a metodologia do “varalzinho do bem-estar” e relata os obstáculos e sucessos conquistados. Transcreve ainda as falas dos agentes e sistematiza os resultados por meio da análise do discurso. Contudo, demonstra que a análise do discurso trabalha com os sentidos, e não conteúdos fechados.

O quinto e último capítulo finaliza com considerações relevantes e descreve a



experiência da construção do “varalzinho do bem-estar” desenvolvida pelos agentes sociais, demonstrando que a problematização originada da vida real, despertou o interesse de mudanças que envolvem cultura e práticas em comum. A metodologia desenvolvida, a partir da vida concreta, desvendou um processo de descoberta de fragmentos antes ocultos. Esse desvendamento influenciou na promoção da saúde e qualidade de vida dos participantes.

Assim, esta pesquisa considera que estratégias educativas podem interferir na prática política libertadora. A unidade de saúde de Senhora do Porto se consolidou como um cenário de emancipação do usuário, demonstrando a influência da EPS na qualidade de vida das pessoas. A construção de novos significados, a partir de práticas dialogadas e o início da ruptura com o autoritarismo científico, destacou a necessidade de reorientação das práticas educativas.

Concordando com todo referencial construído por Paulo Freire, seguimos acreditando: “o bom método pedagógico, não pretende ser método de ensino, mas sim de aprendizagem; com ele o homem não cria sua possibilidade de ser livre, mas aprende a efetivá-la e exercê-la” (FREIRE, 1987 p. 09).

## **2 SAÚDE PÚBLICA E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UMA RELAÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL**

A compreensão sobre o papel do médico na sociedade e suas diferentes formas de atuação fez com que Oswaldo Cruz, se tornasse um líder em produção científica, abordando questões sobre o cenário de saúde e as necessidades sociais. Seus trabalhos buscavam revolucionar conceitos e práticas assistenciais, partindo da articulação entre pesquisas e saúde pública. Suas produções direcionaram alterações nas práticas médicas e implementaram campanhas de ações sanitárias, em 1907. Como resultado, o cientista alcançou a extinção temporária da febre amarela no RJ (BRITTO, 1995).

A construção da Saúde Pública teve outros marcos históricos e sociais, como o desenvolvimento de atividades de profilaxia e tratamento, ainda nos anos de 1914. Na mesma época, encontrava-se na cidade do Rio de Janeiro (RJ), atendimento médico na periferia, desenvolvendo práticas assistências para malária. Estes acontecimentos enfatizaram as reflexões desenvolvidas por Oswaldo Cruz sobre a assistência médica e direcionaram fundamentos para o entendimento da concepção de saúde a partir de seus determinantes.

Com novos conceitos sobre atendimento médico, relação entre saúde/ higiene e transmissão de doenças, o progresso na assistência foi sendo conquistado, buscando solucionar fragmentos sociais através de trabalho e produção. A criação do Seguro Social, promulgado pelo presidente Artur Bernardes, através da lei nº 4.682 em 24 de janeiro de 1923, foi uma das necessidades sociais identificadas na época.

Logo após foi instituído o procedimento de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que atendia exclusivamente trabalhadores, realizando atendimentos médicos, distribuição de medicamentos e assistência previdenciária, relacionando os serviços às devidas contribuições.

Por se apresentar como um sistema fracionado, que não atendia todas as necessidades dos assegurados, o CAPs foi substituído pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e em 1926 os funcionários públicos federais passaram a ser atendidos pelo Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). Toda essa construção histórica da Saúde Pública, contribuiu para os avanços necessários implementando características inovadoras em cada etapa conquistada.

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), tinha como objetivo estimular a assistência sanitária do profissional médico, principalmente nas regiões

de produção. Inicialmente a estratégia foi direcionada as regiões da Amazônia onde se produzia borracha, ao estado de Goiás e ao Vale do Rio Doce. Esse serviço foi pactuado entre os governos do Brasil e Estados Unidos.

No livro *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*, Jacobo Finkelman inclui um capítulo ressaltando iniciativas que contribuíram com a evolução das políticas de saúde no Brasil (MERCADANTE, 2002, p. 234). Cita a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), como fator determinante para o início da aproximação dos “*doutores*” com a realidade social. Os mesmos começaram a deixar o ambiente ambulatorial para atender em domicílios com caráter de urgência. Vale destacar que o atendimento domiciliar era exclusivo da assistência privada, até 1949.

Em 1960 ocorreu a expansão estratégica e geográfica do SESP, implementando inovações sanitárias e capacitação profissional em saúde pública. Tais ações direcionaram para a transformação do órgão SESP em fundação do Ministério da Saúde. A partir deste marco, deu-se início a trajetória da assistência básica domiciliar, implantando a hierarquização da saúde integral e estimulando serviços preventivos.

Logo após o início do governo militar, em 1964, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Consequentemente, o Estado passou a ter mais poder sobre a sociedade e foi desenvolvida a medicina industrial, favorecendo a assistência privada, no período de 1964-1974. Extensão da cobertura previdenciária e incentivo à medicina curativista/reduccionista também foram estratégias vigentes do governo que direcionava para a burocratização do setor.

Com a criação do Plano Nacional de Saúde (PNS), em 1968, ações como universalização e assistência médica integrada ao Ministério da Saúde começaram a fortalecer princípios fundamentais para a existência do atual Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, devido à idealização de privatização da rede pública, insatisfação, polêmica e conflitos, começaram a demarcar interesses particulares entre o Estado, setor empresarial e atores do movimento social.

A partir de 1971, foi sistematizada uma extensão de cobertura enfatizando a implementação da assistência à população rural. Tendo um atendimento diferenciado, tanto em relação aos benefícios, quanto à contribuição, estes usuários passam a ter direito aos atendimentos médicos com gratuidade total ou parcial, de acordo com a renda familiar do trabalhador.

Apesar da ditadura, percebe-se que já se trabalhava para o desenvolvimento de um

sistema de saúde, no qual todos fossem atendidos de acordo com os direitos conquistados, sendo o Estado, maior responsável pela organização e efetivação dessa rede. Por se tratar de um regime autoritário, mas com perspectivas de superação, muitos atores envolvidos protagonizaram iniciativas estimulando mudanças. Os estudantes de medicina, por exemplo, sistematizavam estratégias que visavam a geração de novos profissionais como a criação do departamento da medicina social, fortalecendo a aproximação do conhecimento científico à realidade local.

Para Carvalho (2013), outro marco reconhecido como protagonismo foi a atuação dos partidos políticos progressistas. Tendo grande destaque, o partido MDB, que visava um trabalho voltado à comunidade periférica, buscando expansão rumo a conquistas sociais. Os líderes lutavam pelos direitos de saúde do cidadão, que até então eram garantidos somente por planos de saúde relacionados às funções trabalhistas.

Em se tratando de progresso, retomemos a reflexão sobre a Medicina Social. Com os primeiros registros, ainda na década de 50, a reforma universitária propunha objetivos e discussões mais amplos que uma ideia restrita somente à saúde do cidadão. Visava mudanças na sociedade, articulada aos objetivos da reforma agrária. Assim, em 1973, surge no Brasil o termo “Reforma Sanitária”, apresentada em artigos que discutiam a Medicina Preventiva para o processo de formação dos médicos.

Ainda na luta e construção da saúde como direito de todos os brasileiros, em 1977, integrantes do campo acadêmico produziram trabalhos relevantes, que indicavam a necessidade da organização dos serviços de saúde. Muitos artigos abordavam reflexões sobre perspectivas de mudanças no sistema de saúde, estimulando a unificação e ampliação dos serviços, a participação social, além de melhorias no acesso, sendo eixos de debates durante o processo da Reforma Sanitária.

O movimento sanitário, no contexto histórico, é articulado à crise econômica no país, o que impulsionou conflitos no cenário brasileiro. Políticos, sindicalistas operários, trabalhadores rurais, membros da igreja e movimentos sociais urbanos construíram ideais de lutas, buscando conquistas relacionadas à obrigação do Estado sobre mudanças necessárias. A discussão não se limitava ao cenário da saúde, os atores envolvidos enquadravam questões sociais e a necessidade de reverter o privilégio do setor privado.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, fundamentado pelos conflitos e necessidades sociais. Em 1975, ocorreu a criação do Sistema Nacional de Saúde. Outra conquista reconhecida como avanço e êxito da insatisfação vigente

da época, foi o início das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), um espaço construído para debate, discussão, reflexão e participação social que viabilizava assegurar propostas e iniciativas para formulação de novas políticas de saúde.

Segundo Paim (2012), nesse mesmo período ocorreu a ampliação dos movimentos sociais, buscando democracia. Porém, a democratização não se limitou aos anseios e participação somente dos atores sociais. Para a execução de um projeto democrático, ocorreu a inserção da discussão sobre as necessidades dos professores, reflexões dos pesquisadores da Saúde Coletiva e fortalecimento do núcleo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Ainda se tratando da busca pela democracia, em 1941, aconteceu a I CNS, decorrente da reforma implementada pelo ministro Gustavo Capanema. Esse marco histórico teve sua relevância conquistada, uma vez que foi reconhecida como uma articulação do governo para a constituição da política nacional de saúde. Já em 1950 ocorria a II CNS, ressaltando que, entre 1930-1945, foi o período do Estado Novo de Vargas, tempos em que a centralização do poder era uma característica de atuação que direciona a organização do sistema público.

Porém, entre 1946-1964, quando aconteceu a III CNS, foi possível acreditar novamente em aspectos democráticos do governo. Atividades que fortaleciam eixos de descentralização começaram a surgir nas estratégias governamentais, contudo, não ocorreu a consolidação necessária para que causasse mudanças no sistema de saúde.

Nos próximos 20 anos que seguiam de ditadura militar, ocorreram a IV, V, VI e VII CNS, que mesmo em tempos de autoritarismo, foram conquistadas e reconhecidas como espaço de discussão sobre a Reforma Sanitária.

Destaca-se que as revoluções na Política Nacional de Saúde, entre 1974-1979, não foram construídas a partir do conceito de democratização, uma vez que não permitiram a participação da classe operária. Mas, em 1979, a inserção de sanitaristas no cenário contribuiu com a consolidação do setor público de saúde, a partir das necessidades sociais identificadas.

Devido ao aumento do custo de vida e a crise econômica, incertezas e conflitos passaram a afetar a política de saúde, uma vez que as estratégias governamentais não atendiam às demandas sociais. Assim, os movimentos sociais conseguiram mobilizar profissionais de saúde, apontando propostas e discussões do interesse de toda sociedade. A partir deste marco, aconteceu a ampliação da luta pela conquista de direitos, com aspectos democráticos através das mobilizações dos movimentos sociais.

Segundo Santos (2013), em 1983, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), foi possível acreditar novamente em um modelo revolucionário de saúde, com eixos estratégicos de descentralização, universalização e participação popular.

Já em 1986, acontecia a VIII CNS, que teve grande destaque entre todas já ocorridas, esta foi consolidada como um espaço para construção de propostas que já vinham sendo almejadas há quase 20 anos pelo movimento sanitário.

Além do objetivo de debate, a VIII CNS foi importante também para nortear a construção da nova Constituição Federal Brasileira. O documento viria apresentar princípios e diretrizes com fundamento de organização. Tais aspectos também estavam presentes nas discussões apontadas como necessidades dos quase 4.500 participantes do evento. Por isso, muitos autores reconhecem a VIII CNS, como um espaço destinado a identificar princípios, que futuramente se concretizariam como direitos relacionados à saúde.

A partir deste avanço político institucional, movimentos democráticos foram crescendo e com o acontecimento da VIII CNS, trabalhos técnicos desenvolvidos pelos articuladores da Reforma Sanitária ganhavam cada vez mais destaque e reconhecimento. Identificada a necessidade de sistematizar essa produção científica, como eixo norteador, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) pelo Ministério da Saúde. Ainda no contexto constitucional, ocorreu a elaboração do projeto legislativo, referente ao documento de 1988.

Uma vez reconhecida, de acordo com os aspectos jurídicos, a saúde como direito de todos passou a ser estruturada a partir de diretrizes que visavam consolidar a integralidade da atenção, descentralização, organização e participação popular. Todas essas conquistas foram debates levantados na VIII CNS, a partir da luta envolvendo a CNRS. Destaca-se que essa comissão era composta por membros das três esferas de governo, instituições de saúde públicas e privadas e atores sociais como trabalhadores sindicalizados.

Outro marco histórico da conquista democrática foi a criação da Plenária Nacional de Saúde, que tinha como objetivo reunir membros da sociedade civil para participar e efetivar o controle social. Essa conquista social e política, envolvendo a construção do SUS deve ser considerada e sempre debatida, pois somente conhecendo as lutas antecedentes, é possível analisar e refletir sobre dificuldades e problemas que perpassam todo o processo histórico que são encontrados ainda nos dias atuais.

Citando a seguridade social como característica importante agregada à Constituição, promulgada em 5 de outubro de 1988, ressalta-se que o conceito assegurava

direitos relativos a saúde, previdência e assistência social. Através do reconhecimento da saúde como direito social, foi possível acreditar em uma transformação efetiva no sistema de saúde.

Já com princípios e diretrizes detalhados e fundamentos de organização envolvendo competências dos governos federais, estaduais e municipais, em 1990, ocorreu a instituição das leis nº 8080 de 19/09/1990 e nº 8142 de 28/12/1990. As mesmas orientavam para um modelo de atenção, de acordo com toda construção histórica envolvida e delineavam a distribuição de funções entre os órgãos competentes.

Após a organização e regularização do SUS ficou estabelecido que iniciativas privadas poderiam também participar do sistema, porém prevaleceriam fundações e administração pública. Assim, ficou estabelecido que o sistema seria composto por serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, tendo espaço complementar a iniciativa privada, mediante contratação pública. Configurado como um novo modelo de atenção, eixos constitucionais como universalidade, equidade e integralidade, passam a ser elementos doutrinários, na perspectiva de superar o modelo de assistência médico-hospitalar.

Para Santos (2012), toda essa conquista sócio-histórica deveria ter continuado progredindo após a instituição das leis nº 8080 e nº 8142. Contudo, dificuldades persistiam em permanecer comprometendo as necessidades e direitos de saúde da população. O subfinanciamento federal, falta de investimento nos níveis de baixa, média e alta complexidade, desorganização nas relações e gestão do trabalho em saúde, hegemonia administrativa do Estado e privatização da gestão pública foram obstáculos marcantes que trouxeram limitações na implementação do SUS.

Por isso, desde os tempos passados até os dias atuais, a inserção da participação popular conquistada como diretriz, é reconhecida como ação estratégica de organização. Por meio da participação, é possível propiciar uma articulação entre ações governamentais, participação da comunidade e aprimoramento das políticas públicas de saúde. Como consequência da necessidade de inserção da participação popular nas discussões políticas foram criados fóruns de participação sendo eles: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONAAS) criado em 1980 e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) criado em 1988.

Nos anos 1990 ocorreu a implementação do SUS após a criação da Lei Orgânica de Saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOBs) pelo Ministério da Saúde. Ambas as estratégias foram criadas para servir como eixo de regulamentação do sistema. Em 1991, o

Ministério da Saúde iniciou um trabalho envolvendo ações com foco na saúde da família, executando atividades programadas, trabalhando por área de cobertura e introduzindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Tendo como objetivo primordial reduzir a taxa de mortalidade infantil e materna, o PACS teve sua construção inicial nos estados do Norte e Nordeste, ofertando uma expansão dos serviços de saúde às áreas mais afastadas e desfavorecidas. A partir da experiência foi identificado o impacto positivo nos indicadores de saúde, estimulando agentes do Ministério, para articular o programa como eixo estratégico de organização do serviço básico.

Implementada a ideia de se construir a saúde a partir de experiências inovadoras com característica de proximidade com a realidade comunitária, em 1993 foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF). As maiores mudanças apresentadas no projeto do programa estavam relacionadas a propostas de modificar o antigo modelo de atenção, direcionado por práticas reducionistas.

Iniciando uma trajetória de cuidado em que envolvia ações preventivas e atividades que promoviam a saúde, o PSF despertou interesse por práticas profissionais e participação dos usuários a partir da noção de promover uma vida mais saudável e meios de assistência opostos às práticas hospitalares. Reconhecido como um dos maiores eixos organizadores da atenção básica, o programa passou por sua fase de extensão com implantação em diversos estados, inclusive grandes cidades.

Efetivado em 1994, o programa começou a articular os princípios do SUS em suas práticas profissionais, proporcionando uma atenção integral à família, redefinindo as atividades do atendimento primário se caracterizando como porta de entrada do sistema. Encaminhamentos, atendimentos em outros níveis complementares e assistência terapêutica são atribuições do programa. Por se trabalhar em território definido é possível executar o cadastramento e acompanhamento da população adscrita.

Em 1999 ocorreu a instituição da portaria GM/MS nº 1399, que regulamentou a Norma Operacional Básica do Sistema de Único de Saúde, a NOB-SUS/96. Reconhecida como instrumento de regulação do sistema, a NOB incluiu orientações operacionais e determinações práticas com a finalidade de efetivar os princípios e diretrizes norteadores do SUS. Direcionando competências às três esferas de governo, no ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou o processo de implantação para descentralização deste setor. A partir deste avanço, em 2001, os recursos transferidos entre os governos estaduais e municipais passaram a ser divididos em: PAB fixo e PAB variável referentes aos recursos para a Atenção Básica,



recursos para a vigilância epidemiológica e controle de doença, recursos para a assistência de média complexidade e recurso para a assistência de alta complexidade.

Tais conquistas indicavam para a perspectiva de intersetorialidade, trazendo novas possibilidades para o processo de construção da saúde. Ressalta-se que por muitas décadas, saúde significou ausência de doença ou prestação de assistência reducionista para recuperação. Com o progresso da divisão dos recursos, a saúde passa a ser consolidada por políticas que garantiam a expansão de consultas, remédios, especialistas, exames, internações e diversas ações que direcionavam para o princípio da integralidade.

As propostas e perspectivas nos anos 90, não se limitaram a implantação do PSF. As três esferas de governo trabalharam estratégias para melhorar a efetivação do programa que já apontava êxito. Para isso, enfatizaram ações como direcionamento de funções, organização dos sistemas de financiamento, sistematização de ações em saúde, fiscalização das atividades administrativas e acompanhamento dos indicadores de saúde.

Ainda no processo de implantação do SUS, práticas de saúde direcionadas pelo primeiro contato com os pacientes que visavam solucionar os problemas de saúde primária de determinada população e região foram consolidadas como serviços da atenção básica à saúde. Desde então, os serviços passaram a ser direcionados por atendimentos que visam uma qualificação da acessibilidade, conceitos de humanização dos quais se consolidam nos dias atuais como ações da Atenção Primária à Saúde (APS).

Retomando acontecimentos antecedentes referidos a APS, em 1978 ocorreu a realização da Conferência de Alma-Ata na República Cazaquistão, onde foram discutidos e direcionados objetivos que futuramente se consolidariam como metas do nível primário. Viabilizando estratégias de saúde que acolheriam as necessidades de todos, esse evento caracterizou determinadas ações de saúde que visavam cobrir necessidades de grupos definidos e direcionar o acesso aos outros níveis de assistência quando necessário.

Após a Conferência, questões sociais foram mais articuladas às discussões políticas para melhor desenvolvimento dos níveis assistenciais. Reconhecida como base para a construção da assistência sanitária, a APS foi direcionada possuindo seus determinantes sobre estruturação, tecnologias, práticas e financiamentos necessários para a efetivação das políticas públicas referentes à equidade, participação popular, prevenção e promoção da saúde.

Tendo uma concepção determinada, a partir da declaração de Alma-Ata, a APS ficou reconhecida como eixo central do sistema de saúde. Em seus protocolos de implantação

são identificados objetivos e perspectivas de desenvolvimento socioeconômico, a partir da articulação com ações de saúde, visando estimular discussões sobre o desenvolvimento social e enfrentamento de determinantes de saúde de caráter coletivo.

Alguns princípios integraram a estruturação da APS, como universalização e descentralização, que direcionaram para uma nova lógica de organização dos serviços. A partir da integralidade, regionalização e hierarquização, ações de prevenção e recuperação passaram a ser executadas nas unidades de atendimento da APS, tendo os gestores públicos a responsabilidade de manutenção e implementação dos serviços.

Através da articulação dos princípios e serviços ofertados pelos profissionais da APS, surge uma forte tendência de participação social e enfoque comunitário no planejamento de saúde. Os profissionais das unidades de APS passaram a buscar novos serviços que promoviam a participação da comunidade, direcionados a partir da ideia de extensão de cobertura dos serviços.

Com a consolidação da Saúde Coletiva, as práticas de saúde passaram a ser executadas articulando educação e saúde com noções da ausência de doença, dando maior ênfase a um modelo de atenção simplificado que buscava a participação comunitária. Assim, iniciava-se o trajeto para a conquista de um modelo assistencial essencial, com metodologia orientada por políticas públicas, técnicas apropriadas de acordo com as necessidades locais.

Para Giovanella e Mendonça (2012), a APS se caracteriza por ofertar serviços de baixo custo, capazes de combater doenças que acometem determinada região. Devido à contínua criação e divulgação de políticas públicas de saúde, movimentos sociais passaram a compreender a saúde como legítimo direito. A partir desta compreensão foi expandida a noção de determinantes sociais, entendimento sobre políticas de saúde e foi firmado um compromisso entre os atores envolvidos a fim de se trabalhar a redução de desigualdades.

Uma vez identificados os problemas de saúde e o desenvolvimento da região, os serviços locais passaram a traçar metas a serem alcançadas visando uma transformação dos serviços. Foi necessário trabalhar com o desenvolvimento de infraestrutura dos serviços, dar mais ênfase aos problemas dos grupos vulneráveis e estimular ações de educação em saúde, voltadas para construção de novos conhecimentos.

Essa experiência, voltada para a Saúde da Família, despertou um processo contínuo de mudança, presente ainda nos dias atuais, que aprimora a relação entre os profissionais e pacientes. As equipes Saúde da Família são compostas por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal e agentes comunitários

de saúde. A assistência multiprofissional é desenvolvida por meio de estratégias e programas que buscam articular a construção da saúde através das necessidades de cada comunidade.

A implantação de Unidades da Saúde da Família trouxe novos olhares e perspectivas para reorganização do sistema. Foi efetivado o compromisso com o acesso da população em todos os níveis de atenção, assegurando assim o princípio da universalização. Sabe-se que para maiores conquistas almejadas é necessário que sejam desenvolvidas ações que garantam uma maior cobertura e estimulem atividades que proporcionam a participação popular.

A APS vem sendo considerada desde os anos 90, até a atualidade (2017), como o nível de atenção que oferta serviços de acordo com as necessidades coletivas e individuais. Estabelece ainda relações de amizade e humanização entre os envolvidos, pois trabalha com o eixo de atenção permanente e integral, através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nas unidades de ESF, os profissionais trabalham junto aos integrantes da comunidade, despertando uma noção de saúde como responsabilidade de todos, promovendo assim a participação popular para o enfrentamento dos problemas sociais e de saúde.

Debater questões locais envolvendo a diversidade de saberes compartilhados favorece o fortalecimento da participação popular como eixo estratégico para efetivação de mudanças necessárias. A sistematização das práticas nas unidades da APS, bem como a articulação do debate político sobre saúde e questões sociais, pode influenciar no planejamento de políticas municipais causando impacto sobre a gestão do sistema de saúde.

Estimular a democratização do setor público é fazer com que a sociedade esteja mais presente, influenciando tomadas de decisões referentes à gestão de políticas públicas. Na Saúde Coletiva, promover liberdade sobre opiniões revertendo a lógica da hegemonia ideológica é fazer com que os atores sociais possam participar do processo de construção da saúde visando melhorias na sociedade como um todo.

Para que conceitos como liberdade e igualdade sejam fundamentados a partir da participação popular, é necessário que as unidades de saúde proporcionem espaços que vão além da ideia de inclusão. Para se pensar em usuários mais presentes, ativos e livres sobre escolhas e decisões é preciso reconhecer a necessidade de despertar características de autonomia. Somente com a criação de oportunidades e metodologias que estimulam a participação, os atores sociais poderão apresentar suas diversidades culturais nos espaços públicos.

Essa articulação entre saúde e diversidade cultural, tem levantado novos sentidos

e direcionamento para novas relações entre os seguimentos sociais. As discussões envolvendo o conceito de diversidade, para que se alcance seu potencial de enriquecimento, não deve se limitar às questões de saúde. Para o conhecimento de sua complexidade é necessário que se introduza nos debates assuntos sobre estruturas de classes, religião, sexualidade e todos os questionamentos necessários para o estabelecimento do equilíbrio e respeito ao convívio social.

Ainda se tratando das questões do convívio social, é de fundamental importância o reconhecimento da cultura como fator de atribuição na democratização para o setor da saúde. Reconhecida como processo inerente para organização, costumes e tradições que são transmitidos entre gerações caracterizam a diversidade humana e enfatizam o potencial de enriquecimento quando se articulam aos vários saberes presentes na Saúde Pública.

Porém, para a efetivação de práticas que direcionam para a construção do cenário de saúde mais democrático e participativo, é necessário que seja estabelecido um equilíbrio entre interesses da sociedade e políticas governamentais. O Estado tem o potencial de intervir em diversas mudanças necessárias, de acordo com as demandas sociais, visando à diminuição da desigualdade, a partir do incentivo da participação na gestão pública (COSTA; VIEIRA, 2012).

Práticas de Educação em Saúde na APS são reconhecidas como eixo de articulação entre os saberes que compõe o cenário da Saúde Pública. Têm o potencial para direcionar a desconstrução do autoritarismo médico, presente desde a predominância do modelo curativista. Contudo, devem ser valorizadas, qualificadas e atualizadas para que promovam a inclusão social e a promoção da cidadania.

O princípio da integralidade no sistema, além de garantir uma atenção em todos os níveis, deve estimular, em seus espaços de assistência, a integração dos saberes, costumes, cultura e diversidade. Para isso, é necessário que atividades de Educação em Saúde sejam desenvolvidas por meio do diálogo, fortalecendo a perspectiva de reconhecimento do usuário como sujeito histórico.

A Educação Popular em Saúde (EPS) é uma das ferramentas teóricas que desperta no usuário características de participação, demonstrando possibilidades de autonomia. Assim, apresenta a possibilidade de (re) significar o papel dos usuários, reconhecendo-os como autores da sua própria história, no processo de construção da saúde. Tendo a possibilidade de reverter as práticas tradicionais de Educação em Saúde, a EPS é uma metodologia com fundamentos políticos que visam estimular a participação popular.

Retomando antecedentes referidos a EPS, sabe-se que a luta dos movimentos sociais, tais como o movimento do ABC paulista, a mobilização de mulheres, o movimento dos professores junto aos profissionais de saúde, ainda na década de 70, influenciou determinadas transformações ao cenário social. No setor da saúde, a maneira como os profissionais se aproximaram da realidade de diversas comunidades e movimentos, como o da Educação Popular, possibilitou o início da inserção da participação da população em vários serviços de saúde. Rumo à construção de um cenário de saúde mais participativo, sujeitos sociais, criativos e revolucionários buscavam fortalecer atividades de mobilização entre os seguimentos movimentos sociais.

Movidos por um ideal de reflexão sobre a responsabilidade do Estado e a busca por articular práticas de educação no cenário da saúde, além dos movimentos sociais e profissionais, a luta encorajava professores, pesquisadores e educadores populares que formulavam propostas visando possibilidades de transformação da realidade. Mas para que as atividades de educação em saúde deixassem os padrões reducionistas, nos quais profissionais orientavam soluções técnicas científicas para problemas sociais populares, era necessário estimular uma condição de mobilização em prol de processos educativos que fortalecessem a construção de conhecimentos entre todos os envolvidos.

Tendo como base metodológica a Educação Popular (EP), reconhecida como um movimento histórico, as organizações populares agiam com estratégias que articulavam ideais políticos e culturais. A luta se expandia de acordo com a necessidade de transformação das condições da qualidade de vida e buscava uma sociedade mais justa e igualitária. Assim, a participação popular começou a despertar reflexões sobre novas possibilidades a fim de se configurar como um elemento estruturante para formulação de políticas públicas.

Porém, o movimento de participação não pode se apresentar como um eixo unilateral. Seu êxito está diretamente relacionado às decisões institucionais e, acima de tudo, depende de atitudes de agentes sociais mais participativos. Por isso a introdução de espaços para o diálogo, apoiando lutas sociais, ainda nos anos 70, marcou o início da trajetória que rompia com a tradição do saber médico como verdade única e absoluta, abrindo lugar para o debate e construção de novas práticas de saúde, envolvendo a EP.

Para entendermos melhor esse processo de tentativa de ruptura envolvendo aspectos de predominância entre o saber científico sobre os saberes populares, é necessário resgatar e analisar acontecimentos históricos que direcionam para a ideia de preconceito. Amarante e Costa (2012) associam preconceito e discriminação como movimentos

socioculturais. Devido à construção da imagem de inferioridade referida aos pobres, toda riqueza, conhecimento e práticas populares, executadas pela classe, são alvos de críticas, discriminações e resistências.

Reconhecer a cultura popular como fator de contribuição aos serviços de saúde demanda uma interpretação da realidade. Precisamos (re) aprender a formular processos de ensino e aprendizagem que venham a desconstruir imaginários negativos sobre reprodução de padrões. O estilo de vida da população, construção de símbolos e organizações sociais perpassam por lutas e processos históricos de acordo com cada época vivida. Para reverter essa ideologia negativa é necessário buscarmos valorizar e aprender sobre cultura popular.

De acordo com as considerações teóricas apresentadas no I Caderno de Educação Popular e Saúde em 2007, é possível propiciar o encontro entre a cultura popular e científica por meio de espaços que estimulam a reflexão crítica. Porém, o diálogo e a abertura para escuta sobre saberes diferentes, devem estar presentes fundamentando a construção de novos conhecimentos por meio de compartilhamento das falas.

Ainda resgatando tempos históricos, que buscavam o fortalecimento da metodologia da EP, a superação da fragmentação existente entre serviços de saúde, saberes científicos e conhecimentos populares foi iniciada devido à aproximação dos profissionais de saúde com comunidades carentes. A saída dos consultórios para a imersão no universo popular possibilitou uma mobilização direcionada para o entendimento sobre o processo de adoecimento e cura dos agentes populares.

Assim, outros atores começaram a ser inseridos no processo de construção da saúde, incorporando novos sentidos nos espaços políticos e sociais. Tendo a EP como metodologia norteadora das práticas, a EPS é fundamentada por princípios que reafirmam a responsabilidade social rumo à democracia mais participativa na saúde. Na construção histórica da EPS, alguns intelectuais como Paulo Freire, Victor Valla e Miguel Arroyo traçaram caminhos juntos aos movimentos populares que consolidaram avanços teóricos para formulação das atuais políticas sociais.

De acordo com a Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, muitas conquistas no cenário de saúde brasileiro foram idealizadas a partir de mobilizações sociais. Em 1998 foi criada a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, apoiada pela Escola Nacional de Saúde Pública da fundação Oswaldo Cruz. Em 2002, os integrantes dessa rede enviaram uma carta ao presidente Lula comunicando o interesse em participar de forma política do SUS.

Assim, em 2003, após o reconhecimento da EPS como estratégia norteadora para

o alcance da integralidade no SUS, foi instituída a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, no Ministério da Saúde fazendo parte da nova Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Interessados em propiciar o diálogo com os movimentos populares e também utilizar o referencial da EPS na formação profissional, os integrantes da SGTES efetivavam estratégias para maior consolidação das práticas populares. Foi criado um espaço intitulado como Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) para maior efetividade na interação dos movimentos populares e o controle das políticas públicas.

Após a criação da ANEPS ocorreu um fortalecimento das práticas de EPS, que conquistou um espaço na realização de encontros estaduais abordando a temática que, por consequência, dava origem a outras iniciativas norteadas pelo controle social. Com alterações ocorridas no governo federal, em 2005, a EPS passa a ser de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) com a criação da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social que tinha como maior interesse promover a participação popular na saúde.

Em 2009, sendo necessário implementar uma política que consolidasse a diretriz da participação popular no SUS, foi criado o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) sob responsabilidade da SGEP, a fim de qualificar e acompanhar a construção dessa política. Assim, foi instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) pela portaria n. 2.761 de 19 de novembro de 2013, que orienta uma prática político-pedagógica reconhecendo os saberes populares a partir da construção compartilhada do conhecimento como componente das ações em saúde.

Desde a sua instituição, o reconhecimento e implantação de projetos populares articulados a saúde, vem crescendo nos âmbitos estaduais e municipais. Destaca-se a região do Nordeste, como exemplo de conquistas fortalecidas pelos saberes populares. Atividades como Ouvidoria Coletiva (Itaboraí-RJ), MobilizaSUS (Bahia) e Cirandas da Vida (Fortaleza) buscam resgatar práticas populares para o cuidado, organização e funcionamento do SUS.

Outro êxito marcante atribuído à promoção da cultura popular foi o acontecimento da 14<sup>o</sup> CNS, no ano de 2011, em Brasília. Com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” foi possível a realização do evento através de um ambiente mais propício à liberdade de expressão. Com um local titulado “Espaço Paulo Freire” a comunidade em geral junto aos delegados, compartilharam

experiências e ampliaram os debates sobre saúde, direito e a construção de um sistema mais participativo.

Analisando os fundamentos da PNEPS-SUS percebe-se que suas competências estimulam a articulação das práticas populares na atenção à saúde. Além de valorizar a cultura popular, busca consolidar os princípios de organização do sistema, como humanização e integralidade. Porém, para maior efetividade suas atribuições, não devem se limitar à ideia de uma prática política. É de interesse de todos que a mesma seja reconhecida como uma sistematização teórica, vinculada à responsabilidade social.

Traçando caminhos para a transformação do cenário de saúde, o protagonismo popular vem ganhando espaços e lutas referentes à qualificação de gestão, aprimoramento do processo de trabalho e mobilização para participação popular. Através da conquista de diversas políticas sociais, a defesa ao direito de saúde vem sendo construída por meio da articulação entre a diversidade de saberes, integração culturais e serviços de saúde.

Por isso, a instituição da PNEPS demarcou um acontecimento histórico que orientou novos caminhos, apresentando metodologias com capacidade de reorientação das práticas em saúde. Seus princípios não se limitam a ações voltadas para a Educação em Saúde, pois estimulam a busca de uma sociedade mais justa e ética em suas relações humanas. Através dos seus fundamentos teóricos, o ato de cuidar pode se tornar mais participativo e reflexivo.

Questionando a tendência generalista da assistência, que vai contra o princípio da integralidade, acredita-se que a PNEPS, pode vir a (re) orientar o cuidado em saúde oferecendo serviços de acordo com as demandas das classes populares. Mas para isso é necessária uma aproximação do cotidiano das pessoas e comunidade, para que assim, estratégias de saúde possam ser planejadas a partir do conhecimento das reais necessidades.

Sabe-se que a diversidade socioeconômica do país, influencia diretamente a vulnerabilidade de determinados grupos sociais. Identificar a exclusão presente entre determinadas classes populares é uma das etapas necessárias para combater a discriminação entre pessoas, presente também no cenário da saúde. Para que a implementação de políticas de inclusão seja efetivada, suprimindo necessidades é preciso considerar questões culturais, diversidade de raça, novas posturas sobre condição sexual e etnia.

Ações pedagógicas, articuladas ao cuidado em saúde se apresentam como ferramentas e possibilidade de inserir a comunicação a partir da diversidade de símbolos e linguagem. A assistência desenvolvida mais próxima da realidade e universo vocabular dos



atores envolvidos pode direcionar a criação de novos sentidos sobre o processo de saúde, orientando um sistema de construção e recriação constante.

A EPS atribui características metodológicas que possibilitam a contribuição dos diversos grupos sociais, na construção de novos conhecimentos a partir de suas histórias e enfrentamentos. Valorizar as lutas coletivas em prol da autonomia, equidade e justiça é promover saúde e participação social, direcionando efetividade aos cumprimentos dos princípios do SUS.

Além de proporcionar a oportunidade de emancipação dos usuários, a EPS estimula a construção de novos conhecimentos que possibilitam a reorientação profissional de pessoas envolvidas com os compromissos sociais. A ideia do cuidado participativo estimula a ruptura do autoritarismo científico, presente em muitas práticas profissionais. No campo metodológico, a mobilização característica das práticas de EPS fundamenta a formação de sujeitos educadores e profissionais comprometidos com as práticas populares.

Conforme apresentado no II Caderno de Educação Popular em Saúde, no ano de 2014, sujeitos democráticos podem estimular processos para trabalhar a compreensão sobre o protagonismo popular. A partir do conhecimento de diversas experiências humanas é possível identificar que o pensamento e construções da vida, não se limitam a uma formação científica, entende-se assim que muitos problemas podem vir a ser solucionados a partir da ação e experiências individuais.

Despertar a autonomia e capacidade crítico-reflexiva dos atores sociais pode representar a abertura de novos caminhos através de espaços de aprendizagem e construção coletiva. Desconstruir símbolos e (re) significar imagens a partir do entendimento popular é trabalhar perspectivas sobre outras maneiras de se viver, que pode vir a reverter condições de exclusão social.

Criar situações pedagógicas, a partir do acúmulo de experiências populares, pode fazer com que os profissionais se aproximem do conhecimento sobre o sofrimento humano, referente à exclusão social. Ensinamentos sobre vivências, indignações e superações não podem ser trabalhados por meio de orientações teóricas. Com a metodologia da EP, os profissionais têm a oportunidade de participar de um processo de ensino-aprendizagem que orienta para o entendimento sobre o enfrentamento dos problemas sociais.

A formação profissional em saúde no Brasil vem apresentando alternativas ao modelo de ensino tradicional. Uma das novas metodologias abordadas é a “Aprendizagem Baseada em Problemas”, que inicialmente foi utilizada nos EUA, Canadá e Holanda. A ABP

trabalha o processo de formação por meio da resolução de problemas estruturados pelos professores para que os alunos, pouco a pouco, construam o conhecimento necessário a resolução de problemas reais no futuro.

Através desta metodologia os estudantes vão construindo condições de desenvolver habilidades técnicas e cognitivas. Assim, o processo de formação desperta o interesse em estudar para aprimorar as práticas durante toda a atuação profissional. Ela é desenvolvida por meio de estudos de problemas concretos, através da análise e entendimento participativo.

Apresentando uma metodologia próxima dos princípios sistematizados por Paulo Freire, a problematização e identificação dos problemas são características relevantes desta nova abordagem científica. O debate e a discussão associado à realidade social direciona para a busca de soluções por meio da reflexão-ação-reflexão de maneira constante. A formação profissional direcionada pela “Aprendizagem Baseada em Problemas” pode trazer novos rumos revertendo a atuação profissional que ainda hoje é caracterizada por práticas reducionistas.

Reconhecida, devido seu potencial de transformação, mediante aspectos sociais, a EP não deve ser limitada ao cenário de saúde. Apresentando metodologias que consolidam uma estruturação dos processos de ensino-aprendizagem, ela é caracterizada por sistematizar experiências dos movimentos sociais, contribuindo para a construção compartilhada de conhecimentos. Na formação profissional, pode favorecer a formação de futuros profissionais que irão trabalhar estimulando a inclusão da população na assistência em saúde.

Consolidado a partir de diretrizes que orientam para inclusão das diversas formas de vida, superação das desigualdades, realização de trabalhos emancipatórios e processos educativos, o SUS, para sua devida efetividade, necessita de profissionais capacitados para articular estratégias de implantação e implementação a partir de necessidades reais. Por isso, a EPS é um processo pedagógico que se faz junto ao povo e não para o povo.

Através da articulação dos saberes e o reconhecimento de vivências, a EPS favorece aos profissionais a identificação de situações limites que podem direcionar a transformação de determinados aspectos comunitários. Por meio do reconhecimento primário de determinadas características de vida pode ser possível efetivar um planejamento do cuidado a partir da problematização, criatividade e diálogo. Mas, para a consolidação desta estratégia a EPS precisa ser inserida como projeto de desenvolvimento mediante apoio dos gestores.

Considerar aspectos culturais direcionados pela arte, problematização criativa e diálogo é reconhecer que a EPS tem o potencial de reorientar as práticas, promovendo espaços de reflexões através da Educação em Saúde. Articulando a arte ao cuidado é possível estimular a criatividade e participação dos agentes sociais, despertando o interesse de agir nos processos de saúde. O trabalho desenvolvido pela teoria da EPS possibilita ainda construções coletivas envolvendo sensibilidades e afeto, construindo também novas relações ao cenário da saúde.

Na construção de caminhos através do comprometimento de transformação, a EPS vem se apresentando como eixo de contribuição para o enfrentamento de iniquidades. Afinal, como já afirmava Vasconcelos (2001) o trabalho, a vida e a luta pela sobrevivência fazem com que as pessoas se reconheçam como parte da sociedade que luta pela transformação.

A mediação entre os saberes populares e científicos direciona um processo de reconhecimento dos valores e emancipação dos sujeitos. Orientada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, configura-se como um processo metodológico que articula discussões filosóficas a práticas políticas.

Desenvolvida por meio de práticas pedagógicas que articulam o diálogo para melhor compreensão da vida, a EPS apresenta-se como um eixo alternativo para leitura de símbolos e imaginários negativos. Por meio da análise crítica, direciona para a desconstrução de uma visão pessimista sobre a vida, tendo o diálogo como instrumento de escuta, aprendizado, construção e respeito.

A amorosidade presente nos momentos coletivos de aprendizagem fundamenta a interação necessária ao desafio de problematização da realidade. As estratégias passam a ser elaboradas junto aos agentes sociais, reafirmando a esperança de mudança de aspectos comunitários e também individuais. Através da interação, respeito e confiança, o autoritarismo vai dando espaço para encontros que estimulam o pensamento crítico e ação.

Através da fala dos agentes é possível reconhecer as riquezas culturais presentes em cada comunidade. Cada palavra dita direciona pensamentos que possibilitam a construção de estratégias para mudar determinadas realidades. Essa criação de novos saberes e iniciativas apresenta-se como uma possibilidade de agir, indo ao oposto as soluções técnicas vigentes nas práticas em saúde.

A afetividade apresenta-se como uma característica que fortalece a superação de práticas reducionistas e sem humanização. A humildade, o afeto e companheirismo presentes nas práticas de EPS direcionam para o reconhecimento da necessidade de criação de novos

significados ao processo de construção da saúde. O acolhimento e compromisso com a superação do sofrimento reafirmam o fundamento político que consolida os processos inovadores no SUS.

A construção de processos coletivos no cuidado em saúde traz a perspectiva de diminuir a distância existente entre os saberes científicos e populares. O saber que orienta os sujeitos para a autonomia de construção da sua própria história é um saber originado da luta. Indo além do pensamento racional, experiências demarcadas por limitações e sofrimentos se constituem como base para superação de práticas autoritárias e reducionistas.

A troca de saberes constituída por uma metodologia com princípios políticos direciona para a construção de ambientes mais solidários. Desconstruir certezas e abrir espaço para o pensamento crítico, talvez seja o maior desafio para as pessoas envolvidas com a EPS. Por isso, a articulação entre solidariedade, política, ética e diálogo é necessária para o enfrentamento da resistência presente em muitos gestores e profissionais que trabalham de maneira repressiva.

Atividades como dramatização, pintura, construção coletiva de painéis e utilização da musicoterapia traz a possibilidade de conhecer o cotidiano das pessoas envolvidas e descobrir o conhecimento prévio que os sujeitos possuem sobre o processo de saúde e doença. A escuta desenvolvida através do respeito estimula para a construção de um ambiente reflexivo. Esse diálogo trabalhado por estruturas emocionais e culturais faz com que o processo educativo direcione a uma melhor compreensão sobre o outro e seus compromissos na sociedade.

Através do reconhecimento de conflitos e desafios presentes na vida de cada um, pode ser possível trabalhar por meio de avaliação da realidade e, conseqüentemente, reflexão sobre possíveis alterações. O planejamento participativo potencializa a superação de problemas que muitas vezes estão presentes na vida de vários sujeitos de determinada comunidade. Para consolidar práticas fundamentadas pela metodologia da EP é necessário enfatizar o sujeito e seu potencial relacionado à interação.

Assim, processos educativos devem ser desenvolvidos por meio de ações construtivas, do outro com o outro e não de um para o outro. Na ideia de estimular a criatividade superando a transferência de conhecimentos, os saberes passam a ter a potencialidade de despertar o protagonismo através da educação e promoção de participação dos sujeitos. Essa coletividade direciona para a perspectiva do envolvimento de vários setores necessários para a organização de um contexto social mais justo.

Buscando a formação de sujeitos enquanto educadores e ainda a consolidação de práticas que estimulam aspectos para a inclusão social, a EPS vem construindo novos sentidos que reorientam a promoção da saúde, descentraliza ações e favorece a comunicação através da participação social. Por meio destes processos, os saberes desenvolvidos vão possibilitando uma leitura sobre a vida e seus enfrentamentos, inserindo a realidade social como fator determinante para a construção da saúde.

Articulando mobilizações sociais a responsabilidade de gestão nas três esferas de governo, a EPS envolve objetivos apresentados na PNEPS-SUS, sendo:

- Contribuir com a participação popular, controle social e gestão participativa;
- Fortalecer práticas educativas no campo da saúde;
- Promover compartilhamento dos saberes, através de atividades educativas desenvolvidas pelo diálogo;
- Valorizar práticas culturais no cuidado em saúde;
- Despertar a autonomia dos sujeitos na assistência;
- Estimular a produção de novos conhecimentos sobre práticas populares e formação de sujeitos educadores;
- Contribuir com a reorientação de estratégias, desde a assistência até ações de gestão no SUS;
- Fortalecer a inserção da EP na APS.

Com tudo, o eixo teórico-metodológico e político da EPS reafirma a aproximação histórica da saúde pública às conquistas sociais, pois apresenta ações que buscam consolidar a participação social ao controle do SUS, fortalecendo a autonomia do sujeito. Defende o compartilhamento do poder em todos os níveis de gestão que fundamenta o fortalecimento do protagonismo popular, iniciado ainda nas reivindicações sanitaristas e presentes até os dias atuais.

A mobilização de sujeitos em busca da conquista pelos direitos da saúde foi um acontecimento histórico necessário ainda na atualidade. Estimular a criação de espaços para processos de ensino-aprendizagem promovendo a criatividade na saúde é iniciar estratégias que buscam a transformação. Nesse sentido, a EPS apresenta teorias capazes de desvendar a realidade sobre a diversidade social, que é fundamental nas lutas para ampliação da participação popular na formulação de políticas públicas.

### 3 PERCORRENDO CAMINHOS TRILHADOS RUMO A NOVAS CONSTRUÇÕES

Para Vasconcelos (2001), muitos profissionais comprometidos com a luta e mobilização dos agentes sociais não conseguem desarticular práticas hospitalocêntricas da assistência primária em saúde. A permanência de práticas curativistas, impedem a implementação de ações alternativas, que direcionam para postura de resistência de alguns usuários sobre soluções autoritárias no cuidado em saúde.

Experiências profissionais adquiridas enquanto enfermeira da ESF proporcionaram um enriquecimento cultural direcionando a busca de novos conhecimentos sobre práticas pedagógicas de educação em saúde. Percebe-se que na atuação dos profissionais, pouco se valoriza a diversidade do público-alvo e também a comunicação entre diferentes atores. Associada a essa realidade, muitos pacientes apresentam uma postura de “resistência” sobre soluções técnicas para problemas sociais.

Por isso o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tão pouco torna-se simples troca das ideias a serem consumidas pelos permutantes (FREIRE, 1987 p. 45).

Através da observação da “resistência”, a ausência de práticas holísticas e a identificação da falta de diálogo esta pesquisa foi desenvolvida a partir do problema: a EPS pode contribuir com melhorias na qualidade de vida dos atores sociais no município de Senhora do Porto-MG? O trabalho buscou ainda despertar novas reflexões sobre EPS, com ênfase no modelo da ESF.

Sabe-se que os serviços oferecidos na ESF apresentam grande potencial que visam articular práticas populares ao cuidado em saúde. Por serem direcionados por microárea e desenvolvidos por profissionais ligados a comunidade, estimulam a valorização das trocas de conhecimentos a partir de contatos pessoais. Por isso, o intercâmbio entre os atores sociais envolvidos favorece a participação na definição de prioridades. Essa dinâmica desenvolvida através do diálogo fortalece a criação de novos grupos operativos e ainda desperta interesse profissional sobre práticas alternativas no processo de saúde.

As diferentes concepções sobre práticas e conhecimentos em saúde vêm aproximando as experiências populares aos cuidados. Essa possibilidade de romper com

processos normativos no setor da saúde potencializa a EP e favorece a divulgação de saberes necessários para a reorientação de estratégias. A partir deste reconhecimento é possível articular princípios que viabilizam ações mais apropriadas às necessidades comunitárias.

Esse conjunto de saberes associados direciona para novos olhares e sentidos na assistência em saúde. Através da EPS, sujeitos têm a possibilidade de demonstrar suas vontades e necessidades, aprendem a reconhecer as diferenças, exercitam a sabedoria da escuta com respeito e despertam interesse por novas maneiras de pensar e saber agir.

Os princípios políticos que fundamentam a EPS direcionam possibilidades metodológicas capazes de intervir na maneira de agir dos sujeitos envolvidos. Estimular a transformação de práticas tradicionais através da participação popular é reconhecer a necessidade de superação de determinadas desigualdades sociais que influenciam na promoção da saúde.

Concordando com Brandão (2001), a desigualdade social está relacionada à diversidade cultural, direcionando diferentes maneiras de vestir, agir, pensar e se comportar. A valorização de determinada condição de vida e desqualificação de outras estimula a construção de ideias voltadas para a inferioridade e preconceito relacionado às classes subalternas, operárias e periféricas. Por ser uma construção sócio-histórica, esses símbolos negativos podem servir de alicerce para ruptura de imaginários.

Porém, como já dizia Freire e Faundez (1985), a negação e ruptura, são processos intimamente associados. A identificação e descrição dos fatos permitem a compreensão crítica da realidade. Para negar algo na tentativa de romper é necessário, antes de tudo, refletir sobre a necessidade de transformação. Por isso, o diálogo construtivo nem sempre é desenvolvido por ideias sem oposição. A negação parte da contraposição.

Contribuindo com esse movimento de ruptura e construção de novos sentidos para vida, a EPS traz a possibilidade de (re) significação dos sujeitos, a partir da análise crítica da realidade. Problematizar situações de sobrevivência a partir do diálogo reflexivo é permitir que os agentes envolvidos busquem autonomia para construção de uma nova história.

Esse conhecimento do “eu” enquanto agente modificador traz para o cenário da saúde possibilidades de expansão da participação popular. Pensamentos e ações articuladas a experiências comunitárias podem direcionar estratégias para enfrentar mecanismos de exclusão. Através da construção coletiva, o conhecimento se fundamenta a partir de histórias reais, podendo direcionar processos educativos que articulam teoria e prática.

Processos educativos inseridos no setor da saúde apresentam potencial de

investigação e capacidade de desenvolver análise crítica. Através da participação popular, o homem começa a se envolver em processos pedagógicos que são capazes de aperfeiçoar estratégias no cuidado. Esse mecanismo de reflexão-ação-reflexão é um dos princípios desenvolvidos pela teoria da EPS.

Sobre as metodologias desenvolvidas na EPS, o diálogo busca sistematizar processos educativos que estimulam a liberdade e autonomia do sujeito. Porém, para desvendar imaginários e símbolos a partir da realidade vivida é necessário que a conversa seja desenvolvida a partir de palavras inseridas no universo vocabular de todos os participantes.

Segundo Fernandes e Moreira (2013), a observação participante é um dos processos práticos que enfatiza a construção de relações informais. Por meio da observação, o pesquisador cria possibilidades de se inserir nas relações cotidianas do grupo investigado e ainda participa das discussões. Esta participação estimula o diálogo que possibilita descobrir palavras utilizadas no vocabulário dos agentes sociais. O diálogo desenvolvido a partir do universo vocabular dos sujeitos direciona para a construção de temas geradores de novas conversas.

Para direcionar qualquer processo de transformação é necessário que seja compreendido o pensamento e linguagem de todos os sujeitos envolvidos. Compreender a visão do mundo em que se encontram os sujeitos é fundamental para que o homem tome consciência de sua atividade enquanto agente modificador. Somente através da conscientização sobre si e o mundo, o agente começa a despertar sua autonomia em prol das modificações.

Por isso, é necessário entender que a diversidade de culturas presente no processo político da EPS não faz com que uma seja melhor nem pior que a outra. Essa diferença de vida e saberes contribui para o enriquecimento da pedagogia educativa. Assim, a compreensão crítica sobre as diferenças, a tolerância e o respeito vai fundamentando as relações cotidianas, enfatizando possibilidades de romper com procedimentos conservadores e autoritários.

Consentindo com as colocações apresentadas por Arroyo (2009) em Educação popular, saúde, equidade e justiça social, através das metodologias da EP é possível desvendar representações que foram ocultadas sobre o povo. O autor questiona ainda que os imaginários negativos não estão associados à falta de reconhecimento da classe popular, estão vinculados ao reconhecimento de um povo sem lugar e, por isso, relacionados à inferioridade de classe.

Talvez a falta de autonomia dos usuários possa estar articulada a situações de



opressão e silenciamento. As construções negativas sobre marginalização referente ao povo fazem com que os mesmos se tornem menos expressivos e participativos. Por isso inserir grupos populares como trabalhadores, associação de moradores, grupos de jovens e mulheres em estratégias de participação, pois é fundamental para estimular a emancipação de atores que muitas vezes foram excluídos.

Para que o cuidado em saúde seja desenvolvido por meio dos princípios que norteiam o sistema é necessário que ocorra a quebra de poder. Assim, as condições de saúde passaram a ser problema de todos, nas quais as estratégias possam ser desenvolvidas através do diálogo que estimula a igualdade e participação. É fundamental que ocorra a inserção de dimensões coletivas aos serviços da APS.

O que se pode sintetizar, analisando os autores referidos é que a desigualdade no campo da saúde é uma questão relacionada à exclusão. Participar seria, então, um privilégio atribuído somente às pessoas com formação acadêmica, sendo estas capazes de contribuir na elaboração de políticas públicas que visam solucionar demandas sociais. Porém, a limitação dos saberes na construção de uma sociedade mais justa, faz com que as dimensões mais complexas como fatores econômicos e culturais sejam excluídos das estratégias.

É preciso reconhecer que as práticas populares podem contribuir com a reorientação, uma vez que elas apresentam peculiaridades que os serviços de saúde não possuem. Dessa maneira, a assistência poderá se transformar em um processo mais dinâmico e interativo, pois os significados sobre adoecimento, cura e saúde estarão sempre em construção, reorientando a necessidade de avaliações constantes sobre a realidade e determinantes de saúde.

Reconhecer a capacidade dos agentes de superar determinantes socioeconômicos que influenciam nos aspectos de saúde, desperta a reflexão de que as práticas populares se apresentam como eixos de contribuição para a promoção da saúde. Entender como a população enfrenta a doença é uma característica que pode direcionar práticas profissionais a atitudes mais humanas.

As ações sistematizadas pela EPS fortalecem práticas que buscam consolidar diretrizes organizadoras. Suas teorias estimulam a formação de laços e viabilizam uma reflexão da necessidade de superar fragmentos dos diversos espaços sociais. Através dos processos educativos, aquele povo, até então silenciado, vai despertando sua autonomia, passando a se expressar sobre desejos e necessidades.

Os saberes sobre saúde, valores e cuidados das classes populares, são construídos

a partir de noções coletivas, permitindo a transmissão de aprendizagem entre os moradores de determinada comunidade. Essa construção coletiva é um elemento central a ser identificado para a consolidação de políticas e estratégias na atenção. Para que seja alcançada a integralidade nas ações é necessário que seja levado em conta o modo de vida, crenças e expectativas do público a ser trabalhado.

A PNEPS-SUS reafirma essa necessidade quando orienta que o diálogo e a mobilização social podem estimular a participação no enfrentamento de determinantes na saúde. Para superar os atuais desafios apresentados pelo SUS, precisamos reconhecer que é necessário descentralizar poderes e estimular a criação de espaços de aprendizagem. Através da consciência crítica, presente em muitas práticas de EPS, os agentes vão contribuindo com o desenvolvimento de práticas que ampliam o protagonismo popular, fundamental em processos de superação.

Por meio dos seus princípios éticos, a EPS possibilita uma divisão de tarefas, referentes ao poder institucional. Amplia a dimensão de participação popular para além do desenvolvimento das práticas, pois favorece o reconhecimento da defesa de saúde como direito e estabelece metodologias para que a gestão do sistema ocorra de uma forma mais participativa.

Albuquerque e Stotz (2004) compreendem que a EP possibilita novos sentidos para estratégias de educação em saúde, muitas vezes desenvolvida por práticas que dominam. Afirmam ainda que práticas hegemônicas de educação não consolidam a integralidade, muito menos favorecem a participação dos indivíduos para redução dos riscos à saúde. Por isso é válido pensar sobre a necessidade de estimular novos caminhos para a articulação entre educação e saúde.

O setor da saúde articulado à teoria da EPS apresenta-se como um cenário capaz de promover reflexões e construção de novos conhecimentos. Não se reduz a transformar somente as práticas assistenciais, pois influencia na busca de um projeto social mais justo e orienta sobre a garantia de direitos sociais. Através dessa metodologia, processos educativos vão se reorientando e despertando nas pessoas a vontade de pensar e saber agir para alcançar suas necessidades.

Sobre o processo educativo, Freire e Nogueira (1993) discutem que uma das formas de libertar sociedades reprimidas é por meio da “Educação Libertadora”. Estimular a educação por meio de fundamentos sociais é possibilitar aos agentes descobertas sobre o mundo, palavras e política. No campo da assistência, reafirma o sujeito enquanto agente

modificador e direciona práticas orientadas pelo diálogo, respeito e liberdade.

Aproximar ações educativas aos princípios básicos da vida pode despertar em grupos populares capacidades como, organização, interpretação e conscientização sobre verdades e mentiras. Por isso a EP, se apresenta como uma sistematização científica, porém prática, não se limita a teoria. Essa prática tem o potencial de estimular a conquista do poder, na qual agentes se transformam em novos educadores sobre a vida.

Ser educador é ter a consciência sobre os fatos e também vontade de modificar em prol de melhorias. Através do compartilhamento dos saberes, as pessoas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem começam a buscar autonomia para reescreverem sua história. As propostas colocadas em discussões ganham força e sentido devido à solidariedade presente nas práticas de EP. A busca pelo melhor jeito de viver passa a ser sistematizada por múltiplas linguagens e símbolos a serem decifrados.

A alfabetização das letras acontece em qualquer ambiente escolar, iniciada ainda na infância. Mas em qual espaço é trabalhada a alfabetização da vida? Em que faixa etária aprendemos a escrever nossa história como autor? Sabemos que os métodos tradicionais de educação pouco estimulam a consciência humana. Por meio de dominação, transferem saberes científicos que sozinhos, não sustentam necessidades vitais.

Por isso a conscientização, não é apenas parte do processo da EP, fundamenta-se como compromisso de superação de fragmentos nos processos educativos. Situar-se no mundo a partir do encontro consigo e com os outros, promove a problematização e novas maneiras de pensar sobre os problemas. O auto-reconhecimento e o conhecimento do outro, têm a capacidade de trabalhar a compreensão que direciona para mudanças necessárias sobre situações vividas.

Trabalhar a consciência crítica é um ato de criação. A aproximação dos homens, entre si e com o mundo, só acontece a partir da educação dialogada. Este instrumento fortalece o processo de libertação se a discussão busca desconstruir verdades reafirmando novos significados. Essa síntese de criação e recriação constante proporciona reflexões que geram novas possibilidades de agir.

Novas propostas e atitudes no cenário da saúde enriquecem as perspectivas referentes ao sistema ideal para todos. O autoritarismo presente nas práticas verticais de educação em saúde inibe novas experiências educativas e reprime a capacidade de agir dos usuários. Sabe-se que um dos fatores que constroem conhecimento é a pergunta, então, porque práticas de educação em saúde são desenvolvidas por respostas prontas, já dadas como

certas, bem antes mesmo de existir a dúvida?

O exato e absoluto se concretiza como um saber já feito. Porém, esse saber sistemático, “certo” e científico é característico dos profissionais de saúde. Por terem a oportunidade de adquirir conhecimentos acadêmicos, os mesmo se julgam dominadores do processo educativo e trazem soluções técnicas que inibem a curiosidade e participação dos agentes.

Ora, pois, como participar de uma conversa na qual os termos não são comuns à minha vida? Como perguntar de maneira que não pareça um confronto a autoridade? Respostas que somente a prática poderá esclarecer. Mas é preciso refletir que palestra é diferente de conversa. E na busca da integralidade e equidade no SUS, é necessário que espaços de educação sejam desenvolvidos dando sentido e gosto a todos os participantes.

Lembrando que na EP não existe perguntas certas, muito menos respostas erradas, perguntas, curiosidades e questionamentos dos participantes, estimulam o ato de conhecer. Como já havia afirmado Platão, a curiosidade está ligada à pergunta, que inicia todo processo de ensinar e aprender. Nessa pedagogia, se firma a explicação de fatos, que se difere da descrição dos acontecimentos. A resposta deve confirmar novos sentidos à dúvida e não somente se limitar a descrever princípios sobre essa dúvida.

Essa didática favorece o fortalecimento entre buscar conhecer, para depois falar e, posteriormente, agir. A prática de adquirir novos conhecimentos através de conversas informais estimula a busca por novas perguntas. Assim, o pensar e agir se tornam mediadores do processo educativo e desperta a autonomia vinculada à realidade. Pena que muitas práticas tradicionais de educação limitam a curiosidade, na qual os processos se reduzem a transferência de conhecimentos.

É necessário rever conceitos sobre saúde e, acima disto, reavaliar os fundamentos das práticas de educação no setor. Pensando em atender demandas sociais é preciso que os espaços de aprendizagem se apresentem como momento de educação criativa, revertendo a assistência educativa hegemônica que é baseada em respostas e imposição de soluções. Somente assim profissionais e usuários serão capazes de responder seus anseios e resolver seus próprios problemas, sem a necessidade de ninguém orientar quanto ao certo ou errado.

Assim, idealizando a descentralização da saúde e buscando reafirmar direitos já conquistados é necessário que profissionais da assistência de base, especialmente aqueles inseridos em equipes de ESF, participem de capacitações permanentes envolvendo noções de educação e cidadania. Ter habilidades para realização de práticas gerenciais e atuação

assistencial é fundamental para o cumprimento das atribuições referidas a cada formação profissional. Contudo, é preciso articular o bem-estar com a mobilização da sociedade e somente através de novos conhecimentos, profissionais e população poderão construir outros vínculos facilitando o processo de compreensão da saúde.

O cenário da ESF pode ser comparado a uma grande escola na qual, profissionais e atores populares, têm a oportunidade de se tornarem educadores da vida. Mas, para que seja alcançada a totalidade através do compartilhamento dos saberes, o educador precisa criar possibilidades de autonomia, trabalhando por meio de práticas que possibilitem criações próprias. A sistematização freireana é uma das alternativas que apresentam instrumentos orientadores para elaboração de conhecimentos por meio da participação.

Processos educativos desenvolvidos junto a determinados grupos populares, possuem característica de originalidade devido a sua diversidade de teoria e alternativas de práticas. Por articularem a possibilidade de aproximação entre o saber prático ao saber científico, abordam uma dimensão pedagógica com princípios operativos, construídos a partir da contribuição de todos.

A relação tradicional de sujeito/objeto entre investigador/educador e os grupos populares, deve ser progressivamente convertida em uma relação do tipo sujeito/sujeito, a partir do suposto de que todas as pessoas e todas as culturas são fontes originais do saber (BRANDÃO E BORGES, 2007, p. 5).

Isso nos remete a considerar que a EPS concede estratégias que possibilitam a mobilização de determinados grupos operativos. Desenvolvida através da multiplicidade de ações, busca superar o esgotamento teórico, através da análise de fundamentos culturais. Enfatiza o relacionamento entre equipe e comunidade, que é fundamental para a construção de um projeto de saúde norteado pela equidade.

Tendo como ponto de partida a perspectiva de uma sociedade mais justa, as ações desenvolvidas são originadas a partir da diversidade cultura existente entre os envolvidos. Assim, o processo aborda dimensões relacionadas a interações e experiências, direcionando novas interpretações, nas quais todos têm a oportunidade de repensar sobre o próprio cotidiano e possibilidades de mudanças.

Sabe-se que a educação articulada à liberdade e autonomia, deve permitir o pensamento crítico para que ocorram mudanças efetivas no cenário social. O processo de reflexão-ação estimula a habilidade de poder intervir na solução de problemas que limitam o desenvolvimento de determinados segmentos sociais. Por isso, faz se necessário o

planejamento de novas didáticas, que alterem processos tradicionais limitados a dimensão de transferência de padrões.

Vasconcelos (2001) compreende que profissionais engajados com as lutas sociais conseguem fortalecer o fundamento dos serviços de saúde, a partir do comprometimento com a população e a valorização das práticas educativas. Através desta análise podemos entender que a EPS pode auxiliar enquanto elemento estruturante para mudanças necessárias na articulação entre educação e saúde.

Realizar investigação sobre novas metodologias participativas acomete um processo direcionado pela investigação-educação-ação. Para a reorientação de processos de ensino-aprendizagem a diversidade cultural, social e política podem ser utilizadas como elementos de estimulação, envolvendo a participação de pessoas que possuem percepções diferentes sobre conhecimentos e tradições.

A atuação de educadores no setor de saúde não deve se limitar a uma ação provisória, sem acometimento de outros setores. O trabalho da compreensão sobre dimensões política e social fortalece propósitos de ação que tem o potencial de ampliar a atuação do seguimento popular, na qual a autonomia possibilita a criação de novas atitudes dirigida à transformação social.

A educação ideológica trabalha a visão crítica dos sentidos, apresenta metodologias participativas e possibilita a transformação de laços sociais. Partindo da compreensão da ideologia, as ideias humanas passam a serem articuladas às percepções do mundo externo, segundo Freire (1987). Através da participação de todos, novos saberes e essências vão sendo construídos. A emancipação do sujeito estimula a transformação de suas próprias vidas e destino, que desperta o pensamento reflexivo sobre a necessidade de lutar, não somente pelos problemas locais, mas para a modificação das injustiças sociais.

Assim, a educação é compreendida como elemento estruturante da promoção da vida. Através da intervenção social, as pessoas inseridas em classes julgadas como incompetentes, conquistam a oportunidade de trabalhar em prol da sua reafirmação enquanto agente modificador. Na saúde, a participação popular, além de promover a vida, resgata os princípios de integralidade e participação do sujeito. Contudo, o empoderamento articulado por meio da arte, ciência e política tece novos caminhos enriquecidos pela cultura popular.

Essa articulação favorece o processo de pensamento crítico que possibilita rever papéis referente à função dos sujeitos em suas vidas. Ainda discutindo sobre a sistematização freireana como estratégia metodológica da educação transformadora, ressalta-se como

didática de emancipação as rodas de conversas, desenvolvidas nas práticas de educação em saúde, norteadas pelo referencial da EP.

Como dispositivos de construção dialógica, as rodas produzem conhecimentos coletivos e contextualizados, ao privilegiarem a fala crítica e a escuta sensível, de forma lúdica, não usando nem a escrita, nem a leitura da palavra, mas sim a leitura/ação das imagens e dos modos de vida cotidianos. Elas favoreceram o entrosamento e a confiança entre os participantes, superando a dicotomia: sujeito/objeto (SAMPAIO et al, 2014, p. 03).

A partir da lógica construída pelos referidos autores podemos reconhecer a potencialidade de comprometimento da EP com a conscientização das pessoas excluídas. A educação em rodas apresenta métodos que estimulam o ato de conhecer, através do diálogo. Possibilitar a construção de espaços para que sujeitos, até então oprimidos, possam descobrir meios de produção através do diálogo, é compreender que a fala é um instrumento que, além de expressar modos de vida, direciona processos de reflexão-ação.

Por isso é importante recordar que Paulo Freire possibilitou a construção de métodos didáticos que buscam enfatizar o sujeito, orientar para a construção de novos significados e estimular a busca pela consciência reflexiva. Através da manifestação expressada pelo diálogo presente nas práticas de EPS, os agentes vão se descobrindo enquanto sujeitos livres e aprofundando suas responsabilidades enquanto usuários.

A mobilização de massas populares no setor da saúde favorece a abertura para o discurso igualitário e a descoberta de novas possibilidades de transformação. Dar autonomia aos usuários referente à construção da sua própria saúde é despertar uma (re) significação sobre poderes e lutas para o enfrentamento da vida. O exercício constante da capacidade de aprender e também ensinar, sensibiliza os profissionais envolvidos, através do entrosamento e amorosidade presente na pedagogia da EP.

Realizar atividades educativas no cenário da saúde, a partir dos saberes populares, estimula o reconhecimento profissional sobre a importância das experiências vivenciadas por esses atores. Através da EP, percebe-se que a diversidade dos saberes inseridos nas práticas, pode influenciar na reorientação das ações desenvolvidas por todos. Reconhecer e respeitar as diferenças é fundamental para que as pessoas possam viver com liberdade, modificando atitudes e pensamentos.

Por isso, práticas de EPS apresentam-se como eixo que estimulam a busca pelo conhecimento das experiências vividas pela comunidade. O apoio oferecido às construções

coletivas direcionam o planejamento participativo, capaz de intervir nos determinantes dos processos de saúde e doença. Com o intuito de reafirmar os princípios e diretrizes do SUS, esse referencial político busca garantir a acessibilidade, desvendar reais necessidades da população e fortalecer a concepção de participação popular.

Práticas educativas envolvendo diversos saberes, têm o potencial de transformar sujeitos oprimidos em agentes politizados. A descoberta de possibilidades de intervir sobre a realidade faz com que o pensamento crítico direcione a busca de respostas, através da discussão e análise de problemas vividos. Por isso, a dinâmica participativa é fundamental para assegurar o diálogo igualitário.

Quando Stotz (2005) afirma que o trabalho educativo não pode ser separado da vida cotidiana, ele reconhece que métodos como a EPS se apresentam como instrumento de organização para o enfrentamento das lutas nos diversos cenários sociais. Através da educação é possível desvendar condições de opressão que silenciam e tiram a autonomia do sujeito. É possível, então, agir mediante condições ocultadas? Como esperar atitude de agentes que sequer tiveram oportunidade de descobrir seu potencial?

Por isso a ação é enfatizada nos processos de EPS. Pois, através das falas, a compreensão vai sendo adquirida, direcionando para a necessidade de agir. Por meio da ação, os sujeitos despertam a curiosidade e descobrem seu verdadeiro papel no enfrentamento dos processos de saúde-doença. Assim, ultrapassando limites impostos, agentes sociais vão assumindo uma nova postura nos serviços de saúde, buscando as transformações necessárias.

A participação direcionada pela ação mobiliza agentes comunitários e reforça a necessidade de grupos excluídos conquistarem seus direitos. Através da oportunidade de agir mediante enfrentamentos, os atores vão superando suas inferioridades e contribuindo para o desenvolvimento de melhoria na saúde de todos. Essa possibilidade de contribuir com a reorientação dos processos constituem novas concepções sobre poder e controle.

Valla (1998) já destacava em suas obras a necessidade de (re) significar os conceitos de poder e controle atribuídos a classe popular. Segundo ele, durante todo processo sócio-histórico-cultural, o controle e o correto, sempre foram estipulados por pessoas que tiveram oportunidade de estudar. A partir desta lógica, iniciamos uma análise sobre a postura de resistência.

Sabe-se que a maneira de pensar e viver de pessoas excluídas dos diversos processos sociais são caracterizadas por condições de luta e enfrentamentos diários. Quando subalternos apresentam situações que remetem a noção de imposição, os mesmos tentam



ignorar processos estabelecidos por agentes de outras classes. Essa necessidade de negação sobre respostas prontas para uma sociedade em construção existe devido à permanência de uma cultura autoritária.

Apresentando características de dominação, pessoas conservadoras muitas vezes pertencentes à burguesia, tentam consolidar seus princípios de vida como modelo a ser vivido por todos, a partir de suas construções.

Partindo da reflexão que o saber direcionado pelos privilégios é oposto ao saber construído por enfrentamentos, é necessário refletir sobre a necessidade de romper com determinados paradigmas impostos pela cultura moderna. Essa ruptura só será efetivada quando agentes populares se posicionarem enquanto pessoas condutoras de suas próprias ações. O conhecimento construído a partir da diversidade não se desqualifica pela diferença socioeconômica existente na sociedade.

Não compreender enquanto agentes oprimidos que pensam e percebem o mundo, direciona para a construção de um sistema no qual os mesmos ficam excluídos, pois através da falta de compreensão vão se construindo imaginários negativos. Assim, pessoas inseridas em classe subalternas são referenciadas como sujeitos incapazes de produzir conhecimento, debilitadas mediante processo de organização e ainda desqualificadas para participação social.

Apresentar-se como sujeito empoderado, contribuindo com melhorias sociais e construindo novos conhecimentos, através da consciência crítica, é ser resistente. Através da resistência, agentes sociais vão conquistando sua autonomia, vão negando a imposição de determinados padrões, tomando consciência sobre sua identidade e seu valor no mundo.

Por meio da postura de resistência, moradores de rua, população indígena e demais atores vão se incluindo nos processos de saúde. Confrontando práticas direcionadas pelo sistema de dominação, estes agentes reafirmam sua cultura e demonstram a necessidade de reorientar as ações, para que as dificuldades e diferenças sociais possam ser inseridas em estratégias de saúde.

Somente através da compreensão sobre conceitos éticos e postura de resistência é possível construir novas reflexões para superação de políticas públicas com dimensões fragmentadas. O referencial da EPS apresenta uma metodologia capaz de trabalhar a inserção do cotidiano das pessoas na construção de novas políticas. Por meio de suas práticas educativas, processos de resistência são compreendidos, demonstrando a riqueza da cultura popular e a necessidade de (re) significar relações socioeconômicas.

Nessa dinâmica de conhecimento-reflexão-ação, os agentes começam a aprender

com a prática, superando procedimentos de normatização, direcionados pelo autoritarismo do saber técnico. Problematizar práticas envolvendo os diversos saberes presente na comunidade. É direcionar processos que trazem novas perspectivas sobre possibilidades de atuação.

O reconhecimento da existência de várias sistematizações sobre a construção de conhecimentos fortalece a prática do diálogo acolhedor nas ações em saúde. Esta prática pode influenciar na quebra de paradigmas relacionados à permanência de ideologias que enfatizam o saber científico. A superação das distancias culturais pode trazer para o cenário de saúde práticas mais verticalizadas, centradas em atividades desenvolvidas pela escuta sensível.

A implementação de práticas de EPS, pode contribuir com a organização do trabalho em equipe, e ainda demonstrar a necessidade de estruturar processos de capacitação permanente sobre rotina de trabalho e participação popular. Estes princípios podem direcionar a busca de soluções para determinadas deficiências do sistema e enfatizar a necessidade de articular a organização dos serviços ao controle social.

Porém, concordando com Reis, Silva e Wong Un (2014), a maioria das políticas públicas apresenta fragilidades e, conseqüentemente, não incentivam práticas dialogadas para estimular a autonomia do cuidado em saúde. Por isso, realizar novas pesquisas referentes às PNEPS- SUS que contradizem esta realidade é fundamental para expandir o conhecimento sobre a EPS que se apresenta como uma perspectiva capaz de contribuir para a construção de novas práticas no SUS.

Sabe-se que desde sua consolidação, o Sistema Único de Saúde apresenta princípios que orientam para sua efetivação. Conceitos como humanização, acolhimento, participação e integralidade fazem parte das diretrizes referidas ao funcionamento. Porém, determinadas fragilidades distorcem as práticas, fazendo com que a realidade seja outra.

Muitos autores reforçam que a assistência reducionista, o diálogo horizontal e a falta de democratização da sociedade podem influenciar diretamente na permanência de um modelo assistencial voltado para a cura. Reconhecendo a educação como um compromisso ético-social, ressalta-se que a articulação da educação em saúde, tem o potencial de transformar o cenário do SUS, a partir do estímulo ao desenvolvimento social.

Mas para isso as atividades necessitam ser recicladas diariamente. Inserir a participação popular na rotina do atendimento pode trazer novos sentidos, superando a lógica de esgotamento teórico e prático atribuído ao conhecimento técnico. A associação do conhecimento profissional ao conhecimento popular, originado dos enfrentamentos, tem o potencial de promover mudanças no sentido amplo do SUS, estimulando o exercício da

cidadania.

Quando Stotz, David e Wong Un (2005) citam sobre o potencial do engajamento relacionado aos movimentos sociais, eles enfatizam a riqueza que pode ser encontrada na sociedade que busca constante transformação. Porém, para que esse processo se torne dinâmico e constante é necessário que os agentes se reconheçam como pessoas capazes de promover a cidadania.

Na saúde, a prática sistematizada pelo saber científico e político, oprime as motivações dos atores envolvidos, silenciando o potencial de participação do povo. A falta de diversidade identificada no conhecimento e ação profissional traz a reflexão sobre a necessidade de inserir experiências populares no cenário. Através da inserção das diversas experiências, resultantes de enfrentamentos e dificuldades é possível buscar novas respostas aos processos de saúde-doença que são, acima de tudo, processos de fragmentação social.

Para superar o distanciamento presente entre as classes populares que, conseqüentemente, acomete princípios como equidade e humanização é necessário, inicialmente, identificar meios que orientam metodologias para inserção dos diversos seguimentos sociais nas práticas de saúde. Sabe-se que a PNSEP- SUS, instituída em 2013, foi consolidada na perspectiva de contribuir com a diminuição das desigualdades sociais.

A partir desta afirmação, podemos refletir que é impossível desarticular democracia, qualidade de vida, desigualdades sociais e promoção da saúde. Estimular a ampliação da participação de todos em um sistema que consolida a saúde do país é reconhecer que para reverter situações de fome, pobreza e iniquidades em saúde é necessário escutar os que mais sofrem.

Independente de questões políticas, a organização do SUS e qualificação de sua gestão, depende e muito da participação popular. Se é um sistema único, responsável pela saúde de todos, por qual motivo determinados seguimentos sociais não têm o direito de protagonismo?

A luta pelo direito de saúde deve ser constante, não pode ficar apenas sendo lembrada por acontecimentos históricos, como reforma sanitária, a Conferência Internacional em Alma-Ata e a VIII CNS.

Todo esse processo histórico deve constituir elementos para direcionar novos movimentos capazes de construir novas histórias. Espaços acadêmicos, unidades de saúde, movimentos populares e novas pesquisas têm o potencial de se responsabilizar com a consolidação de um projeto de saúde mais participativo, visando um quadro social mais justo.

Apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos para grupos ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente, como também para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (VALLA, 1999, p. 04).

Em poucas palavras, escritas com sutileza, mas com muita sabedoria, Valla traduz o que é participação social.

É estimular a emancipação reconhecendo que sem a presença de todos, determinados seguimentos continuarão fragmentados. É querer educação, é agir para melhorias na saúde e, acima de tudo, é buscar novos instrumentos, como, por exemplo, a EPS, que visam articular conhecimentos necessários para saciar prioridades sociais.

## 4 METÓDOS DA CONSTRUÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida a partir do problema: a Educação Popular em Saúde pode contribuir com melhorias na qualidade de vida dos agentes sociais no município de Senhora do Porto-MG? Os atores participantes desta experiência foram os usuários que integram o grupo operativo HIPERDIA.

O HIPERDIA consolida um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, desenvolvido por meio de grupos operacionais, através das atividades da Estratégia Saúde da Família.

A escolha dos agentes ocorreu devido à atuação, enquanto enfermeira, junto ao grupo operativo, por meio de práticas de educação em saúde no município. Através destas atividades foi possível identificar em muitos atores sociais, características de mobilização e protagonismo popular, que na maioria das vezes são despercebidas devido à intolerância dos profissionais aos saberes empíricos.

O objetivo do estudo foi estimular um processo de educação e construção de conhecimentos junto aos pacientes do grupo HIPERDIA, norteado pelo referencial da Educação Popular em Saúde. O trabalho foi construído com abordagem qualitativa de característica descritiva.

Para Lakatos e Marconi (2003), através destas metodologias, é possível descrever o acontecimento de fenômenos e realizar análises empíricas, desvendando informações e detalhes através de observações participantes.

A partir da análise do trabalho elaborado por Fernandes e Moreira (2013) pode-se concordar que a pesquisa desenvolvida através da observação participante extrapola noções teóricas, pois estimula a inserção na vida cotidiana dos envolvidos. Com isso, vão sendo construídas relações informais que trazem consigo diversos determinantes e variáveis que consolidam o estudo. Assim, fica difícil descrever como desenvolver a observação participante, pois as inúmeras possibilidades e caminhos percorridos direcionam para a descoberta de valores e sentimentos.

Os valores, sensibilidade e determinadas percepções são detalhes fundamentais para a investigação social. A compreensão sobre diversidade cultural, historicidade e o modo de vida de cada agente, foram investigações necessárias para o desenvolvimento da metodologia da observação participante com característica qualitativa.

Este estudo por ser qualitativo, buscou articular teórica e conhecimento empírico. Foi construído através do reconhecimento da realidade, a convivência semanal com o grupo participante e a busca por informações necessárias para alcançar os objetivos.

O uso de métodos qualitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. O alicerce da ciência é a observação sensorial, portanto valores e crenças são realidades subjetivas que só podem ser compreendidas a partir de análises qualitativas (MINAYO, 2013, p. 56).

Concordando com Minayo sobre a importância da observação nas pesquisas em saúde, o trabalho foi realizado por meio da metodologia da pesquisa-ação com observação participante para a coleta dos dados.

Segundo Gil 2002, essa metodologia propicia maior aproximação da real história de vida sendo adequada para investigar situações marcadas por relações de desigualdades.

Quanto à característica descritiva, o cotidiano observado nos encontros, direcionou para a descrição de fatos, demonstrando realidades necessárias para o alcance dos objetivos. Através da descrição dos acontecimentos associado às teorias foi sendo possível registrar dados necessários para futuras análises, visando à construção de novos conhecimentos.

Como o objetivo do estudo, não se limitou apenas a identificar fragmentos no processo de educação em saúde, mas agir a partir de determinadas necessidades, o estudo se caracterizou como pesquisa-ação. A tentativa de solucionar problemas em comum estimulou a participação de todos os envolvidos, que começaram a acreditar na possibilidade de agir para a construção da saúde coletiva.

#### **4.1 Cenário e sujeitos do estudo**

Devido à oportunidade de ter participado do processo de implantação e implementação do grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em Senhora do Porto-MG tenho grande afinidade tanto às práticas quanto aos atores participantes. Por isso, este trabalho foi construído com a participação do grupo HIPERDIA, buscando contribuir com o desenvolvimento da autonomia destes atores sociais.

Toda minha experiência profissional proporcionou um enriquecimento cultural que direcionou para a necessidade de novos conhecimentos sobre práticas pedagógicas de

educação em saúde. Com base no contexto histórico da articulação entre educação e saúde, associado aos meus questionamentos, devido à resistência de alguns usuários do HIPERDIA, comecei a buscar respostas através dos referenciais da EPS, formação dos movimentos sociais e a história da Saúde Pública com ênfase nos modelos de atenção da ESF.

#### **4.2 A vivência da observação participante**

Por se tratar de uma pesquisa sobre a vida real, buscando analisar aspectos essenciais como emoções, modo de vida, luta, enfrentamento, universo vocabular dentre outros, a escolha do procedimento para a coleta de dados foi a metodologia da observação participante. Cada observação contou com a colaboração de 20 a 30 atores sociais e era conduzida pela equipe multiprofissional da unidade junto à equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Inicialmente foram realizadas visitas onde ocorreu a observação norteada por um roteiro (APENDICE I), contendo os seguintes eixos temáticos:

- Universo vocabular dos atores sociais,
- Relação dos usuários entre si e com a equipe,
- Contato visual e diálogo,
- Metodologia das práticas de educação em saúde,
- Vocabulário e comportamento da equipe (tom de voz e postura corporal),
- Participação e envolvimento coletivo,
- Percepção da equipe sobre conhecimentos populares e
- Percepção dos usuários sobre práticas educativas.

Através deste roteiro foram elaboradas análises referentes às observações realizadas, que consolidaram a construção de um diário de campo.

Sendo capaz de estimular a interação entre pesquisador e agentes envolvidos, a observação participante insere o conceito de respeito no desenvolvimento da pesquisa. A troca de conhecimentos e o convívio proporcionado fazem com o que o processo de ter que lidar com o outro seja direcionado por sentidos. Assim, a fala, o olhar e o conhecer vão se tornando

aspectos fundamentais da metodologia e enriquecendo as informações, sem a necessidade da utilização de muitos recursos tecnológicos.

No primeiro encontro foi feita a devida apresentação, explicando os objetivos da pesquisa, dialogando sobre o que os agentes populares achavam da proposta, além de observar como estava sendo realizada a didática pedagógica de educação em saúde com grupos operativos. Foi identificado que antes de iniciar a “palestra” acontece um momento entre eles de formulação de conhecimentos, a partir de suas experiências e cultura inserida.

Essa conversa informal sobre saúde parece despertar uma prática dialogada e mais participativa com noções de humanização e acolhimento. Percebeu-se também que a estratégia educativa ainda é marcada pela hegemonia da racionalidade biomédica, na qual os atores sociais são assistidos a partir da ideia fragmentada de que são apenas pacientes portadores de doenças, o que pode levar a redução da autonomia e desvalorização dos saberes empíricos.

Esses encontros têm a potencialidade de se configurarem como um cenário mais educativo e democrático se realizados a partir da problematização do tema ‘hipertensão e diabetes’ partindo da realidade dos atores sociais envolvidos.

Conversas informais a partir de conhecimentos prévios podem contribuir no processo de socialização, promovendo a construção de novos saberes.

Os participantes demonstraram, em vários momentos, características de formas coletivas de aprendizagem, nas quais desenvolveram discussões sobre enfrentamento de problemas de saúde em comum. Dialogaram ainda sobre assuntos voltados a hipertensão, diabetes e superação de dificuldades cotidianas como restrição alimentar devido às patologias.

A produção compartilhada de ideias do grupo parece influenciar no processo de ensino e aprendizagem favorecendo os profissionais. O saber construído a partir de situações limites qualifica as informações e aproxima a temática da saúde das demais lutas enfrentadas pela sociedade. Entre as discussões problematizadas, os atores sociais dialogaram sobre o perigo da falta de informações e os respectivos serviços disponíveis para o acompanhamento.

Por meio da participação desses agentes, foi percebido como o processo de construção da saúde está diretamente relacionado aos modos de vida cultural e social nos quais os indivíduos estão inseridos. Nesse sentido, estratégias de saúde devem ser desenvolvidas estimulando a participação popular na estruturação da vida social, enfatizando a perspectiva de transformação.



Porém, através das observações, foi percebido que muitos profissionais engajados na luta diária da saúde coletiva, não levam em conta o que as pessoas entendem de seus próprios problemas e muito menos escutam as possíveis soluções. As experiências acumuladas dos atores sociais poderiam direcionar para alternativas diversas de produzir saúde. A hegemonia do saber técnico impede que os profissionais atuem juntamente com a sociedade para a descoberta de novos sentidos ao processo de saúde.

Essa postura direciona ao entendimento de uma prática desenvolvida por um saber que domina e foi percebida em todas as observações. Esse “detalhe” dificulta a valorização do saber do outro e desestimula a participação que orienta para a construção coletiva de novos conhecimentos. A maneira tradicional como vem sendo trabalhada a prática de educação em saúde, parece ser reconhecida por muitos atores sociais como instrumento de dominação que, muitas vezes, pode levar à resistência e passividade nas atividades educativas.

### **4.3 O diálogo libertador da discussão**

A palavra viva é diálogo existencial. Expressa e elabora o mundo em comunicação e colaboração. É decisão e compromisso de colaborar na construção do mundo comum (FREIRE, 1987). Concordando com Freire e o potencial do diálogo por ele sistematizado, a discussão dos resultados ocorreu pela metodologia das “rodas de conversa”, direcionadas pela teoria da EP, envolvendo 14 atores sociais. Após a sistematização do diário de campo, os dados presentes foram divididos em três eixos temáticos que foram discutidos nas rodas de conversas:

- Educação em Saúde,
- Participação Social,
- Promoção da Saúde.

O senso comum é o revelador da vida prática, que contribui para a compreensão e reflexão, despertando o potencial de transformar o meio social (MINAYO, 2013). Buscando estimular determinadas transformações, a partir da articulação da educação e saúde, o primeiro encontro no espaço das “rodas de conversa”, consolidou como um encontro de aproximação e explicação da metodologia sugerida.

Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os agentes sociais autorizaram a realização do estudo se conscientizando de como seria desenvolvido. A intencionalidade com o desenvolvimento das rodas foi propiciar um espaço de diálogo que trabalha a percepção da realidade com finalidade de reflexão-ação, numa dinâmica constante que pode direcionar determinadas transformações.

Todas as discussões tiveram como ponto de partida estimulador, um diálogo iniciado com palavras do universo vocabular dos agentes participantes. Freire (1987) identificou essa abordagem como reconhecimento de “temas geradores”. Para ele as palavras expressam diretamente sentidos, percepções e atitudes de agentes sociais, que estão articuladas ao cotidiano. Os “temas geradores” desvendam significados sobre modos de vida e enfrentamentos.

Sintetizando essa reflexão percebe-se que através do diálogo libertador é possível estimular a autonomia da fala, a construção de novas palavras e sentidos a partir da liberdade. Através das observações foi possível investigar diversos “temas geradores” aos quais eram sempre falados pelos participantes. Além da identificação, foi possível verificar como “o pensar e o falar” daquelas pessoas demonstravam características sobre a realidade de cada um.

Quando discutido o eixo temático de Educação em Saúde, ficou esclarecida a posição de resistência de muitos usuários quanto à metodologia trabalhada nas práticas.

“Eu venho, participo e ainda falo, pois, muita coisa a gente sabe” (ATOR SOCIAL 1, 2016).

Para Foucault (1970), o entendimento de como os discursos são produzidos faz com que sejam revelados processos de luta e o poder do que se quer apoderar. A partir desta análise, pode-se entender o discurso da participação popular.

Refletindo sobre as falas transcritas, percebe-se que o discurso produzido tem ampla relação com processos sócio-históricos. Desde a implementação do SUS até os dias atuais, sabe-se que a permanência de práticas autoritárias interfere diretamente no princípio da participação popular.

Com o desenvolvimento do estudo, percebeu-se que a passividade e a resistência da população na participação das atividades propostas, ocorriam devido à continuidade de práticas pedagógicas que não estimulam a participação. As atividades de educação em saúde

não ofereciam momentos de diálogo, e em nenhum dos encontros observados foi discutido, por exemplo, sobre a maneira de viver e o cotidiano das pessoas envolvidas.

Quando é dito “*participo e ainda falo*” o agente social enfatiza seu reconhecimento enquanto ator de consciência crítica. É através dessa mobilização de cidadania participativa que vai se construindo a promoção da autonomia das pessoas e estimulando a ampliação da participação nas atividades educativas. Essas características ficaram expressas em diversas falas:

“Minha vó criou os netos todos com raízes, ninguém vai me convencer que as plantas não funcionam” (ATOR SOCIAL 2, 2016).

“O problema é que eles querem mandar na gente, até o local de guardar nossos remédios eles querem mandar” (ATOR SOCIAL 1, 2016).

Sabe-se que a fala não diz tudo. Somente através da análise do discurso é possível entender os verdadeiros sentidos, através da interpretação. Analisando as transcrições dos discursos dos agentes, a partir do conceito da resistência, percebe-se a necessidade de autonomia para a escrita da sua própria história nas práticas de educação em saúde. O descontentamento e questionamento apresentados por muitos revelam uma organização social oculta, apresentada por processos de resistência.

“Remédio *amargoso* é bom, minha vó era índia falava isso e nunca adoecia” (ATOR SOCIAL 2, 2016).

A possibilidade de inserir práticas tradicionais ao processo de construção da saúde parece despertar o interesse por novas estratégias. Através da escuta sensível, desenvolvida por um discurso igualitário, os agentes sociais aos poucos foram se libertando, promovendo momentos de diálogos produtivos, que direcionaram a compreensão do mecanismo de resistência, como uma forma de participação.

“Chá de boldo as vezes eu tomo, coisas da terra não fazem mal” (ATOR SOCIAL 3, 2016).

“Chá de funcho eu tomo quando estou *variada* dos nervos. É o *mió de baummas* tem que ser tomado quente” (ATOR SOCIAL 3, 2016).

“Já a carquejame ajuda quando estou com o estômago *virado*” (ATOR SOCIAL 3, 2016).

“Menina, você sabe que isso aqui tudo também é bom para você ne? Você também aprende, que dia alguém vai falar sobre chá da terra nesse curso que você faz em diamantina (risos)” (ATOR SOCIAL 1, 2016).

A análise do discurso trabalha com os sentidos e não conteúdos fechados. A partir desta reflexão, nota-se que para estimular a participação popular nas práticas de educação em saúde, é necessário saber escutar e valorizar práticas que nascem de culturas populares. Porém, com a permanência do autoritarismo científico esses conhecimentos são oprimidos, direcionando uma organização social manifestada pela resistência.

Quando dialogados sobre noções de participação social, em muitas das falas, ficou nítida a percepção que participar se limita a ideia de comparecer e ouvir as palestras.

“Antes dessas reuniões, cada qual aqui fazia muita coisa sem saber se era certo ou errado, mas de acordo com a precisão” (ATOR SOCIAL 4, 2016).

“Esse grupo é muito bom, mas para melhorar a gente tem que continuar vindo” (ATOR SOCIAL 5, 2016).

“Eu venho participo e escuto tudo caladinha, só com atenção e silêncio a gente aprende e participa” (ATOR SOCIAL 6, 2016).

Levando em consideração que a análise do discurso não é uma metodologia, mas se consolida como um referencial de interpretação cabe ao investigador analisar os sentidos que podem ser verbais ou não. Nesse contexto, percebe-se que muitos agentes sociais têm uma noção limitada sobre participação social. Quando é dito que “*escuto tudo caladinha*” podemos desvendar um sentimento de opressão, que direciona ao entendimento da imposição de um saber sobre o outro.

Essa relação existente entre língua, sujeito e história demonstra como um indivíduo se identifica com determinados discursos e passa a constituir imaginários através do seu inconsciente. Por isso, a educação em saúde tem o potencial de exercer o papel de tomada de consciência crítica sobre processos de desigualdades.

Contudo, através da conscientização, foi verificado que a noção limitada que a maioria tem sobre participação social, não interfere no processo de socialização, humanização e acolhimento que a participação popular tem o potencial de estimular.

“Essa aqui mora perto de mim e eu custo a ver ela, eu gosto tanto dela, por isso essas reuniões são especiais” (ATOR SOCIAL 7, 2016).

“Cheguei, e é bom participar, sempre que posso eu venho então vamos sentar todos próximos para podermos conversar melhor” (ATOR SOCIAL 8, 2016).

“Eu venho nas reuniões e as vezes ainda aproveito para doar alguns remédios que não servem para mim mais, isso ajuda ao próximo (ATOR SOCIAL 9, 2016).

Através dos discursos, entende-se que o enfrentamento das desigualdades em saúde está amplamente articulado ao comprometimento com a cultura popular. Aproximar o cotidiano da comunidade aos serviços da ESF é demonstrar a necessidade de fortalecer o vínculo entre práticas populares e assistência. A visão popular sobre noções de mundo, adoecimento e saúde fortalecem a construção de novas práticas e resgatam a sensibilidade da humanização no cuidado em saúde.

“Nossa participação aqui pode até ajudar o vizinho que tem a mesma coisa, mas não gosta de vir” (ATOR SOCIAL10, 2016).

“Senta aqui perto de mim, assim a gente pode conversar mais e até ajuda a menina para não ficar falando sozinha” (ATOR SOCIAL 8, 2016).

Os dados referentes à Promoção da Saúde demonstraram que o referencial da EPS contribui ao processo de socialização e promove o bem-estar através da construção de novos saberes.

“Viver com saúde e qualidade é poder tomar remédio do mato, sem ter que avisar doutor” (ATOR SOCIAL 11, 2016).

“Não é todo remédio que vocês mandam tomar que faz bem, eu mesma já tomei alguns ai e fui parar na cama *combabeira*” (ATOR SOCIAL 12, 2016).

“É bom poder ter essa conversa com você aqui, que assim faz a gente acreditar que da saúde da gente, nós também sabemos muita coisa” (ATOR SOCIAL 13, 2016).

“Todo encontro aqui no posto é bom, mas quando têm danças, a gente até esquece que está aqui por motivos de saúde” (ATOR SOCIAL 14, 2016).

“Essas reuniões só funcionam se a gente estiver unido, porque assim um fala primeiro e da força para os outros falarem também” (ATOR SOCIAL 12, 2016).

Foucault (2002) faz uma análise sobre a linguagem e a vida, identificando que em processos de produção a articulação das mesmas podem direcionar reflexões sobre o homem, seu ser e reconhecimentos. A partir desta citação, podemos refletir sobre os discursos transcritos e perceber como o sentido é um elemento simbólico. Sabe-se que as falas não dizem tudo e os discursos servem para direcionar a busca dos efeitos e sentidos.

Percebe-se que a autonomia, construída a partir das “rodas de conversa”, estimulou o desenvolvimento de novas práticas de educação em saúde e contribuiu para fortalecer vínculos de emancipação. A participação popular no SUS parece intensificar processos de mobilização e protagonismo, estimulando o direito de lutar pela própria saúde, através da diversidade dos saberes e culturas, que devem ser inseridos no cotidiano dos serviços de saúde.

“Antes desse grupo tratar pressão era só vir aqui para olhar pressão e pegar remédio, ninguém conversava com ninguém” (ATOR SOCIAL 13, 2016).

“Hoje nós já entendemos que os remédios de pressão não curam, mas controlam a doença” (ATOR SOCIAL 14, 2016).

“Antes eu preferia tratar da pressão no hospital, era mais rápido. Mas lá eu não posso fazer nada para ajudar é só tomar o remédio” (ATOR SOCIAL, 12, 2016).

“Essas reuniões têm que continuar dessa maneira, pois conversando a gente se entende” (ATOR SOCIAL 11, 2016).

A partir das discussões do eixo temático de ‘Promoção da Saúde’ foi verificado a tomada de consciência crítica sobre processos educativos e a importância da participação popular. A aproximação da realidade vivida com o desenvolvimento de práticas educativas estimula o resgate da autonomia do usuário, mobilizando ações desenvolvidas por meio da participação popular.

#### **4.4 Construindo novos caminhos**

Com o desenvolvimento da pesquisa foi identificada que a permanência de didáticas tradicionais desestimula inovações e descarta novas possibilidades de se construir

saúde. Através das falas dos profissionais podem-se perceber discursos contendo conceitos como diálogo, liberdade e construção, mas palavras que em nenhuma das observações deixaram de exercer o papel de teoria. A experiência constatou que, além da inexistência de práticas que estimulam a participação popular, ocorre ainda um desconhecimento sobre a potencialidade da articulação dos saberes.

Em um dos encontros foi desenvolvida uma nova metodologia titulada como “varalzinho do bem-estar”. A atividade propiciou o desenvolvimento de um espaço orientado pelo diálogo e a inserção da criatividade popular na construção da prática. O “varalzinho” foi reconhecido por muitos como um ambiente para problematizar informações que poderiam interferir nos processos de construção da saúde.

A metodologia foi desenvolvida a partir da contribuição de todos os atores sociais. Na reunião que antecedeu a construção do ambiente, os atores foram orientados a buscarem gravuras que remetesse a eles noções de vida saudável. No dia da construção, cada agente levou suas gravuras, ficando sobre minha responsabilidade fornecer o fio de nylon e a cola.

No desenvolvimento, cada agente participante foi direcionado ao fio que se encontrava sobre as mesas, colando sua figura e iniciando discussões norteadas pelos temas:

- O que aquela gravura representava sobre vida saudável,
- Como eles vinham praticando,
- O que poderiam fazer para mudar.

Como cada gravura permitiu a fala e a participação de todos, o espaço do “varalzinho do bem-estar” propiciou o desenvolvimento de um diagnóstico e planejamento participativo que despertou reflexões sobre problemas e realidades em comum. A oportunidade de dialogar sobre experiências vividas e questionar sobre enfrentamentos articulados aos serviços de saúde estimulou uma análise da realidade desenvolvida em grupo. Através da leitura por meio da consciência crítica foram sendo produzidos discursos de problematização, orientando a necessidade de buscar soluções coletivas.

#### **4.5 Aspectos éticos**

A pesquisa foi desenvolvida a partir da submissão do projeto e parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e

Mucuri (UFVJM). Ocorreu a devida apresentação à Secretaria Municipal de Saúde de Senhora do Porto-MG e a participação dos sujeitos desenvolveu-se de forma espontânea após a assinatura do TCLE. A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 466/12 do CNS, que define as normas para pesquisas com seres humanos.

A coleta de dados foi iniciada em abril de 2016, após o consentimento do CEP sob o parecer nº 1.455.037, CAAE: 52982416.4.0000.5108, a autorização do secretário de saúde, por meio da carta de anuência (ANEXO I) e a autorização dos sujeitos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (ANEXO II).

Os participantes tiveram todas as informações referentes à realização da pesquisa como: objetivos, liberdade de interromper a participação em qualquer etapa e direito de acesso aos resultados. Foram ainda orientados que mediante dúvidas, independente da fase de realização do estudo, as mesmas seriam esclarecidas.

Para evitar constrangimentos na participação e medo sobre identificação e divulgação foi esclarecido o comprometimento com a ética e a responsabilidade em manter a integridade moral, sigilo quanto às respostas e divulgação da identidade dos participantes.



## 5 CONSIDERAÇÕES

É de grandiosidade poder afirmar que as relações entre equipe, comunidade e atores foram desenvolvidas por meio de muita conversa, autonomia, desafios e saberes. Todo esse processo de ensino e aprendizagem extrapolou a busca por objetivos, demonstrando dimensões de afinidade, envolvimento e afeto construídos através da experiência. Porém, foi toda essa sensibilidade e aproximação que permitiu uma observação detalhada sobre práticas educativas e a assistência em grupos.

Segundo Bastos (2010), Pichon-Rivière, médico psiquiatra, foi um dos primórdios a instrumentalizar o atendimento coletivo, elaborando a teoria dos grupos operativos ainda na década de 40.

Devido ao acontecimento de uma greve de enfermeiras em Buenos Aires e o comprometimento de todo um setor, articulado à diminuição dos recursos humanos na assistência, Pichon identificou a necessidade de estimular pequenas mudanças, viabilizando a inserção, integração e maior participação dos próprios pacientes em relação aos cuidados gerais. Dessa maneira novas concepções foram sendo elaboradas sobre o trabalho em grupo na saúde, direcionando a descoberta de outros sentidos para os processos de ensino e aprendizagem envolvendo vários atores.

No Brasil, os grupos se apresentaram como um cenário e prática que buscavam resgatar o homem e sua integralidade, na década de 70. Porém, determinadas fragmentações como pouca otimização do trabalho, crescimento do número de consultas individuais, pouca participação dos atores sociais e ruptura no compartilhamento dos saberes científicos e populares, direcionam questionamentos e reflexões sobre a necessidade de aprimorar seus processos metodológicos.

Esta pesquisa demonstrou que atividades desenvolvidas por meio da metodologia da EPS, como foi a elaboração do “varalzinho”, fundamentam a efetividade dos grupos operativos, resgatando princípios necessários para o aprimoramento da saúde pública brasileira.

Percebeu-se que o “varalzinho”, fundamentou uma atividade coletiva de ação-reflexão-ação, estimulando a participação dos atores e a reflexão dos profissionais. Essa construção conjunta elaborou novas inspirações, direcionando buscas por novas metodologias para os grupos operativos.

A partir da elaboração do “varalzinho do bem-estar” percebeu-se que quando as diferentes visões do mundo se contrapõem e dialogam entre si, novos sentidos vão sendo idealizados, direcionando desconstruções. A didática direcionou a transformação de usuários passivos em atores conscientes, que superaram a condição de alienação, passando a construir suas próprias possibilidades na assistência.

Este processo de educação e construção participativa de novos conhecimentos permitiu a abertura para o mundo, a vivência de novas experiências e descoberta da potencialidade do grupo de buscar a autonomia necessária para processos de transformação. A problematização originada da vida real despertou o interesse de mudanças que envolvem vivências em comum. Discutir a realidade parece estimular o desvendamento de fragmentos que até então estavam ocultos.

“Promover saúde é isso aqui, poder falar, poder até escolher sobre o que a gente vai falar com isso eu descobri que eu também faço essa coisa de promoção da saúde” (ATOR SOCIAL, 11)

“To percebendo que se deixassem a gente falar mais, as coisas seriam diferentes, parece que mais divertida e fácil para não adoecer” (ATOR SOCIAL, 13).

A afinidade presente entre os participantes propiciou a articulação dos saberes necessários para a construção de práticas populares, conhecidas também como práticas da vida. A simplicidade da autonomia em escolher a gravura e refletir sobre o símbolo ali representado orientou a construção de novos sentidos representados pela fala, que levou ao centro discussões como tabagismo, atividade física, alimentação e dificuldades nos serviços de saúde.

Esse espaço de emancipação possibilitou a aproximação entre os participantes do HIPERDIA e seus problemas enfrentados. Contudo, foi reconhecido por muitos como um local de negociação e não de normas. Assim, foi possível resgatar a sensibilidade, demonstrando que processos educativos nem sempre precisam ser orientados por controle.

A nova metodologia titulada por eles como “varalzinho do bem-estar”, enfatizou como o conhecimento da vida cotidiana dos atores é a base para a compreensão dos problemas de saúde. Percebe-se, então, que as pessoas se educam com a vida, com suas histórias e, através do enfrentamento, vão construindo ações que devem ser inseridas no cotidiano do cuidado em saúde. Através do novo olhar sobre possibilidades de participar nos

processos de saúde, os atores passaram a compreender seu papel enquanto usuário participativo. As discussões ocorridas por meio da análise de vida contribuíram para a busca de soluções de problemas, que deixaram de ser individual, conquistando amplitude coletiva.

A construção do “varalzinho” interferiu no processo de organização dos grupos operativos. Identificar fragmentos visando novos sentidos possibilitou o início do comprometimento dos atores, com a participação popular nos serviços de saúde. A permanência de práticas autoritárias nos faz refletir sobre: será que normas técnicas científicas impostas nos serviços de saúde são resolutivas para os problemas da vida?

De acordo com o as ideias abordadas no II Caderno de Educação Popular em Saúde 2014, as práticas assistenciais desenvolvidas por meio do referencial da EP, vem despertando novas reflexões sobre cuidados, por parte dos profissionais. Em Senhora do Porto, estimulou a busca por novas metodologias podendo direcionar uma assistência fundamentada pela integralidade valorizando a cultura da população.

“Todo profissional do município deveria ter a oportunidade de presenciar pelo menos um dia desse seu trabalho” (PROFISSIONAL 1, 2016).

“Nunca tinha escutado falar dessa metodologia, foge completamente da didática que a gente usa, estou abismada o quanto eles sabem e podem ajudar a equipe” (PROFISSIONAL 2, 2016).

Com o desenvolvimento da pesquisa, percebeu-se que existe uma fragmentação na articulação dos conhecimentos entre os atores sociais e profissionais de saúde.

Valla (1998), já dizia que a predominância do conhecimento científico sobre os conhecimentos da vida é um dos eixos que impossibilitam o diálogo e direciona para a construção desigual de significados.

Sabe-se que devido à complexidade e expansão do SUS, conquistar a excelência em seu funcionamento, envolvem questões tanto políticas quanto sociais. Porém, foi identificado que os poucos profissionais e atores sociais comprometidos com sua efetividade têm o potencial de mobilização necessário para processos de mudança.

Os profissionais do município que direcionavam as práticas tradicionais tiveram a oportunidade de reflexão sobre novos sentidos nos serviços de saúde, a partir da inserção do diálogo nas práticas.

Foi demonstrado como a conversa informal reforça a compreensão e a participação dos atores envolvidos. Com o “varalzinho” foi percebido que aproximar o conhecimento profissional ao conhecimento da vida pode influenciar diretamente ao enfrentamento dos problemas de saúde.

Através do “varalzinho”, foi possível preservar dimensões coletivas necessárias na assistência da ESF. O trabalho direcionou a busca de outras possibilidades metodológicas, podendo estimular novas práticas educativas em Senhora do Porto. Ao vivenciar didáticas desenvolvidas pelo referencial da EPS, muitos profissionais tiveram a oportunidade de observação e reflexão, vivenciando experiências de autonomia, protagonismo e participação dos atores sociais envolvidos. Estas atividades estimularam o reconhecimento e valorização por parte dos profissionais das práticas que envolviam diversidades culturais.

Ao vivenciarem a construção do “varalzinho do bem-estar” muitos questionaram sobre a necessidade de inovar processos pedagógicos em atividades de prevenção e promoção da saúde. Presenciar atividades de ensino que orientam também para a aprendizagem estimulou o conhecimento crítico sobre metodologias que possibilitam o *feedback* entre ensinar e aprender de forma participativa.

O início da construção de novas concepções sobre participação popular ficou nítido quando a equipe demonstrou interesse pela metodologia, através de um convite feito para realização de uma capacitação com os profissionais, orientada pelo referencial da EPS. O convite reafirma que ambientes trabalhados pela união, autonomia e discussão despertam curiosidade e vontade por mudanças.

O interesse dos demais profissionais em superar práticas tradicionais e conhecer novas metodologias demonstrou o reconhecimento e o início da mobilização necessária para que ocorram atividades que resgatem a autonomia e consciência crítica dos usuários. Com isso, foi iniciado o processo de pequenas mudanças que visam à implantação e implementação de estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação de ações participativas discutidas a partir da realidade de Senhora do Porto.

Se no cenário das práticas educativas em saúde, a referência do saber é o profissional, entende-se que quando esse reconhece e solicita novos processos de ensino e aprendizagem, é provável que nesse instante a concepção de saber foi desconstruída, necessitando novas elaborações a partir de experiências concretas. Essa desconstrução consolida a continuidade do fluxo de ação-reflexão-ação no município.

Por meio do desenvolvimento desta pesquisa que se caracterizou como pesquisa *ação*, ocorreu o estímulo para despertar a *reflexão* nos usuários que tiveram a possibilidade de construir a *ação* do “varalzinho”, propiciando ainda a *reflexão* dos profissionais sobre a necessidade de aperfeiçoar as metodologias dos grupos operativos, gerando a idealização de uma nova ação que fundamentará processos de educação permanente nos serviços de saúde.

O compartilhamento dos saberes científicos e empíricos fundamentou a construção de uma nova metodologia. A tomada de consciência crítica através da análise da realidade possibilitou o surgimento de problematizações que (re) significaram o papel dos atores sociais em suas histórias. Através do direcionamento contínuo da ação-reflexão-ação o grupo foi se desenvolvendo de maneira que a reflexão e a ação passaram a ser elaboradas por eles.

A maneira como vinham sendo executadas as ações pedagógicas com o grupo, consolidava o desenvolvimento da “Educação Bancária” sistematizada por Freire. O processo pedagógico que é direcionado pelo depósito de ideias (transferência de conhecimentos por palestras), que possibilita a retirada de extratos (perguntas direcionadas ao público após a palestra), rompe com processos de autonomia, é desenvolvido sem diálogo e não direciona problematizações, fundamentais aos processos de transformações.

Através do convite feito para a realização de uma nova ação norteada pela teoria da EPS percebe-se o desenvolvimento da consciência crítica dos profissionais, devido à aproximação do diálogo entre equipe e atores.

Entende-se que, assim, a problematização passa a ser um momento pedagógico, possibilitando a reorientação dos serviços de saúde através da vivência, experiência, diálogo, autonomia e cultura popular.

A solicitação feita pelos profissionais direcionou a elaboração de um projeto de Educação Permanente em Serviço (APENDICE II) que será desenvolvido por meio de um plano municipal, referenciado pela EPS. No mesmo sentido, é possível perceber a preocupação dos profissionais com a necessidade de reorganização de serviços básicos, nos quais a população tenha oportunidade de participar de forma mais efetiva.

A solicitação destaca a percepção dos profissionais mediante aos serviços ofertados. A convivência com metodologias desenvolvidas a partir da EPS estimulou o pensamento crítico, possibilitando a identificação de lacunas entre os serviços, a população e a participação efetiva.

Percebeu-se também que as ações educativas ainda são caracterizadas por práticas fragmentadas no modelo tradicional de transferência e imposição de soluções. Através das observações, foi demonstrado como a atividade educativa, desenvolvida por meio de palestras, não oferta outra maneira de participação, a não ser o comparecimento e passividade no momento do cuidado.

Com o desenvolvimento da pesquisa foi possível observar criticamente, que a permanência da prática autoritária é orientada por um modelo hospitalocêntrico e não assegura a integralidade, um dos eixos centrais da ESF. Os profissionais do município atuam com pouca articulação entre os saberes empíricos e técnicos e as ações educativas são voltadas para transferência de ideias sobre mudanças de comportamentos individuais.

Por isso, a solicitação em realizar uma educação permanente referenciada pela EPS, não se restringe a ideia de uma simples proposta. Amplia-se para a percepção do início da reorientação dos serviços locais. O reconhecimento de que processos pedagógicos permitem a troca de saberes e aprendizagem mútuos, fortalece a noção de mobilização necessária para a construção de práticas coletivas.

Estimular a reorientação das práticas no cuidado envolve desconstruir concepções e atribuir os atores sociais nas novas construções. O modelo assistencial da ESF é reconhecido como um cenário que promove a vida. A busca pela promoção da saúde, articulada à formação de atores críticos, contribui com a qualificação da saúde coletiva e desperta a conscientização sobre a necessidade de interferir nas práticas de saúde por meio de estratégias participativas.

Pesquisas, experiências e construções fundamentadas pela EPS contribuem para a produção de novos olhares sobre o processo de saúde-doença. As estratégias desenvolvidas no trabalho fortaleceram a articulação da participação popular com os serviços de saúde. Com o propósito de enfrentamento das iniquidades, a EPS estimula o comprometimento com a sociedade e renova perspectivas sobre mudanças necessárias.

A experiência proporcionou ainda vivenciar o papel das instituições de ensino sobre novos olhares necessários aos processos sociais. Estimular o conhecimento e compartilhamento dos saberes sobre práticas populares é promover a valorização de diversos seguimentos sociais, através da autonomia e aproximação do saber técnico com o popular. Através da articulação entre universidade e serviços de saúde, o trabalho buscou contribuir com o fortalecimento do grupo HIPERDIA e estimulou o potencial dos atores na intervenção das práticas educativas.

O desenvolvimento das “rodas de conversa” possibilitou a realização de diversas dinâmicas orientadas pela EP, que direcionou a construção de práticas participativas e dialogadas. Esse novo sentido, implementado na rotina dos serviços de Senhora do Porto, resgatou a reflexão dos profissionais sobre práticas pedagógicas, modelos de atenção e atividades reducionistas, que confrontam o atendimento holístico, eixo central para a promoção da vida e prevenção da saúde. Através das falas dos atores foi sendo trabalhada a conscientização sobre modos de viver e sua relação direta com a construção da saúde.

A concepção de que as práticas de saúde das pessoas estão relacionadas a uma construção coletiva cultural foi sendo elaborada a partir da escuta sensível e discurso igualitário. Presenciar a construção do “varalzinho” contribuiu para que os profissionais repensassem sobre a necessidade de abertura para a efetiva participação popular. O poder de conscientização da comunidade sobre suas condições de vida reforça o sentido de promoção da saúde e autonomia sobre as ações.

Através da identificação das desigualdades existentes no cuidado em saúde, acredita-se que o enfrentamento é um dos caminhos que orienta para a construção de um projeto de saúde mais justo. O reconhecimento da EPS por parte dos profissionais destaca a importância do ato de valorizar o novo, por meio de perspectivas de transformações necessárias.

Em Senhora do Porto, conforme citado anteriormente, ficou evidente como o modelo biomédico desintegra alguns princípios preconizados pelo nível assistencial básico. Nas atividades desenvolvidas pela equipe, junto ao NASF, verificaram-se fragmentos na integralidade, ruptura com o estímulo da participação popular e permanência de rotinas diárias sem articulação de novos conhecimentos e comprometimento com práticas transformadoras.

A consciência crítica, que direciona a exigência de transformação e a busca por atividades que consolidam a prevenção e a promoção da saúde, deve estar presentes no cotidiano dos usuários e profissionais. Porém, os resultados desvendaram que o conhecimento teórico e a aplicabilidade técnica ainda precisam ser bem investigados para que as relações de poder sejam reorientadas.

As reuniões do HIPERDIA, por meio das “rodas de conversa” demonstraram que as questões sociais enfrentadas podem ser utilizadas como atributo aos serviços de saúde. A construção de atividades, a partir da educação libertadora, despertaram características de incentivo a mudanças, solidariedade, comunicação e sensibilidade. Porém, enfatizou que a EPS sempre foi algo desconhecido e, por isso, precisa ser bem orientada.

O incentivo de práticas que compartilham o saber popular, articulado a metodologia da EPS, pode ser reconhecido como a busca por avanços sociais. Analisar teorias e políticas públicas a partir do conhecimento prévio de uma população oprimida é reconhecer a necessidade de novas construções. Ter estimulado a sensibilidade e a criatividade no cenário de saúde em Senhora do Porto proporcionou o desenvolvimento de abordagens necessárias para que a EPS contribuísse com melhorias na qualidade de vida dos agentes participantes.

Ao decorrer da intervenção educativa, orientada pela EPS, foi possível conhecer a percepção dos usuários sobre as práticas que permaneciam. O autoritarismo, a imposição e a falta de diálogo, direcionavam o comportamento expressado pela resistência dos atores. Ao se comportarem com resistência, eles buscavam a independência e relações de disputa de saberes.

Foi identificado que a permanência da resistência, atribuída à continuidade de práticas fragmentadas, interferia no processo de construção de novas formas de convivência e trabalho. Refletindo a resistência a partir do conceito de independência, verificou-se que os atores buscavam conquistar uma posição social reconhecida. Ao se apresentarem resistentes às soluções impostas, os mesmos despertavam sentido de condução do próprio destino e saúde.

Porém, para a efetividade de ações de saúde, fundamentadas por princípios coletivos, é necessário que se desenvolvam atividades democráticas e situações de interdependência. Compreender a resistência como uma forma de participação e refletir sobre a necessidade de inovação metodológica é um dos meios facilitadores para o desenvolvimento da autonomia, cooperação e transformações necessárias.

Através da investigação da PNEPS-SUS foi compreendido como sua orientação metodológica pode contribuir com a reorientação das práticas. Todas as atividades desenvolvidas por meio das teorias constituídas pela política enfatizaram o potencial da participação popular no município. A construção do “varalzinho” promoveu a autonomia de pessoas e do grupo. Acredita-se que, a partir desta didática foi semeado um novo significado no cuidado em saúde, bem como o potencial de se criar laços para o enfrentamento.

Desenvolver momentos pedagógicos que estimularam a problematização fez com que os agentes se reconhecessem em seu próprio mundo, mas no sentido de reflexão. As vivências, contradições e troca de experiências possibilitaram a formulação de conhecimentos significativos. Significou e muito, pois extrapolando a identificação dos problemas, os atores participantes começaram a construir soluções em conjunto, descobrindo assim, a capacidade de agir.



Por isso todas as dinâmicas construídas junto ao grupo tiveram o potencial de despertar a consciência crítica sobre a realidade. Problematizando, refletindo e buscando soluções no processo de ação-reflexão-ação, sistematizado por Paulo Freire, os atores tiveram a oportunidade de questionar comportamentos, descobrindo novos sentidos enquanto usuários protagonistas. Esse desvendamento possibilitou a aproximação e fortaleceu o vínculo entre todos os envolvidos na construção da saúde. Ademais, foram desenvolvidas práticas concretas de aprendizagem compartilhada, a partir de discussões coletivas. Esse novo olhar sobre os saberes só foi elaborado devido à criatividade do grupo e suas diferentes formas de manifestação.

Considera-se que em Senhora do Porto, a EPS não é um desafio direcionado somente aos atores sociais envolvidos, pois com o desenvolvimento das “rodas de conversa” foram percebidas ações de mobilização, autonomia e diálogo entre eles. Em se tratando de território e estratégias, percebeu-se que, identificar, reconhecer e articular as culturas sociais existentes estimulou o desenvolvimento do cuidado a partir das necessidades da comunidade.

Sobre desafios e enfrentamentos, percebeu-se que os maiores entraves estão atribuídos às responsabilidades direcionadas às três esferas de governo. Os obstáculos identificados no âmbito municipal reforçam a ideia da necessidade de incluir processos de educação permanente, referenciados pela EPS no plano municipal de saúde. Essa implementação poderá continuar estimulando o fortalecimento da participação popular e trabalhar o reconhecimento necessário aos profissionais.

A inserção de novas metodologias, através de atividades de planejamento, execução e avaliação contribuirá com ações de reconhecimento e divulgação essenciais para o fortalecimento da EPS. Essa construção tem o potencial de direcionar a efetividade de práticas populares no modelo assistencial da ESF. Através do compartilhamento dos saberes, poder e gestão entre trabalhadores e comunidade, as práticas de saúde vão sendo reorientadas inserindo a cultura e linguagem popular no cuidado.

Estimular e contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, por meio da teoria da EPS, é ter a perspectiva de que os movimentos sociais podem auxiliar na sistematização de novos conhecimentos para o enfrentamento de determinantes sociais de saúde.

Sobre a atuação do Estado e a efetivação de um projeto de saúde mais democrático destaca-se a necessidade de incluir a PNEPS-SUS no plano estadual de saúde. Além da inclusão, é de fundamental importância, o incentivo e apoio, mediante a

implementação da política nos serviços municipais. Esse comprometimento enfatiza a participação popular, estimula a gestão participativa, fortalece o controle social, cria autonomia no cuidado em saúde e favorece as informações necessárias para novos sentidos nas práticas educativas em saúde.

As atribuições referidas ao órgão de poder executivo federal perpassam pela garantia de financiamentos necessários para a efetivação dos princípios da PNEPS-SUS no âmbito nacional. Infelizmente, mediante a atual conjuntura política, teme-se que possíveis características de retrocesso venham interferir nos avanços e desenvolvimento de aspectos referentes à cultura popular. É necessário criar estratégias de divulgação e conscientização sobre a metodologia da EPS, pois o conhecimento da teoria fundamenta a troca de saberes populares e científicos, promovendo o diálogo necessário para novas construções. Incentivar a gestão participativa nos espaços do SUS contribui com a construção de práticas coletivas, essenciais para a promoção da saúde.

O aparente distanciamento entre movimentos populares e os atuais governantes políticos do país serve como uma oportunidade de reflexão sobre o que de fato tem sido reconhecido como participação popular. As relações que vêm sendo estabelecidas despertam o questionamento sobre o seguinte problema: quem dispõe do controle social? As reivindicações que nascem de conflitos socioeconômicos, será que, de fato, estão correspondendo aos desejos reais das classes mais necessitadas?

O cenário político, as notícias e as pesquisas vêm demonstrando que precisamos incentivar práticas que direcionam a tomada de consciência sobre o comprometimento social. No setor saúde, os princípios apresentados pela EPS assumem um compromisso com a qualidade de vida das pessoas e a promoção da saúde. No território de Senhora do Porto contribuiu com o início de determinados avanços sociais, a construção de novos conhecimentos teóricos e a tomada de consciência crítica sobre políticas públicas.

Estimular a construção e permanência de práticas visando à cidadania consciente é valorizar princípios como integralidade, participação popular e humanização. Mas para isso, é preciso reconhecer a existência de desigualdades estruturais nos serviços. Contudo, se faz necessário investir em práticas que intensificam a mobilização e a participação popular na defesa do direito à saúde.

Mesmo com toda fragilidade identificada nos serviços ficou a percepção que em Senhora do Porto foram construídos processos envolvendo a participação e mobilização. Com

a realização do estudo foi possível identificar diversas iniciativas e atores que direcionaram novas concepções para a promoção da saúde, através da participação popular.

Retomando a reflexão sobre o controle social, conclui-se que, ter estimulado a participação da sociedade sobre o controle do próprio corpo e saúde contribuiu com a mudança de atitudes e comportamentos necessários para o exercício da autonomia.

O ativismo político, organização do processo de trabalho, valorização da própria identidade e a busca de superação da individualidade são características marcantes de todo ator social que reconhece sua importância dentro da sociedade. Estimular novas formas de aprendizagem sobre autonomia, empoderamento e cidadania é reconhecer que a educação é o início do caminho que direciona a construção de uma nova história.

A identificação da fragilidade existente no processo educativo em saúde e a busca por respostas, através da EPS, indicam certas perspectivas de que a participação popular pode fortalecer processos que envolvam autonomia e transformação. Contudo, esse trabalho tem como fundamento despertar a consciência crítica sobre o princípio da participação popular no SUS e a maneira como o mesmo vem sendo orientado. Fica como reflexão a necessidade de novas investigações para o aprimoramento da temática.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. **A educação popular na atenção básica à saúde no município**: em busca da integralidade. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832004000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006)>. Acesso em: 02 fev. 2017.
- AMARANTE, P.; COSTA, A. M. **Diversidade Cultural e Saúde**. Rio de Janeiro: Seis, 2012.
- ARROYO, M. G. **Educação popular, saúde, equidade e justiça social**. Cad. CEDES, Campinas, v. 29, n. 79, p. 401-416, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32622009000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300009)>. Acesso em: 02 fev. 2017.
- BASTOS, A. B. B. I. **A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon**. Psicol inf., São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092010000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010)>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- BRANDAO, C. R. **A educação popular na área da Saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 5, n. 8, p. 127-131, fev. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832001000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100010)>. Acesso em: 31 jan. 2017.
- BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. **A Pesquisa Participante**: um momento da educação popular. Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v. 6, p.51-62, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988/10662>>. Acesso em 06 mar.2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em: 25 jan. 2017.
- BRITTO, N. Oswaldo Cruz. **A construção de um mito na ciência brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/t7/pdf/britto-9788575412893-02.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil**. Estud. av. [online], vol.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. **Democracia Participativa e Controle Social em Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. **Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva**. Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200010)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 22<sup>o</sup> ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012. Disponível em: <[http://www2.eca.usp.br/Ciencias.Linguagem/Foucault\\_OrdemDoDiscurso.pdf](http://www2.eca.usp.br/Ciencias.Linguagem/Foucault_OrdemDoDiscurso.pdf)>. Acesso em 06 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FREIRE, P.; FAUNDEZ, A. **Por uma Pedagogia da Pergunta**. Rio e Janeiro: Paz e Terra, 1985.

\_\_\_\_\_; NOGUEIRA, A. **Que fazer**: Teoria e Prática em Educação Popular. Petrópolis: Vozes, 1993.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1987.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária**: Seletiva ou Coordenadora dos Cuidados? Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Atlas S. A, 2003.

MINAYO, M. S. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Cebes.** Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

REIS, I. N. C.; SILVA, I. L. R.; WONG UN, J. A. **Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1161-1173, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601161&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601161&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 06 mai. 2017.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016)>. Acesso em: 10 mai. 2017.

SAMPAIO, J. et al. **Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601299&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601299&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 jun. 2017.

SANTOS, M. A. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** Rev. katálysis, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802013000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SANTOS, N. S. **Política Pública de Estado: Seu Desenvolvimento Instituído e Instituinte, o Direito Sanitário, a Governabilidade e a Busca de Saídas.** Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

STOTZ, E. N. **A Educação Popular nos Movimentos Sociais da Saúde: Uma Análise de Experiências nas Décadas de 1970 e 1980.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 3, n. 1, p. 9-30, 2005. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r93.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

\_\_\_\_\_.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UM, L. A. **Educação Popular e Saúde: Trajetória, Expressões e Desafios de um Movimento Social.** Revista APS, v.8, n.1, p. 49-60, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

VALLA, V. V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p.7-14, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1283.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Sobre Participação Popular:** Uma questão de perspectiva. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde.** Interface Comunic. Saúde, Educ., p. 121-126, fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

**ANEXO I****CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA**

Eu, **Carlos Arcanjo Pereira Chaves**, secretário municipal de saúde de Senhora do Porto/MG, tenho a ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada: "Educação Popular em Saúde: um referencial de autonomia e transformação", sob a responsabilidade do pesquisador Professor Doutor **Wellington de Oliveira**, docente do Mestrado Ensino em Saúde da UFVJM, nas 02 unidades de saúde, na cidade de Senhora do Porto/MG. Para isto, será disponibilizado à pesquisadora **Michely Rodrigues Alves**, discente do Mestrado Ensino em Saúde UFVJM.

Caso seja autorizada a realização dessa pesquisa, serão desenvolvidos os seguintes procedimentos: observação e participação nas atividades realizadas pelo grupo operativo HIPERDIA, utilizando-se um roteiro de observação previamente elaborado.

Diamantina, 26 de janeiro de 2016.

Carlos Arcanjo Pereira Chaves

CPF: 800.376.495-59

Sec. Municipal de Saúde

Senhora do Porto/MG

Carlos Arcanjo Pereira Chaves

Secretário Municipal de Saúde de Senhora do Porto/MG



## ANEXO II



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você, PACIENTE DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS (HIPERDIA) está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: “EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UM REFERENCIAL DE AUTONOMIA E TRANSFORMAÇÃO”, EM VIRTUDE DE PODER CONTRIBUIR ENQUANTO PACIENTE, COM O DESENVOLVIMENTO DE UM PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM, SOBRE CONHECIMENTOS DE SAÚDE, REALIZADO JUNTO À PESQUISADORA MICHELY RODRIGUES ALVES, PARA INVESTIGAR AS POSSIBILIDADES E LIMITES DE EXECUTAR ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO REFERENCIAL DA EDUCAÇÃO POPULAR coordenada pelo Professor Dr. Wellington de Oliveira.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a Secretaria Municipal de Saúde de Senhora do Porto/MG.

O objetivo desta pesquisa é: Estimular um processo de educação e construção participativa, junto aos pacientes do grupo HIPERDIA, sobre conhecimentos de saúde, norteado pelo referencial da EPS para (re) orientação das práticas. Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao (s) seguinte (s) procedimentos: participar das atividades do grupo operativo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), onde a pesquisadora aplicará a técnica de observação participante, para a construção compartilhada de novos conhecimentos sobre os processos de saúde a partir da metodologia da Educação Popular. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente três meses

Os riscos relacionados com a sua participação são: medo, constrangimento e receio de identificação e divulgação dos resultados. Serão minimizados pelos seguintes procedimentos: preservação do respeito à integridade dos participantes, organização de um ambiente agradável e confortável que não altere a rotina do grupo para realização das observações e compromisso em garantir o anonimato quanto as respostas e identidade dos participantes.

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão ser: aprimorar o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção à saúde da família, despertar interesse em novas práticas, fortalecer a participação popular no processo de construção da saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não haverá gasto financeiro da sua parte, sendo assim não está previsto ressarcimento pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

**Coordenadora do Projeto:** Michely Rodrigues Alves  
**Endereço:** Rua Efigênia Maria de Jesus, nº 199, Bairro Expansão,  
 Guanhães/MG – CEP: 39740-000  
**Telefone:** (33) 98807-3329

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM  
 Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –  
 Diamantina/MG CEP39100000  
 Tel.: (38)3532-1240 –  
 Coordenador: Prof. Disney Oliver Sivieri Junior  
 Secretária: Ana Flávia de Abreu  
 Email: [cep.secretaria@ufvjm.edu.br](mailto:cep.secretaria@ufvjm.edu.br) e/ou [cep@ufvjm.edu.br](mailto:cep@ufvjm.edu.br).

**APENDICE I****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO  
JEQUITINHONHA E MUCURI****ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES**

As observações serão norteadas seguindo o cronograma das ESF, de acordo com a agenda das atividades do grupo que são desenvolvidas por meio de reuniões semanais, com duração de 40 a 50 minutos, aproximadamente. O número exato de observações não está definido, para encerramento será adotado o critério de saturação teórica das informações. Será observado:

1. Recepção do pesquisador e comportamento dos usuários na observação;
2. Relação dos usuários entre si e com a equipe;
3. Contato visual e diálogos;
4. Metodologia aplicada nas atividades do grupo;
5. Vocabulário da equipe e dos usuários;
6. Percepção dos usuários sobre práticas educativas;
7. Participação e envolvimento coletivo dos usuários durante as atividades;
8. Comportamento da equipe, tom de voz e postura corporal;
9. Percepção da equipe sobre os conhecimentos populares.

**APENDICE II****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO  
JEQUITINHONHA E MUCURI****PROJETO PARA CAPACITAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE****1 INTRODUÇÃO**

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela portaria nº 1.996 de agosto de 2007, estratégias de educação permanente, fundamentam processos de ensino e aprendizagem dirigidos a determinados grupos de trabalhadores. Seus princípios objetivam nortear atividades que promovam mudanças institucionais. Orienta-se que o processo seja sistematizado e planejado a partir da observação de estratégias e cultura dos serviços de saúde.

Sendo a capacitação uma das atividades muito realizada em processos de educação permanente em saúde, sua proposta indica um planejamento de ações para que mecanismos de conhecimento sejam fortalecidos.

Através da investigação e análise da Política Nacional de Educação Popular em Saúde - SUS (PNEPS-SUS), percebe-se que articular as recomendações estratégicas indicadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aos princípios metodológicos da Educação Popular pode contribuir para a implementação de atividades que fundamentam a construção de informação em saúde.

Associar os princípios e objetivos norteadores destas políticas poderá estimular transformações culturais de acordo com necessidades concretas. Através das atividades educativas, novas metodologias podem ser discutidas, visando aprimorar o desempenho profissional, qualificar a assistência e aproximar a relação entre profissionais e usuários.

**2 OBJETIVO**

Orientar processos de educação e construção participativa, junto aos integrantes

do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), desenvolvidos a partir do referencial da Educação Popular Saúde (EPS).

### **3 JUSTIFICATIVA**

A partir da identificação da necessidade de aprimorar os métodos desenvolvidos nas práticas de educação em saúde, a equipe do NASF solicitou o desenvolvimento de trabalhos educativos, referenciados pela metodologia da EPS. Reconhecendo que a educação permanente possibilita momentos de diálogos, reflexões e construção de conhecimentos, o presente projeto pretende contribuir com o desenvolvimento de momentos pedagógicos solicitados, estimulando a mobilização necessária para mudanças.

Acredita-se que a articulação dos princípios de políticas públicas que fundamentam práticas educativas, poderá enfatizar o potencial da educação no cenário de saúde. Contudo a discussão sobre novos sentidos e metodologias no cuidado, estimula o pensamento reflexivo que orienta para a necessidade de constante transformação na organização e assistência em saúde.

### **4 METODOLOGIA**

O projeto foi desenvolvido a partir do problema: A articulação da EPS com a Educação Permanente pode contribuir com a construção de novos conhecimentos sobre práticas de educação em saúde? Os atores participantes serão os profissionais do NASF do município de Senhora do Porto-MG. O objetivo do trabalho é orientar processos de educação e construção participativa, junto aos integrantes do NASF, desenvolvidos a partir do referencial EPS.

As atividades serão desenvolvidas uma vez por semana, de acordo com a agenda estratégica do NASF. A capacitação será realizada a partir da problematização da realidade local, através de “rodas de conversa”. Este trabalho poderá contribuir com a construção de novas práticas de acordo com o cotidiano da comunidade.

Acredita-se que a Educação Permanente associada ao referencial da Educação Popular, pode contribuir com o desenvolvimento de ações sociais que fundamentam a aproximação das práticas profissionais com a necessidade concreta da população. Estimular o desenvolvimento da autonomia profissional é uma das principais características deste estudo.

## 5 REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 9 mai. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em: 19 mai. 2017.
- R, C. A. C.; SENA, R. R. **Educação permanente**: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600002&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 24 mai. 2017.