



Anais do XIV Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade"

24 a 25 de setembro de 2020



Volume XIV, n. 16, set. 2020
ISSN: 1982-3657 | Prefixo DOI: 10.29380

EIXO 16 - EDUCAÇÃO E SAÚDE

Editores responsáveis: **Veleida Anahi da Silva - Bernard Charlot**

DOI: <http://dx.doi.org/10.29380/2020.14.16.09>

Recebido em: **31/08/2020**

Aprovado em: **03/09/2020**

REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE; REFLECTIONS ON
POPULAR HEALTH EDUCATION; REFLEXIONES SOBRE EDUCACIÓN POPULAR EN
SALUD

MARCUS VINICIUS SACRAMENTO FRANCA

[HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-1644-2746](https://orcid.org/0000-0003-1644-2746)

MARCOS VINICIUS CASTRO SOUZA

RESUMO: Este artigo objetiva refletir sobre o conceito de educação popular em saúde, apontando sua evolução ao longo da história, bem como sua aplicabilidade no processo de emancipação dos sujeitos. Aborda conceitos relacionados à saúde e sua promoção, educação em saúde e diferentes abordagens de aprendizado envolvidas. Neste contexto, discute a educação popular em saúde como instrumento de problematização das realidades, por intermédio da dialogicidade, autonomia, emancipação e protagonismo da comunidade na atuação em saúde. Para tanto, realizou-se uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa. Para obtenção de dados, desenvolveu-se uma revisão bibliográfica integrativa, com base no seguinte eixo norteador: educação popular em saúde no Brasil. Esse tipo de revisão possibilitou maior contato com estudos que abordam a temática, seus principais conceitos, teorias e evidências. Por fim, conclui-se que a educação popular em saúde contribui com o desenvolvimento de espaços formativos, dialógicos, dialéticos e colaborativos entre os profissionais da saúde e sua comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Educação popular em saúde. Emancipação dos sujeitos. Aprendizado.

ABSTRACT: This article aims to reflect on the concept of popular health education, pointing out its evolution throughout history, as well as its applicability in the subject's emancipation process. It addresses concepts related to health and its promotion, health education and different learning processes involved. This work discusses popular health education as an instrument for problematizing realities, dialogicity, autonomy, freedom and the community's role in acting in health. Thus, an exploratory, qualitative research was carried out. To obtain data, an integrative bibliographic review was developed, based on the following guiding axis: popular health education in Brazil. This type of review enabled greater contact with studies that address the theme, its main concepts, theories and evidence. Finally, it is concluded that popular health education contributes to the development of formative, dialogical, dialectical and collaborative spaces by health professionals and communities.

KEYWORDS: Popular health education. Education for freedom. Learning.

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el concepto de educación popular en salud, señalando su evolución a lo largo de la historia, así como su aplicabilidad en el proceso de emancipación popular. Aborda conceptos relacionados con la salud y su promoción, educación para la salud y los diferentes procesos de aprendizaje involucrados. Este trabajo discute la educación popular en salud como instrumento de problematización de realidades, dialogicidad, autonomía, emancipación y el rol de la comunidad en la actuación en salud. Así, se realizó una investigación exploratoria y cualitativa. Para la obtención de datos se desarrolló una revisión bibliográfica integradora, basada en el siguiente eje rector: educación popular en salud en Brasil. Este tipo de revisión permitió un mayor contacto con los estudios que abordan el tema, sus principales conceptos, teorías y evidencias. Finalmente, se concluye que la educación popular en salud contribuye al desarrollo de espacios formativos, dialógicos, dialéticos y colaborativos entre los profesionales de la salud y su comunidad.

PALABRAS -CLAVE: Educación popular en salud. Emancipación popular. Aprendizaje.

1 INTRODUÇÃO

A saúde envolve o bem estar físico, social e psicológico, exigindo avaliação integral dos diferentes aspectos da vida do sujeito, assim, trata-se de um conceito complexo e subjetivo. A promoção à saúde busca melhoria das condições biopsicossociais de indivíduos, famílias e comunidades, por meio de um processo ativo e inclusivo de problematização, discussão e modificações de realidades. Desta forma, a promoção de saúde estimula o desenvolvimento de hábitos e práticas saudáveis para o bem estar das coletividades.

Nesta perspectiva, a Educação Popular em Saúde (EPS) representa uma possibilidade pedagógica de humanização no atendimento à população, permitindo a aproximação entre profissionais e a comunidade, por meio de uma prática dialógica, colaborativa, amorosa, crítica e reflexiva. Na qual os indivíduos, historicamente subalternizados e oprimidos, são estimulados a problematizarem suas realidades, compartilhando saberes e participando ativamente do enfrentamento de questões comunitárias. Assim, esse estudo objetiva refletir sobre o conceito de educação popular em saúde, discutindo sua evolução ao longo da história, bem como sua aplicabilidade no processo de emancipação popular.

Para tanto, realizou-se uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa. Para obtenção de dados, desenvolveu-se uma revisão bibliográfica integrativa, com base no seguinte eixo norteador: educação popular em saúde no Brasil. Essa revisão possibilitou maior contato com estudos que abordam a temática, seus principais conceitos, teorias e evidências, apreendidos por intermédio de artigos, portarias, decretos e livros que abordam educação popular em saúde, educação popular, promoção a saúde e prevenção de agravos e educação em saúde na base de dados Scientific Electronic Library Online - SciELO, sites do Ministério da Educação, da Saúde e livros de medicina de família e comunidade, saúde coletiva e educação. Foram incluídos artigos em português, cujo tema principal se enquadrasse nos descritores abordados acima e, em caso de relato de experiência e portarias, apenas as brasileiras foram incluídas.

2 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E PROMOÇÃO À SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como bem estar físico, social e psicológico - conceito que requer uma abordagem holística dos processos de prevenção, promoção, adoecimento e reabilitação (BEZERRA; SORPRESO, 2016). Essa concepção de saúde destoa completamente da abordagem médica multifacetada e hiperespecializada do ser humano influenciada pelo relatório Flexneriano, no qual a formação médica deveria centrar-se na doença. Descredibilizando, desta maneira, a participação comunitária nos processos de promoção de saúde e adoecimento, uma vez que não se leva em consideração o sujeito que adoece (PAGLIOSA et. al., 2008).

A saúde em seu sentido positivo, segundo Gordon (1958), não se encontra no estado, porém na busca de meta inatingível e só pode ser definida quando considerado sujeito específico, sendo atribuída, na maioria das vezes, a ausência ou redução do desconforto. Assim, deve-se sempre questionar o que é ser/estar saudável para o paciente. Nesse contexto, a promoção à saúde toma proporções maiores: com o desenvolvimento de recursos de resistência e resiliência das pessoas, a saúde é adquirida por estilo de vida saudável e condições individuais de readaptação (FREEMAN, 2018). Essa capacidade chama-se salutogênese, na qual os estressores são realidades, porém o adoecimento depende da capacidade de compreensão, de gestão e de significação de eventos. Auxiliar os indivíduos na compreensão de suas questões de saúde e adoecimento é importante nos processos de promoção à saúde, prevenção de doença, cura e cuidados paliativos.

A promoção à saúde foi discutida em conferência internacional ocorrida em Ottawa e suas propostas

para saúde em 2000, organizadas na Carta de Ottawa, em 1986. Segundo esse documento, os pré-requisitos para saúde, numa perspectiva ampla, são paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema e recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A promoção à saúde requer ações coordenadas entre o governo, os profissionais de saúde, de educação, a comunidade, organizações não governamentais (ONGs), dentre outras. As ações comunitárias devem ser efetivas para definir necessidades, estratégias e proposições para avanços em saúde. Para tanto, é necessário permitir a comunidade acesso a informação e educação em saúde.

Essa carta aborda a promoção a saúde como melhoria das condições de vida da população, através de processo ativo de identificação, discussão, modificação de ambientes e participação social. São considerados cinco eixos para esse processo: políticas públicas adequadas, criação de ambientes férteis, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de assistência (BRASIL, 2002).

Esse documento também aborda o desenvolvimento de habilidades pessoais para promoção da saúde lideradas pela família, escola, ONGs, instituições de saúde e Estado. A reorganização dos serviços de saúde e do ensino superior é *sine qua non* para processos educativos colaborativos, com enfoque comunitário e no indivíduo em sua integralidade (BRASIL, 2002).

3 EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE PÚBLICA: UMA ABORDAGEM SOCIO-HISTÓRICA

A Educação popular em saúde (EPS) no Brasil pós independência política não existiu, partindo-se dos conceitos existentes. As ações em saúde baseavam-se exclusivamente em imposições do Estado, como a vacinação contra varíola na República Velha. A população era responsabilizada pelas epidemias devido a hábitos anti-higiênicos e as campanhas preventivas eram impostas - sem participação popular, já que os mesmos eram vistos como incapazes de refletirem e problematizarem sobre seu processo de adoecimento (VASCONCELOS, 1997).

Ros (2000) relatou que a alta mortalidade infantil na cidade de São Paulo, por volta de 1920, foi atribuída a falta de conhecimento das mães sobre cuidados de higiene com a criança. Assim, por meio de teorias biologicistas e sanitaristas, a comunidade era culpabilizada pela sua situação de miserabilidade, enquanto o Estado permanecia isento de responsabilidade social.

No período pós Segunda Guerra, ideias democráticas espalharam-se a nível mundial. No Brasil, o populismo mantinha a dominação de grupos hegemônicos no poder, porém, com formal participação popular. Discussões acerca da Educação Jovens e Adultos abordaram a necessidade de estimular a reflexão e criticidade dos educandos, e não simplesmente a transmissão de conhecimento. Nesse período Freire destaca-se na abordagem da educação e seu poder transformador de homens e suas realidades (PEREIRA; PEREIRA, 2010).

A ditadura limitou o movimento de Educação Popular, qualificando-o como subversivo e reprimindo movimentos de trabalhadores, estudantes e na universidade. Contra as ideias de Paulo Freire, o governo criou o MOBRAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização), que era contrário a práticas reflexivas e estimulava o individualismo e a concepção de que o indivíduo era unicamente responsável pelo seu sucesso profissional (PEREIRA; PEREIRA, 2010). A saúde concentrou-se no modelo médico hospitalar privado curativista, focado em tecnologia e na indústria farmacêutica.

Durante esse período, a saúde brasileira foi altamente especializada e centralizada em hospitais. Em adição, a abordagem centrada nas doenças e em processos curativos restringiam outras modalidades de práticas em saúde. Grande parcela da população estava alijada dos serviços médicos devido a não contribuírem com a previdência. Reforçando essa situação excludente, a participação popular nas políticas públicas inexistia por conta das peculiaridades desse regime.

O fortalecimento do setor privado, a educação voltada para formação de especialistas médicos focais,

altas taxas de mortalidade, doenças infecto-parasitárias e baixa expectativa de vida levaram a população às ruas por mudanças. Em meados dos anos 1970, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) assumiram discussões a respeito da desvalorização do Ministério da Saúde, perfil de doenças da época, falta de investimento público e planejamento em saúde, hipermedicalização, ausência de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e controle social. Esses movimentos junto a outros grupos da sociedade civil foram fomentadores da reforma sanitária (PAIM, 2008).

A reforma sanitária constitui-se no plano das ideias e debates, entre grupos de médicos, estudantes e profissionais, num momento de extrema resistência ao regime de exceção, imposto pelo golpe militar. Com o processo de redemocratização, diante de pressões da sociedade civil organizada, o Ministério da Saúde de José Sarney convoca a VIII Conferência Nacional de Saúde, com extensa participação popular, na qual deliberou-se a saúde enquanto direito universal e sob direção unificada do Ministério da Saúde. Essas conquistas foram corroboradas pela Constituição Federal de 1988, que traz a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, alicerçando a criação do Sistema Único de Saúde (GAMA, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, com gestão solidária e participativa do Estado, governo e municípios. A participação popular dá-se através de conferências e conselhos, nos quais são deliberadas e propostas ações setoriais. Um dos níveis de assistência do SUS é a Atenção Primária a Saúde (APS), chamada, no Brasil, de atenção básica, no intuito de reforçar que as necessidades de saúde da população devem ser resolvidas majoritariamente nesse nível de atenção e desvincular o preconceito sobre esse nível possuir práticas simples de cuidado. Longe disso, na APS lida-se com casos complexos, tecnologia leve e de alta complexidade, portanto, a capacitação desses profissionais é imprescindível para bom funcionamento do sistema público de saúde (BRASIL, 1997).

A participação popular no SUS está prevista em lei. Dentre as formas participativas, observa-se a individual por meio de cobranças, denúncias e estímulo a conscientizações. As contribuições coletivas ocorrem por meio de grupos sociais com objetivos definidos, como melhoria na qualidade do atendimento em determinado hospital, cobranças por abastecimento de água potável, educação de qualidade e combate a endemias (GUSSO *et al.*, 2019). Os conselhos locais, distritais, municipais, estaduais e nacional de saúde, que são importantes para o protagonismo da população na deliberação de políticas públicas. 50 % são usuários, 25 % trabalhadores, sendo que dentre esses trabalhadores alguns são da própria comunidade e também usuários. Dessa forma, dá-se a possibilidade da democratização nas decisões sobre políticas e gastos em saúde.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui modelo prioritário de APS, alicerçado no vínculo, adscrição de clientela, territorialização. Por consequência, esse modelo permite maior propriedade sobre questões específicas da comunidade e abordagens individualizadas. A ESF mostra-se como terreno fértil para práticas de educação popular devido a inserção territorial na comunidade, abordagem familiar e comunitária, criação de vínculo e longitudinalidade no acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 1997).

4 OLHARES SOBE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROCESSOS DE APREDIZAGEM

4.1 Educação em saúde

A educação em saúde trata-se de uma relação social estabelecida entre profissionais de saúde e os pacientes, na qual busca-se transformar realidades. A educação em saúde pode ser analisada de duas formas opostas. A primeira como maneira de perpetuação de um saber científico hegemônico cujo profissional da saúde é a autoridade, responsável por moldar comportamentos "saudáveis". Assim, configura-se como medida sanitária. A outra concepção trata educação em saúde como

empoderamento da comunidade nos processos de saúde-adoecimento e interferindo nos determinantes sociais de saúde.

Ante esta compreensão, cabe a contextualização e a evolução histórica das práticas educativas na saúde. No século XIX e início do XX, com o processo de industrialização e urbanização, aglomerações urbanas e avanço de doenças infectocontagiosas, segundo Costa (1987), as ações educativas voltavam-se para normatizar e domesticar os indivíduos, definindo hábitos higiênicos e condutas adequadas. A educação em saúde, se assim podia-se definir, servia ao capital, no sentido em que tinha como objetivo principal manter a classe operária economicamente produtiva.

Alves (2004) ressalta que durante a ditadura militar não houve inovações nessas práticas, justamente pela censura e desestímulo a debates reflexivos. Vasconcelos (2011) traz como movimento antagônico ao totalitarismo militar, a Educação Popular em Saúde (EPS). Na década de 1970, profissionais de saúde, influenciados por teorias freirianas, inserem-se nas periferias e zona rural, a fim de vivenciarem as experiências e concepções populares em saúde, da prevenção ao adoecimento. Essa mudança de paradigma baseia-se na dialogicidade, construção coletiva do conhecimento e valorização dos saberes populares.

Ainda segundo Alves (2004) há dois modelos de educação em saúde: o hegemônico e o dialógico. O primeiro é constituído por "depósito" de informações em usuários destituídos do saber, saúde como ausência de doença; nesse modelo, os profissionais detêm o saber técnico, cabendo-lhes liderar ações preventivas. O segundo, surgido na década de 1970, considera a saúde como produção social, importando-lhe saberes e práticas da experiência popular. A comunidade é levada a reflexão e problematização da realidade, tornando-se corresponsável pelos diagnósticos situacionais e ações em saúde.

Contextualizando com a prática em saúde da família: vivenciamos a pandemia por COVID-19 e, a partir da conscientização da comunidade das formas de prevenção, apoio de grupos comunitários (igrejas, candomblé, bares, escolas) e estímulo a criticidade, as ações de combate ao coronavírus serão mais efetivas do que em situações que se limitam a simples panfletagem ou atendimento com prescrições e recomendações verticalizadas.

Portanto, as práticas da comunidade passam a ser compartilhadas com a equipe saúde da família, ambos protagonistas na produção da saúde. O empoderamento da comunidade, o fomento a reflexão e enfrentamento do problema propicia maior efetividade nas ações de combate ao novo coronavírus.

O Ministério da Saúde (2006) considera como processo educativo praticado entre os profissionais e a comunidade visando a construção de conhecimentos. Ressalta-se a participação da gestão: no fornecimento de recursos físicos, nas ações de melhoria das condições de vida da população e na capacitação de profissionais da APS para práticas libertadoras de educação na saúde.

Grande parte das ações de educação em saúde limita-se a modelos de transmissão de conhecimento do profissional para a comunidade. Fato este que não proporciona o processo contínuo de tomada de consciência do mundo, reflexão e modificação da realidade. Trata-se de uma educação bancária (FREIRE, 1987), através da qual o profissional transmite seu conhecimento cientificamente hegemônico para indivíduos singulares com experiências e concepções diferentes sobre o assunto. E a estes indivíduos, lhe são amputados o direito de refletir, problematizar e adaptar o novo conhecimento a sua realidade biopsicossocial, em um processo de pactuação e de soma de saberes. Nesse contexto, é importante refletir sobre os processos de aprendizado.

4.2 O processos de aprendizagem em educação e saúde

Diversas teorias pedagógicas podem ser utilizadas em práticas de educação em saúde, a depender da maneira que o processo é estruturado e desenvolvido. O modelo de transmissão pressupõe alguém

que detém o conhecimento e o transmite para outro ser que ignora determinado saber, ou seja, os sujeitos são tratados como tábula rasa. Esse modelo tende ao fracasso em atividades educativas já que não leva em consideração o conhecimento pré-existente dos envolvidos e seu contexto sócio-histórico-cultural. Um exemplo seria um médico que propõe aulas para seus pacientes e apenas transmite informações sobre as doenças, sem se interessar sobre o que os pacientes sabem e vivenciam.

A pedagogia do condicionamento operante baseia-se na reflexologia e no behaviorismo e sua concepção de estímulo-resposta. Assim, o importante nesse processo é o resultado devido a estímulo-recompensa e não a forma em que o aprendizado acontece. Infelizmente esse tipo de abordagem pode gerar indivíduos sem consciência política, social e sobre sua saúde, arreflexivos, sem criatividade e não colaborativos (BORDENAVE, 1994).

Nessa abordagem pedagógica, os profissionais de saúde desenvolvem suas atribuições sem se preocupar com o contexto sociocultural da comunidade, apenas disponibilizam as informações que julgam necessárias. Pois, os profissionais behavioristas compreendem os pacientes como tábula rasa, desprovidos de reflexão, criticidade e problematização, desconsiderando sua história de vida e experiências. Assim, essa concepção corrobora para uma relação hierarquizada entre profissionais e comunidade.

A teoria humanística do aprendizado foca no ser humano, suas particularidades e interesses no processo de aprender. Sendo sujeito ativo e tendo autonomia e criatividade nesse processo (LIMA *et al.*, 2018). Na prática de formação de agentes comunitários, o fato de cada profissional pesquisar sobre o assunto de interesse, com finalidade pessoal e/ou profissional e compartilhá-lo em reunião de equipe é um exemplo dessa teoria aplicada ao processo de trabalho em saúde.

O modelo cognitivista ou construtivista parte do pressuposto que o conhecimento surge da interação com outros indivíduos e com o mundo (LIBANÊO, 2005). Portanto, como essa abordagem considera que a aprendizagem só ocorre em processos interativos entre sujeito e objeto, compreende-se que a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e a comunidade passa a ser orientada por práticas horizontalizadas, questionadoras de autoridades, proporcionando que todos os envolvidos nas ações de educação em saúde aprendam juntos. Sendo assim, ao participar de uma roda de conversa, o profissional aprende com ações e saberes de outros indivíduos, vice-versa.

A abordagem sociocultural da aprendizagem tem como idealizadores Vygotsky (1984) e Freire (1987), sendo a mais adequada para educação em saúde e popular. Aqui, não se pode aprender sem levar em consideração os contextos sociais, culturais, políticos e econômicos dos sujeitos. Assim, o educar é uma ação interativa entre pessoas, sem hierarquização, na qual todos são sujeitos de um processo dialógico, dialético e colaborativo, modificando e sendo modificados por meio da reflexão problematizadora e da ação nas realidades que os cercam (FREIRE, 1987).

Essa concepção pedagógica compreende que a aprendizagem efetiva-se por intermédio da relação colaborativa do sujeito com o objeto, bem como da relação que esses sujeitos estabelecem consigo mesmos. Ou seja, a aprendizagem ocorre inserida no contexto social dos indivíduos, a partir das possibilidades geradas pelas constantes mediações estabelecidas entre ele e seu contexto sócio-histórico. Assim, destaca-se que todos os profissionais da saúde, em uma relação interativa com a comunidade, contribuem para a construção de conhecimentos, sendo ao mesmo tempo mediadores e mediados (LIRA, 2016).

Para tanto, Vygotsky (1984, p.96) evidencia a relevância de se trabalhar por meio da zona de desenvolvimento real e proximal. A primeira diz respeito as situações que o sujeito realiza com autonomia. A segunda caracteriza-se pelas “funções que ainda não amadureceram, mas que estão em processo de maturação e que estão em estado embrionário. Essas funções poderiam ser chamadas de ‘brotos’ ou ‘flores’ do desenvolvimento, ao invés de frutos do desenvolvimento”. Consequentemente, compreende-se a zona de desenvolvimento proximal como construída pelas

ações que o indivíduos só consegue realizar mediante orientação, colaboração, mediação de um sujeito mais experiente.

Nesta perspectiva, quando o grupo comunitário discute as condições de infraestrutura na unidade de saúde local e as repercussões disso para a qualidade de vida da comunidade, estão realizando um processo de identificação do problema e reflexão dos fatores envolvidos. Isso permite e estimula a comunidade a cobrar seus direitos de saúde, previsto em lei. Nesta situação, observa-se o processo reflexão-ação-reflexão de emancipação cultural.

5 EDUCAÇÃO POPULAR

5.1 Educação popular no contexto da saúde

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP) propõe a educação por meio do diálogo entre sujeitos, valorizando diferentes saberes, culturas e ancestralidade no SUS. Os princípios norteadores dessa política são: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Vamos discutir sucintamente cada conceito desse, segundo Freire (BRASIL, 2013).

A amorosidade é a capacidade humana que permite diálogo na educação e no cuidar. A amorosidade freiriana ganha compromisso quando assume o papel com terceiros. Assim, este termo engloba ouvir o paciente, estar aberto ao diálogo, ao que o outro sujeito tem a dizer e considerar os saberes com mesmo grau de importância. Também refere-se a amorosidade do mundo, não o físico, e sim o das relações humanas (FREIRE, 1996).

A dialogicidade, trazida na PNEP como diálogo, é compartilhamento e o encontro das subjetividades dos indivíduos, seus saberes e críticas num processo humanizado. A problematização corresponde ao momento de análise crítica da realidade, inquietando-se perante questões diversas, detectando problemas e despertando capacidade de modificá-los (FREIRE, 1987).

Consequente, há a emancipação dos sujeitos, a libertação dos submissos e oprimidos por desigualdades socioeconômicas, educacionais, racismo, discriminação de gênero, intolerância religiosa, dentre outras. Essa reação de emancipação só se torna possível por meio de uma educação transformadora. Portanto, a construção compartilhada do conhecimento por meio da amorosidade, humildade e dialogicidade associada a problematização e emancipação cultural permite o desenvolvimento de projetos democráticos e populares em diversos setores da sociedade como a saúde.

A EPS permite a aproximação e o compartilhamento de saberes científicos e populares relacionados direta ou indiretamente a saúde, empoderando a população no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, a participação em práticas de cuidado na unidade de saúde e outros espaços da comunidade e também no controle social do SUS (BRASIL, 2013).

Neste contexto, importa evidenciar que a educação popular surge na América Latina no século XX, disseminando-se mundialmente. A mudança de paradigma no setor da saúde nos últimos anos do regime militar desviou o foco da atenção desses profissionais para comunidade e sua importância em potencial. Sob a égide de Paulo Freire, médicos e outras categorias perceberam que os usuários mais carentes possuíam grande capacidade de salutogênese, resiliência perante ao adoecimento e criatividade para propor soluções colaborativas (FREEMAN, 2018). A educação popular brasileira remota da alfabetização de adultos, marginalizados da educação tradicional, a fim de promover justiça e equidade por meio de laços de solidariedade. O empoderamento desses indivíduos subalternizados por um processo capitalista excludente e cruel era o produto principal dessa educação libertadora e também utópica. Utopia no sentido de propor uma nova organização social:

solidária, amorosa e equânime. E isso se desvelaria pela conscientização da opressão pelos oprimidos e seu protagonismo revolucionário e libertador (FREIRE, 1987).

A educação popular, segundo Vasconcelos (2019), possui cinco dimensões: percepção da realidade, transformação, ação, uma epistemologia e atitude para o educador. A aprendizagem humanístico-libertadora de Freire parte de uma realidade concreta para um desafio dialógico-crítico para modificação do observador (ZITKOSKI, 2010). Para esse educador, nunca se deve curvar a discursos pedagógicos formulados para perpetuar opressão, como podemos observar nas campanhas higienistas comuns, que culpabilizavam os sujeitos pela disseminação de doenças infectocontagiosas, por exemplo.

Há necessidade de dialogar com a comunidade envolvida a fim de compartilhar os saberes sobre tais questões em saúde, bem como avaliar os ambientes e as condições sociais. Ao assumir essa postura, os pacientes tornam-se atores no processo de modificação da realidade e a responsabilidade do Estado em garantir mínimas condições de redução da transmissão de tais doenças torna-se evidente. Assim, revela-se o processo de culpabilização das comunidades pelas políticas higienistas. Esse “reencontro com a pedagogia” resgata a condição de sujeito, combate a alienação e estimula a construção de caminhos no processo social de fazer história (FREIRE, 1987).

A problematização realizada na educação popular surge da incompletude dos saberes, e isso não se refere apenas ao compartilhamento de saberes interdisciplinares da equipe multidisciplinar, mas também do conhecimento popular, dos grupos sociais, das religiões, brincadeiras, espiritualidades e culturas locais. Todos unidos para resolver questões problematizadas, num processo de reflexão-ação-reflexão. Decerto, esse processo de insubordinação mediante a reflexão não é do interesse dos gestores, portanto há tensões entre profissionais da saúde e educação adeptos a essa modalidade e o Estado, legitimador da desigualdade e alienação (FREIRE, 1987).

O sistema não teme o pobre que tem fome. Teme o pobre que sabe pensar. O que mais favorece o neoliberalismo não é a miséria material das massas, mas sua ignorância. Esta ignorância as conduz a esperarem a solução do próprio sistema, consolidando sua condição de massa de manobra. A função central da educação de teor reconstrutivo político é desfazer a condição de massa de manobra, como bem queria Paulo Freire (FREIRE, 2001, p. 320).

A fome e a pobreza são determinantes sociais de saúde, assim a discussão em saúde vai para além do processo de adoecimento por fatores individuais e é de responsabilidade pelas desigualdades reproduzidas pelo Estado Mínimo, que não fornece condições básicas de vida digna, como alimentação, renda, educação, segurança e saúde. Nesse contexto, há necessidade de valorização dos movimentos sociais na educação popular em saúde, já que eles possuem potencial de transformação da sociedade e construção compartilhada de soluções.

Conforme França e Souza (2019) abordam educação em saúde a luz de Freire, pode-se reforçar a educação popular na saúde como estratégia de educação libertadora:

A pedagogia libertadora de Freire (2001) contribui com o rompimento da Educação em Saúde numa perspectiva bancária, pois propõe um trabalho possível de fomentar nos sujeitos atendidos pela escola, a reflexão crítica sobre o mundo que o cerca, o desenvolvimento da autonomia e um processo de emancipação. Assim sendo, a pedagogia libertadora parte do processo de problematização da realidade do educando, estimulando-o a perceber e ler o mundo de modo crítico e reflexivo (FRANÇA; SOUZA, 2019, p.10).

Segundo Vasconcelos (2019), a educação popular parte do pressuposto de que todos indivíduos possuem no seu interior “uma busca de ser mais”, expressão usada por Freire. Essa curiosidade é inerente ao ser humano. Assim, torna-se possível compartilhar e trocar experiências, bem como construir propostas pedagógicas. Os caminhos dessa busca são diversos podendo haver alguns percalços, e o educador deve estar preparado para essas adversidades, por meio do diálogo e da escuta. Muitos sujeitos histórica e cronicamente oprimidos e desumanizados podem reagir agressivamente, já que a opressão causa rancores e sofrimentos. Assim, o ambiente para o diálogo pode se tornar pouco amistoso, exigindo experiência prática e teórica dos profissionais, envolvendo desenvoltura para lidar com situação de repulsa e estranhamento. Esse processo é possível com o diálogo, valorização dos saberes e respeito aos interesses próprios da comunidade. A partir daí, a dialogicidade se estabelece e possibilita a problematização e construção de soluções compartilhadas.

A problematização não envolve apenas conhecimentos acadêmicos de especialistas e multidisciplinariedade. É inerente a valorização do conhecimento popular e dos grupos sociais. Segundo Gusso *et al.* (2019, p.114), “...vindos da intuição, da sensibilidade e da emoção que surgem na arte, na vida espiritual, no envolvimento amoroso, na contemplação, nas brincadeiras, nas festas e na agressividade guerreira.” A solução não esgota a problematização: esta é um processo contínua de busca de novos caminhos para obstáculos do processo de modificação das realidades.

5.2 Experiências em Educação Popular em Saúde

Programas de rádio sobre saúde são formas interessantes de estimular a reflexão em saúde. Geralmente, as informações são acompanhadas de dramatização, participação de convidados e diálogo com o público. Busca-se, com isso, empoderar a população no agir e fazer saúde. Vieira (2011) traz como exemplos o Viva a Vida, da Pastoral da Criança, e o Plantão Saúde, da Oboré, Projetos Especiais, ambos programas de educação em saúde popular exibidos em rádio. Ela ressalta que a Pastoral da Criança também capacita líderes religiosos para realização de rodas de conversa acerca dos temas com a comunidade.

O projeto TAMTAM trata-se de outra experiência em educação popular em saúde. Surgiu num cenário de luta antimanicomial, promoção de saúde mental e física e inclusão de pacientes com transtornos mentais na sociedade através da arte: teatros, pintura, música. Nesse projeto, também a rádio Muleke, onde crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade participavam de apresentações artísticas e atividades educativas.

O Programa Saúde na Escola (PSE) permite o diálogo entre profissionais da saúde, educação, pais e filhos sobre temas envolvendo saúde. Reflexões acerca dos determinantes sociais de saúde possibilitam a comunidade analisar seu adoecimento e o papel do Estado neste. Assim, constitui instrumento de conscientização política e de cidadania. As feiras de saúde são exemplos de atividades na escola que atrela o lúdico ao científico e ao conhecimento popular.

Pulga *et al.* (2005) relata que estudantes de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo (UFFS/PF) desenvolvem atividades de extensão junto a comunidades quilombolas locais, buscando resgatar a ancestralidade, equidade, promoção de saúde e parceria entre a comunidade e os profissionais. Há um compartilhamento entre saberes científicos e populares por meio de atividades lúdicas como dramatização. Histórias sobre a resistência negra são contadas pela população aos acadêmicos.

A vivência em comunidade e o contato com a cultura local são importantíssimos para aproximação dos sujeitos e a compreensão do processo de adoecimento dessa população devido a negligência do Estado. Essa formação dos médicos é inerente para formar profissionais mais humanistas e abertos ao diálogo. Esses espaços de educação popular nos quilombos também estimulam discussões sobre racismo, processo histórico de marginalização do povo negro e a necessidade de políticas e ações

afirmativas. Assim, funcionam como espaço de organização de movimentos sociais para exigir melhores condições de vida ao governo e equidade.

O movimento de revitalização dos saberes e práticas populares em Paritins/AM mostra-se importante na aproximação dos profissionais com conhecimentos milenares e populares acerca de fitoterapia, por exemplo (BRASIL, 2014). Apesar da indústria farmacêutica ter monopolizado o tratamento de doenças, nos grupos minoritários, o uso de fitoterapia popular mostra-se muito prevalente. Portanto, o diálogo com a comunidade e lideranças religiosas/benzedadeiras/pajés é importante no sentido de estabelecimento de vínculo e construção de um projeto terapêutico dialógico, amoroso e horizontal. Isso não exclui o uso de medicações alopáticas.

Os movimentos sociais em saúde também constituem ou são fruto da EPS. Alguns exemplos a serem citados são a organização lideradas por donas de casa com apoio de estudantes de medicina para implantação da atenção básica a saúde no bairro do Jardim Nordeste, em São Paulo, na década de 1970. Com a consequente criação de um conselho de saúde, com voto popular, inclusive de analfabetos. Esse conselho nos anos 1980 reuniu-se buscando elencar medidas a serem cobradas às autoridades gestoras da saúde: melhoria dos centros de saúde, saneamento básico e medicina pública para todos. Esse movimento da Zona Leste levou propostas que seriam debatidas na VII Conferência Nacional de Saúde (STOTZ *et al.*, 2013). O movimento feminista também protagonizou como grupo social autônomo e consciente de suas necessidades em saúde levando a criação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, reforçando a luta pela saúde sexual, reprodutiva, autonomia da mulher e luta antiviência contra mulheres.

Em Pintadas, na Bahia, em 1990, a Comunidade Eclesial de Base e pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais daquele município decidiram lutar por terras e se candidatarem na eleição. Houve participação de médicos do departamento de medicina social e preventiva da Universidade Federal da Bahia para discussões acerca das necessidades daquela comunidade e criação de um plano municipal. As discussões eram realizadas em assembleias populares e os sujeitos eram estimulados a refletir sobre os principais problemas, as suas causas, medidas de enfrentamento e os respectivos responsáveis. Essa experiência baiana mostra o poder do diálogo entre profissionais da saúde e a comunidade na construção de um processo de reflexão-ação-reflexão, na conscientização das necessidades da comunidade, nos processos de adoecimento e fazer saúde e de luta social por mudanças (SOTZ *et al.*, 2013).

5.3 Capacitação dos profissionais para EPS

A formação acadêmica de profissionais de saúde, após a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação em saúde, vêm se adaptando para formar profissionais capacitados para atendimento integral e atuação no SUS, dentre esses requisitos estão as práticas educativas comunitárias (AMARAL *et al.*, 2014). No entanto, essa mudança nas graduações ocorrem de maneiras diversas, por conta de interesses individuais, ideológicos, corporativistas e neoliberais.

Segundo Freire (1988), o homem consegue adquirir o conhecimento apenas como sujeito. Assim o compartilhamento de conhecimentos populares da ancestralidade e científicos é de extrema importância no protagonismo da comunidade no agir em saúde. Ao profissional que se propõe cuidar de pacientes, é indispensável a relação de confiança, vínculo e cumplicidade, e essa é adquirida quando esse se interessa nos saberes do outro.

Nesse âmbito, a integração ensino-serviço-comunidade vem sendo adotada na formação de profissionais de saúde (DIAS *et al.*, 2013). Com isso, busca-se aproximação mais precoce com realidades, saberes e culturas locais, o que possibilita abordagens dialógicas e integrais em serviços de saúde, principalmente na atenção primária a saúde.

As ações educativas na APS ainda estão muito destoantes do preconizado por manuais, reproduzindo

práticas verticalizadas, prescritivas e distantes das realidades dos sujeitos, conforme Fernandes e Backes (2010) afirmam. Muitas atividades de educação em saúde buscam estabelecer normas cientificamente aceitáveis a serem seguidas pelos pacientes, não havendo diálogo e pactuações, nem construção de saberes. A subalternização do conhecimento popular acontece frequentemente, portanto, é preciso repensar tais práticas a partir dos ciclos básicos da formação acadêmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A emergência da educação popular em saúde revela a necessidade do desenvolvimento de práticas dialógicas, dialéticas e colaborativas entre os profissionais de saúde e a comunidade, permitindo a criação de espaços formativos que horizontalize a relação entre esses sujeitos. Sendo assim, possibilita uma interlocução alicerçada na sistemática ação-reflexão-ação, promovendo uma educação crítica, reflexiva e problematizadora da realidade sociocultural em que estão inseridos, potencializando o surgimento de coletivos inteligentes.

A carência na formação de profissionais de saúde no campo da educação popular e a falta de interesse de gestores constituem barreiras a EPS. A implementação dessas estratégias pedagógicas possibilita a emancipação dos sujeitos, protagonismo dos mesmos no seu processo saúde-doença, consciência dos determinantes sociais de saúde e as responsabilidades cabíveis aos gestores. Assim, é imprescindível a inserção dos graduandos de saúde o mais precoce possível nas ações comunitárias para aperfeiçoamento de habilidades envolvidas nessa prática pedagógica.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9. p. 39-52, 2005.

AMARAL et al. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 18. p. 1547-1558, 2014.

ANTONOVSKY, A. Health. **Stress and Coping**. São Francisco: Jossey-Bass, 1979.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.** v. 26, n.1, p. 11-20, 2016.

BORDENAVE, JD. Alguns fatores pedagógicos. [Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/ supervisor da área da saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS]. Brasília, 1994.

CARTA DE OTTAWA. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: . Acesso em: 25 de agosto de 2020.

COSTA, NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cad Cedes**. Vol. 4, 1987. p. 5-27.

DEMO, Pedro. Conhecimento e aprendizagem: Conhecimento de Paulo Freire. Buenos Aires: Clacso, 2001.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010

FRANÇA, Marcus V. Sacramento; SOUZA, Marcos V. Castro. Pressupostos para a construção de uma rede colaborativa em educação em saúde: olhares sobre o programa saúde na escola. In: XIII Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade, XIII, 2019, São Cristóvão. Anais do XIII Educon. São Cristóvão: UFSE, set 2019, p. 1-13.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 4. ed. Rio de

Janeiro: Paz e Terra, 1997

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo; HORTON, Myles. **O caminho se faz caminhando; conversas sobre educação e mudança social.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FREEMAN, Thomas R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney.** Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 265-292.

GAMA, L.A. Educação popular em saúde: reflexões sobre os conceitos e a prática de estudantes de medicina da UFSC [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

GORDON, Israel *et al.* That damned word health. **The Lancet.** v. 272, p.638-639, set, 1958.

GUSSO *et al.* **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 112-117.

LIBÂNEO, J.C. Educação Escolar: políticas, estrutura e organização. São Paulo: Cortêz, 2005.
LIMA, D.L.; BARBOZA, Z.C.L.; PEIXOTO, S.P.L. Teoria Humanística: Carl Rogers e a Educação. Ciências humanas e sociais. v. 4, p. 161-167, maio, 2018.

LIRA, Bruno Carneiro. **Práticas pedagógicas para o século XXI: a sociointeração digital e o humanismo ético.** Petropolis: Vozes, 2016.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** v.32 n. 4, dez, 2008.

PEREIRA, DFF; PEREIRA, ET. Revisitando a história da Educação Popular no Brasil: em busca de um outro mundo possível. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.40, p. 72-89, dez, 2010.

PAIM, JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PULGA *et al.* **Educação Popular, Equidade e Saúde - Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: ferramentas nas relações de ensino e aprendizado.** 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52, p. 546-53, 2005.

ROS, M.A.D. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck.** Tese de Doutorado em Educação e Ciência. Florianópolis: CED, UFSC, 2000.

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

VASCONCELOS, M. *et al.* Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009.

VIEIRA, BT. Rádio a serviço da saúde. **Revista Alter Jor.** v. 2, 4. ed. São Paulo: ECA USP, 2011.

STOTZ, Eduardo Navarro *et al.* Movimentos sociais e saúde. **Cadernos de Monitoramento Epidemiológico e Ambiental**, n. 4, p. 1-19.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

ZITKOSKI, Jaime José. Diálogo/Dialogicidade. In: STRECK, Danilo R; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José. **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. rev. e ampl. Belo horizonte: Autêntica, 2010.

* Autor. Médico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA/FAMEB), Especialista em Atenção Básica à Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Residente em Medicina de Família e Comunidade pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Atua como médico da Estratégia Saúde da Família em Salvador/BA. E-mail.:marcus90franca@gmail.com

** Coautor. Doutorando em Difusão do Conhecimento pelo Programa de Pós-Graduação Multi-Institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento (DMMDC), Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Grupo de Pesquisa Gestão, Trabalho e Educação, da UNEB. Coordenador Pedagógico da Rede Municipal de Ensino de Salvador/BA. E-mail: vinicastro2@hotmail.com