



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

DANIELA D'ARAÚJO SOUSA

**A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.**

CAMPINA GRANDE – PB

2021

DANIELA D`ARAÚJO SOUSA

**A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
submetido ao Departamento de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
em cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Me Sandra Amélia
Sampaio Silveira.

CAMPINA GRANDE – PB

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S725e Sousa, Daniela D Araujo.
A educação popular em saúde e sua contribuição na estratégia saúde da família [manuscrito] : algumas considerações / Daniela D Araujo Sousa. - 2021.
26 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2021.

"Orientação : Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. SUS. 2. Educação popular em saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Atenção básica. I. Título

21. ed. CDD 361.3

DANIELA D'ARAÚJO SOUSA

**A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
submetido ao Departamento de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
em cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 08/10/2021

BANCA EXAMINADORA

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof. Me Sandra Amélia Sampaio Silveira (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

M. S. Souza

Prof. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Thereza Karla de Souza Melo

Profa. Me Thereza Karla de Souza Melo

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

CAMPINA GRANDE – PB

2021

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL.....	08
3.A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	15
4. A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	23

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.

Daniela D`Araújo Sousa¹

RESUMO

O presente artigo faz uma análise acerca da Educação Popular em Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da discussão da Política de Saúde no Brasil e dos impactos das contrarreformas no SUS. Objetiva analisar a importância da educação popular na Estratégia Saúde da Família, identificando as possíveis contribuições desta e sua importância na ESF. O tipo de pesquisa realizado foi a bibliográfica e documental. Os dados da pesquisa foram coletados em fontes secundárias (documentais e bibliográficas), tais como: na Política de Atenção Básica, na Política de Educação em Saúde, na Constituição Federal de 1988 e nas demais legislações em vigor relacionadas ao objeto de estudo, bem como a partir de publicações em periódicos que tratam do tema proposto. Na análise dos dados, nos pautamos no método crítico dialético. O estudo nos possibilitou identificar que a Educação Popular na Estratégia Saúde da Família, mesmo diante do cenário de negação de direitos propagado pelas políticas neoliberais, tende a contribuir para o fortalecimento dos vínculos entre os profissionais e os usuários dos serviços, podendo tornar as práticas desenvolvidas mais humanizadas, além de proporcionar aos usuários, elementos para uma leitura crítica de sua realidade e a construção de saberes acerca do processo saúde-doença, como sujeitos ativos no desenvolvimento de práticas que venham a contribuir para sua qualidade de vida.

Palavras Chave: SUS. Educação Popular em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica.

ABSTRACT

This article analyzes Popular Health Education in the Family Health Strategy (ESF), based on the discussion of the Health Policy in Brazil and the impacts of counter-reforms in the SUS. It aims to analyze the importance of popular education in the Family Health Strategy, identifying its possible contributions and its importance in the ESF. The type of research carried out was bibliographical and documentary. The research data were collected from secondary sources (documentary and bibliographic), such as: the Primary Care Policy, the Health Education Policy, the Federal Constitution of 1988 and other legislation in force related to the object of study, as well as from publications in journals dealing with the proposed theme. In data analysis, we are guided by the critical dialectical method. The study allowed us to identify that Popular

¹ Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I. E-mail: danieladaraujo@hotmail.com

Education in the Family Health Strategy, even in the face of the denial of rights propagated by neoliberal policies, tends to contribute to the strengthening of bonds between professionals and service users, which can make the practices developed more humanized, in addition to providing users with elements for a critical reading of their reality and the construction of knowledge about the health-disease process, as active subjects in the development of practices that will contribute to their quality of life.

Keywords: SUS; Popular Education in Health; Family Health Strategy; Primary Care.

1. INTRODUÇÃO

É sabido que o processo histórico das políticas de saúde encontra-se diretamente relacionado às transformações político-sociais e econômicas da sociedade brasileira e devem ser analisadas sob a ótica das contradições e determinações do desenvolvimento do modo de produção do capital. Logo, a lógica desse processo histórico e das determinações econômicas, sociais e políticas que o constituem, insere-se num movimento dialético passível de avanços e recuos, uma vez que este encontra-se sob as determinações do avanço das políticas sociais desenvolvidas na sociedade capitalista neoliberal e das contrarreformas na Política de Seguridade Social que impactam diretamente na política de saúde e nos serviços operacionalizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a saúde assume uma perspectiva fragmentada, que não abarca a totalidade da vida social e nem a concepção de universalidade prevista na legislação vigente.

O direito à saúde ganha maior visibilidade no Brasil a partir da década de 1970, com um processo de politização e amplo debate em saúde, realizado pelo Movimento de Reforma Sanitária. É com esse movimento em defesa da saúde, que se amplia o conceito de saúde, a qual passa a ser compreendida não apenas como a ausência de doença, não podendo, portanto, ser resumida ao aspecto biológico, mas relaciona-se com o contexto social, econômico e psíquico.

Na atual conjuntura, a saúde pública brasileira, materializada através do SUS, enfrenta dificuldades em sua operacionalização, principalmente após a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95 que congela por 20 anos os recursos das políticas sociais, com o objetivo de reduzir os gastos públicos. Aprovada no governo Temer, tal emenda é aprofundada no governo Bolsonaro, com ampliação do desmonte das políticas sociais e, conseqüentemente, da política de saúde pública brasileira.

A Política Nacional de Atenção Básica, nesse contexto, sofre algumas alterações, as quais apresentam descontinuidades e retrocessos em sua operacionalização. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 traz em sua formulação implicações para a Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como para a Educação Popular em Saúde (EPS), uma vez que ela recorre a elementos, posturas e/ou mecanismos que se reportam ao modelo tradicional de atenção básica à saúde em detrimento da ESF.

Pensar a Estratégia Saúde da Família, dentro de uma perspectiva crítica que abarque a totalidade da vida social, requer compreender, que a ESF contribui para uma atenção básica diferenciada do modelo tradicional de atendimento que se tinha antes, em que se verifica a presença das dimensões preventivas, promocionais e curativas no cuidado à saúde. A partir desses elementos, podemos compreender que a educação em saúde tem a potencialidade de trazer significativas contribuições para o desenvolvimento das ações presentes nesse processo.

A educação popular na ESF pode ser pensada como um “instrumento” que contribui para a aproximação e fortalecimento de vínculos entre os profissionais e as famílias usuárias dos serviços, promovendo um atendimento mais humanizado, que busca alcançar, por meio da educação, articulada com as práticas de prevenção e promoção da saúde, uma melhoria na qualidade de vida dessas famílias.

O interesse pela temática da educação em saúde na ESF surgiu mediante a experiência profissional² desenvolvida na Unidade Básica de Saúde do Manguape, no Município de São Sebastião de Lagoa de Roça - PB, em que se observou que a partir das rodas de conversas, do diálogo, da forma como as informações eram socializadas, ocorre uma troca de saberes, considerando a cultura dos usuários e de sua vivência. Há, portanto, uma mediação que possibilita a aproximação entre usuário e profissional, viabilizada por uma prática de Educação Popular em Saúde, em que o conhecimento é discutido e construído de forma simples, para que todos possam compreender. A partir dessa observação, verificou-se que a educação popular contribui para romper o distanciamento entre os profissionais e os usuários, bem como com a forma hierarquizada de transmissão do conhecimento, o que motivou a pesquisa acerca da temática proposta.

Faz-se necessário destacar que a formação em Serviço Social (especialmente o componente curricular Tópicos Especiais em Saúde) e a observação acerca da luta diária pelo acesso aos direitos sociais dos usuários no âmbito da saúde, contribuiu para a percepção de que a incorporação da Educação Popular na Estratégia Saúde da Família tem grande importância para a superação das práticas conservadoras. A competência de atuar junto às manifestações da questão social, neste espaço sócio-ocupacional, na busca pela efetivação dos direitos sociais e o pleno desenvolvimento da cidadania, propicia uma concepção ancorada na proteção e recuperação da saúde, mediante práticas que incorporem o cotidiano vivenciado pelas famílias usuárias dos serviços.

O tipo de pesquisa realizado foi a bibliográfica e documental. Os dados da pesquisa foram coletados em fontes secundárias (documentais e bibliográficas), tais como: na Política de Atenção Básica, na Política de Educação em Saúde, na Constituição Federal de 1988 e nas demais legislações em vigor relacionadas ao objeto de estudo, bem como a partir de publicações em periódicos que tratam do tema proposto. Na análise dos dados, nos pautamos no método crítico dialético.

Diante do exposto, o presente trabalho, que teve como objetivo analisar a importância da Educação Popular na Estratégia Saúde da Família e suas

² Efetivada na Instituição desde 2010, com atuação na Atenção Primária como técnica em enfermagem.

possíveis contribuições para a melhoria na qualidade de vida das pessoas envolvidas, está estruturado em três partes principais:

Na primeira seção, contextualizamos a saúde no Brasil em um breve resgate do seu processo histórico, buscando problematizar as modificações e/ou configurações da Política de Saúde e as contradições inerentes ao modo de produção do capital e do neoliberalismo no trato da saúde pública brasileira.

Na segunda seção, abordamos a Estratégia Saúde da Família, problematizando-a no âmbito das contradições neoliberais, destacando que apesar dos limites encontrados neste contexto, favorece uma interlocução entre profissionais de saúde e usuários, que pode fomentar espaços de participação, especialmente através do desenvolvimento da Educação Popular.

Na terceira seção, traçamos uma discussão sobre a Educação Popular em Saúde na Estratégia Saúde da Família, refletindo acerca de suas possíveis contribuições na operacionalização dos serviços ofertados pelo SUS, na promoção das ações preventivas e curativas e, de modo geral, no cuidado à saúde da população.

Também tecemos algumas considerações finais, destacando sinteticamente as perspectivas e contribuições da Educação Popular em Saúde na Estratégia Saúde da Família, identificadas ao longo da pesquisa.

2. BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

A saúde configura-se, de acordo com a Constituição Federal de 1988 em seu art. 196, como um direito de todos e dever do Estado. Possui caráter universal, sendo garantida mediante políticas sociais públicas.

No entanto, para compreendermos a saúde como ela apresenta-se hoje, é necessário conhecermos, ainda que de forma breve, sua trajetória histórica antes da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 até a implantação do SUS. Ao analisarmos a configuração da saúde no Brasil, percebemos que antes da década de 1980 o sistema de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social (medicina previdenciária), aqueles que não tinham vínculo empregatício que garantisse acesso à proteção previdenciária, ou não dispunham de poder aquisitivo para pagar por serviços de saúde privados, dependiam da caridade e da filantropia.

A saúde, portanto, ainda não era reconhecida como uma expressão da questão social³, e não se configurava como prioridade, de modo que a contribuição previdenciária dos trabalhadores era direcionada para o investimento na economia. (PAIM, 2009).

Nesse contexto, a saúde era encarada como ausência de doença, não havia a análise acerca dos determinantes sociais. “Como o direito à saúde não estava vinculado à condição da cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares”. (PAIM, 2009, p. 33).

³ A questão social configura-se como a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e burguesia. Podemos compreendê-la a partir da inserção da classe operária no cenário político da sociedade, a qual passa a exigir seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado e reclama outro tipo de intervenção que vá além da caridade e repressão. (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014).

De acordo com Carvalho (2013, p. 7), ao analisar a trajetória da saúde no país, percebe-se que:

A história dos cuidados com saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia. Mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico. [...] (CARVALHO, 2013, p. 7).

Em 1920, no mundo todo ocorre a eclosão da questão social atrelada ao processo de industrialização, logo, a saúde passa a ser vista como expressão da questão social, caracterizando-se como um problema que exigia respostas da sociedade e do poder público. Paim (2009) explica que, no campo da saúde pública, após críticas e resistência da população no tocante à forma autoritária de condução dos serviços de saúde, houve o surgimento de propostas de educação sanitária e de criação de centros de saúde.

Com relação à saúde pública na década de 1930, Paim (2009, p. 31) esclarece que:

Este tipo de saúde não tinha qualquer integração com a medicina previdenciária implantada nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), nem com a saúde do trabalhador. Separa, artificialmente, a prevenção e a cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde.

A partir das décadas de 1940-1950 a prática médica passa por profundas transformações, ampliam-se a assistência médico-hospitalar e os serviços médicos próprios dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), crescem também os convênios e contratos da previdência com os hospitais particulares e beneficentes. Nesse sentido, “o exercício liberal da medicina ia sendo substituído por vínculos empregatícios dos médicos com o poder público e com empresas”. (PAIM, 2009, 34). Assim,

Tanto a medicina liberal quanto a medicina empresarial submetem-se à lógica do mercado, especialmente quando a demanda é condicionada pelo poder de compra do cliente, em vez de determinada pela natureza da necessidade ou do sofrimento do paciente. (PAIM, 2009, p. 36)

No tocante à iniciativa privada de saúde no Brasil, pode-se destacar o Setor de Saúde Suplementar (SAMS), que compreendia empresas de seguro saúde, as quais vendiam diversos planos de saúde no mercado, nas modalidades de autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas. (PAIM, 2009).

O governo Juscelino Kubitschek teve grande influência na indústria farmacêutica, deixando ainda mais forte a assistência médico hospitalar, em oposição à saúde pública, com a política de compra de serviços, diagnósticos e terapêuticos no setor privado. Na ditadura militar, a privatização e a corrupção foram reforçadas. “A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu”. (BRAVO, 2001, p. 6-7).

Na década de 1970, ocorre a crise do sistema de saúde. Estudo realizado no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), nesse período, descrevia a saúde como: insuficiente, descoordenada, inadequada, ineficiente e ineficaz. Segundo o autor, além dos adjetivos explicitados o sistema ainda contava com mais adjetivos que o caracterizariam, como: autoritário, centralizado, corrupto e injusto. (PAIM 2009).

A forma encontrada para enfrentar as problemáticas de saúde foi a organização em 1970, de um movimento social composto de estudantes, pesquisadores, segmentos populares e profissionais de saúde, o qual propunha a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM, 2009).

Após diversas lutas empreendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária⁴, com a Constituição Federal da República (CF/88) em 1988, a saúde passa a ser reconhecida como um direito social, cabendo ao Poder Público a obrigação de garanti-lo. “Pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social [...]”. (PAIM, 2009, p. 43). Tal movimento tem um significado relevante neste contexto, por constituir-se em torno da busca de uma reforma social estruturada na democratização e *politização da saúde* – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior à *mudança da norma constitucional* – com a incorporação do direito à saúde como direito público e universal, numa concepção ampliada de saúde; e *alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais*.

Nesse sentido, a CF/88 institui o SUS, que se configura como um conjunto de ações públicas de saúde e apresenta as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

O SUS constitui-se como uma grande conquista da sociedade no tocante a assistência à saúde da população. Configura-se como uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania. (BRASIL, 2011).

De acordo com Simões (2014), o SUS é estruturado através da regionalização, que implica sua adequação às diferenças regionais, pela hierarquização de suas diversas instâncias operacionais, sob comando único, e pela integração dessas instâncias em nível nacional, estadual e municipal.

Corroborando com o autor anteriormente citado, Paim (2009) entende que a organização do SUS a partir de uma rede regionalizada possibilita a disseminação e descentralização dos serviços básicos ofertados, além de propiciar a distribuição dos estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais, entre outros) em um determinado território. Neste sentido, o SUS é organizado mediante uma rede de serviços de atenção básica, de média complexidade e alta complexidade.

Para Gottens e Pires (2009), a organização do SUS por níveis de complexidade propicia a oferta de serviços de atenção básica próximos da população. Já os de média e alta complexidades são regionalizados e

⁴ Movimento que surgiu na década de 1970 no bojo de processos de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira. É articulado por intelectuais, trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais, os quais reivindicaram mudanças no tocante à saúde no país. (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

localizados em emergências, ambulatorios de especialidades e internações hospitalares.

As principais atribuições do SUS estão especificadas no art. 200 da CF/88, a saber:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988, p. 65).

No dizer de Paim (2009), a Constituição especifica ainda que o SUS está organizado a partir de três diretrizes fundamentais: descentralização, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Em 1990, foi criada a Lei 8.080/90, a qual tem abrangência em todo o território nacional e versa sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo ainda que a saúde configura-se como um direito fundamental inerente ao ser humano, e o Estado tem a responsabilidade de prover as condições necessárias ao seu pleno exercício.

Com a promulgação da CF/88, portanto, a saúde passa a ser percebida a partir de uma dimensão social ancorada num conceito ampliado, o qual leva em consideração os determinantes sociais, apresentando como fatores determinantes e/ou condicionantes a alimentação, a moradia, saneamento básico, meio ambiente, educação, renda, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros. (PAIM, 2009).

No entanto, Paim (2019, p. 22) indica que o SUS vem enfrentando alguns percalços, a saber:

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil mudou muito no âmbito da saúde. Não obstante os avanços importantes, persistem problemas antigos e novos têm surgido, de modo que o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde, via consolidação do SUS, não foi alcançado.

Sabe-se que o SUS vem sofrendo um desmonte pautado em uma política de mercantilização da saúde, mediante um caráter privatista e de austeridade, o qual obteve um aprofundamento considerável desde o golpe de 2016 e, concomitantemente, a entrada de Temer na arena política, o qual centra-se na lógica privatista, funcional ao capital e posteriormente intensifica-

se ainda mais com a instituição do governo de extrema direita de Jair Bolsonaro, em 2018.

No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais. (BRAVO; PELAEZ, 2020, p.5).

Para Bravo e Pelaez (2020), no governo Temer, o Estado brasileiro apresenta uma aceleração e intensificação no desmonte das políticas sociais. Verifica-se que no governo Bolsonaro tem-se um aprofundamento das contrarreformas iniciadas por Temer.

Cumpra ressaltar, algumas medidas drásticas tomadas por Temer, a saber: além da Emenda Constitucional 95, a qual congela os gastos públicos por 20 anos, merece destaque a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, a qual pode ser compreendida como uma organização de atenção Básica que não contempla o princípio de centralidade da saúde da família, uma vez que institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais, os quais não incluem a presença de agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, “a chamada nova política de atenção básica” estabelece uma diferenciação entre ações e serviços básicos e estratégicos. Esse fator pode implicar seletividade, estabelecendo um processo de diferenciação do acesso da população à atenção básica. (BRAVO; PELAEZ, 2020).

Nesse sentido, o avanço do projeto privatista na saúde – hoje reivindicando o SUS possível, ou seja, o SUS para pobres, e para os demais, aquisição de serviços no mercado – é uma realidade em grande parte das unidades de saúde “[...] O desconhecimento e compreensão dos projetos de saúde em disputa na sociedade favorece o avanço de políticas focalistas e excludentes em detrimento do SUS, uma política universalista, com controle social”. (VASCONCELOS; LOPES; PINTO, 2017, p. 60).

A esse respeito, Paim (2019, p. 20) faz a seguinte consideração:

O SUS sofreu sérios obstáculos no seu desenvolvimento histórico diante do subfinanciamento crônico e da falta de prioridade pelos governos após a promulgação da Constituição de 1988. Enfrenta, presentemente, ameaças à sua consolidação e o risco de desmonte ante as políticas econômicas ultraliberais no plano interno e, internacionalmente [...] Apesar das conquistas significativas, os problemas, obstáculos e desafios enfrentados pelo SUS nas três últimas décadas adquirem ainda maior proeminência diante das crises econômica e política desde 2014, especialmente decorrente das consequências do golpe parlamentar-midiático de 2016 e dos resultados das eleições presidenciais de 2018. Assim, o SUS não foi

consolidado como um sistema de saúde universal, tal como proposto pela RSB e assegurado pela Constituição.

O ataque a saúde/SUS encontra-se correlacionado na busca pela substituição dos serviços públicos ofertados, por um sistema de saúde segmentado e fragmentado.(PAIM, 2019).

É em meio a esse cenário que surge a pandemia do novo coronavírus⁵. A pandemia da covid-19 revelou a vulnerabilidade brasileira na área da saúde, evidenciando uma crise sanitária sem precedentes. Ao mesmo tempo explicitou o tamanho da dependência brasileira no âmbito da saúde (dependência tecnológica e produtiva), mas não podemos deixar de mencionar que esse cenário nefasto mostra a importância do SUS para a sociedade. (RADIS, 2020).

[...] a pandemia da COVID-19 chega ao Brasil. Com sua histórica desigualdade social e com anos de destruição do SUS, apesar das resistências, vemos no horizonte imensas dificuldades de se pensar um futuro tranquilo para esse quadro desolador que a pandemia tem gerado nos países por onde, antecipadamente, já passou. (MATOS, 2020, p. 238).

A pandemia encontra um terreno bastante vulnerável no campo da saúde, esse fator dificulta a construção de estratégias ao seu enfrentamento. Entretanto, não podemos esquecer a forte atuação do SUS, mesmo sofrendo tantos ataques e dificuldades em sua operacionalização.

De acordo com Matos (2020, p. 239), é possível vislumbrarmos algumas recomposições dos serviços ofertados pelo SUS, a saber:

A pandemia impôs aos serviços de saúde reestruturações: suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatórios especializados e hospitais; “transformação” de leitos direcionados para os agravos decorrentes da COVID-19; suspensão de consultas ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações e etc. Cada serviço de saúde estabeleceu suas prioridades de atendimento.

A pandemia da covid-19⁶ contribuiu para mostrar a importância dos sistemas públicos de saúde e de seguridade social, deixando claro que o mercado jamais poderá substituir o Estado no provimento das políticas sociais e/ou bem-estar social. Demonstrou também a necessidade da construção de alternativas solidárias ao seu enfrentamento e que é imprescindível abolir as políticas econômicas de viés liberal. (PONTE, 2020).

A partir dessas considerações, é possível perceber as dificuldades enfrentadas pelo SUS em sua implementação e efetivação, bem como os desafios enfrentados em sua operacionalização, principalmente no momento de fragilidade atual em decorrência das implicações ocasionadas pela

⁵ [...] O termo “pandemia” significa que a circulação da doença ocorre em todo o mundo ao mesmo tempo — e não está mais localizada em uma única região do globo. [...] O Brasil registrou a primeira ocorrência em 26 de fevereiro. (RADIS, 2011, p. 5).

⁶ A pandemia da covid-19 vem causando consequências econômicas, políticas e sociais, configurando-se como a maior crise sanitária da humanidade. (SOARES; CORREIA; SOUSA, 2021, p. 119-120).

pandemia do covid-19 e da postura negacionista assumida pelo atual Presidente Jair Bolsonaro. Mesmo diante de tantos percalços, o SUS constitui-se como um sistema de grande abrangência que tenta garantir à sociedade a universalização da saúde e busca, por meio de sua organização, chegar cada vez mais perto da população.

Além dos fatores supracitados, percebe-se que a Pandemia também evidenciou a face mais cruel do atual governo, sua posição negacionista e genocida, o qual age com má intenção e irresponsabilidade. Tal postura configura-se como mais um ataque à população, à ciência e concomitantemente à saúde pública/SUS.

Nesse sentido, Soares, Correia e Santos (2021, p. 123), compreendem que:

Diante do exposto, pode-se afirmar que a pandemia da covid-19 no Brasil desvelou ainda mais o projeto profascista do governo Bolsonaro, que contribuiu de forma decisiva para a morte de milhares de brasileiros, sobretudo pretos e pobres. Ao não investir recursos suficientes e de forma racional, ao não articular a política em nível federal, ao apresentar um discurso negacionista e não alinhado com as recomendações da OMS e ao desestruturar tecnicamente o órgão gestor máximo da política de saúde. Enfim, ao contrário de articular e organizar o enfrentamento, a política de saúde do governo federal desarticulou e desorganizou as respostas necessárias e urgentes requeridas.

O Brasil enfrenta, além de uma crise sanitária de extrema complexidade, uma política de saúde sob a gestão de um governo⁷ negacionista, profascista e conservador ultraliberal, o qual promove por meio de suas ações perversas um processo de desarticulação e desestruturação técnica no que concerne ao enfrentamento da pandemia da covid-19, o que acarretou e/ou acarreta, precisamente, a morte de milhares de brasileiros(as) vítimas do descaso do governo Federal. Esse fator evidencia a racionalidade destrutiva da sociabilidade contemporânea e explicita a necessidade e importância do SUS, bem como a relevância do Projeto de Reforma Sanitária. (SOARES, CORREIA, SANTOS, 2021).

Faz-se necessário destacar, que diante desse contexto, a atuação do assistente social no enfrentamento à pandemia, caracteriza-se como de fundamental importância/relevância, pois suas ações propiciam:

[...] respostas mais qualificadas às demandas complexas da crise sanitária e das expressões da questão social, a partir de estratégias coletivas de reflexão sobre a realidade e o planejamento, articulações interna e externa aos serviços, inclusive junto aos movimentos sociais, potencializando o tensionamento dos limites da relativa autonomia profissional, na defesa do SUS, da reforma sanitária e de

⁷ Em função de seu projeto de extrema direita e em decorrência da adoção de uma política genocida, o governo federal, no contexto da maior crise sanitária de dimensão planetária, tem minimizado a pandemia da covid-19, expondo, assim, seu caráter negacionista, ultraliberal e profascista, o qual não considera as evidências científicas e que ao naturalizar as mortes, provoca a flexibilização das medidas e orientações recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, agindo dessa forma, pelos ditames do mercado e não pela emergência de sobrevivência da população em geral. (SOARES, CORREIA; SANTOS, 2021).

uma sociabilidade emancipada. Enfim, na resistência pela vida de todos(as) e contra a barbárie. (SOARES, CORREIA; SANTOS, 2021, p. 130).

Partindo desse pressuposto, compreende-se que a situação emergencial desencadeada pela pandemia da covid-19 reafirma o protagonismo da categoria profissional junto a sociedade brasileira, uma vez que o assistente social atua diretamente nas expressões da questão social e configura-se como mediador dos serviços assistenciais de saúde.

A partir dos elementos discutidos até aqui, abordaremos no tópico a seguir a Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua importância na reorganização do SUS, o qual busca a construção de vínculos (mediante um atendimento cada vez mais próximo da realidade dos usuários) e a “quebra” e/ou substituição do modelo tradicional de saúde.

3. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Não é possível falar da ESF, sem antes situar que a proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) ganha força no cenário internacional a partir da Conferência de Alma-Ata, na década de 1970, que amplia a concepção de atenção à saúde ao questionar o modelo biomédico e caracterizar a saúde como um direito humano fundamental. (OMS, 1978 apud VASCONCELOS; SILVEIRA; XAVIER, 2017).

A APS vincula-se, portanto, a um novo paradigma de saúde, em que o processo saúde-doença passa a ser compreendido a partir de uma determinação histórica e social.

Os Estados que participaram da Conferência de Alma-Ata comprometeram-se a adotar a APS como uma estratégia para reordenação e reestruturação das políticas de saúde de seus países, através de algumas medidas: extensão de cobertura dos serviços de saúde e melhoria do ambiente, desenvolvimento da articulação intersetorial, disponibilidade e produção de produtos, formação e utilização de recursos humanos. (BARROS, 2014).

Acerca da APS no Brasil, Melo et. al (2018, p. 39-40), apontam que:

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavoráveis a políticas universalistas. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade [...].

De acordo com Barros (2014), na década de 1990 mediante uma valorização do tema família e em decorrência de experiências positivas advindas de outros países, no Brasil, foi criado em 1994 o Programa Saúde da

Família (PSF), o qual objetivava contribuir na organização do SUS e na municipalização da integralidade e participação da comunidade.

Vasconcelos, Silveira e Xavier (2017), apontam que em 1990 em decorrência da contrarreforma neoliberal do Estado a APS sofre ameaças no tocante a sua oferta universal e igualitária e passa, portanto, a ser desenvolvida de forma restrita concebida por meio de pacotes básicos voltados à população pobre. Nessa perspectiva, [...] “a concepção restrita de APS, disseminada como o remédio mais eficiente para os sistemas de saúde dos países periféricos, tem íntima relação com os anseios do neoliberalismo.” (IBIDEM, 2017, p. 236).

Em 2006, o PSF deixou de ser um programa e passou a configurar-se como uma estratégia permanente na atenção básica em saúde. Essa nova nomenclatura foi adotada considerando que programa possui tempo determinado, e estratégia é caracterizada como permanente e contínua. Desse modo, surge a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) que se deve também ao fato de que no início o PSF apresentava um caráter seletivo e focalista e o desenvolvimento de suas ações, nesse contexto, entrava em contradição com a perspectiva universalista e abrangente de Atenção Básica, defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS). (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A Saúde da Família ganha força na agenda governamental, também em decorrência do processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Constitui-se como possibilidade de contribuir para romper com a lógica biomédica desenvolvida até então, através da formação de equipes de saúde que atuam com enfoque na atenção às pessoas, às famílias e suas comunidades, construindo vínculos e compromisso de corresponsabilidade. (BRASIL, 2010).

A ESF configura-se, na atenção básica, como porta de entrada do SUS. A atuação da ESF, potencialmente contribui para a superação da focalização imposta pela lógica neoliberal, que ganha força a partir do desmonte das políticas sociais. Constituída como um dos pilares da saúde pública brasileira, apresenta-se com o objetivo de reorientar o SUS a partir da atenção básica, pautada no paradigma da produção social da saúde e na prática sanitária da vigilância da saúde, tendo como eixos a promoção e prevenção da saúde. (CARNEIRO; VASCONCELOS, 2011).

A Portaria nº 648/2006 instituiu os princípios norteadores da ESF com o intuito de estabelecer uma aproximação e/ou vínculo com a comunidade. Neste sentido, a referida portaria apresenta os seguintes objetivos gerais:

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve: I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em

especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania.(BRASIL, 2006, p. 8)

Partindo desses objetivos, compreende-se que a ESF procura substituir o modelo de atenção básica tradicional e atua de forma a construir uma interlocução com os indivíduos/comunidade priorizando o desenvolvimento de espaços de participação, estabelecendo, portanto, a construção de vínculos de corresponsabilidade entre profissionais e usuários.

A construção, desenvolvimento e fortalecimento dos vínculos entre o usuário e profissional podem ser estabelecidos, mediante a educação em saúde, uma vez que as práticas educativas propiciam o desenvolvimento de estratégias de aproximação, bem como de orientação e formação de uma consciência autônoma no sentido de fazer com que o próprio usuário esteja ciente de sua corresponsabilidade, tornando-se, desta forma, um sujeito ativo e/ou participativo do processo de cuidado em saúde.

Corroborando com essa perspectiva, Vasconcelos (2004) entende que a educação em saúde busca a criação e/ou o fortalecimento dos vínculos entre a ação dos(as) profissionais de saúde e o pensar e fazer cotidiano da população. Trata-se de uma prática sistemática que envolve o diálogo constante entre o saber profissional e o saber do usuário.

Em 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é reformulada e traz algumas mudanças significativas, apresentando descontinuidades e retrocessos, a saber:

[...] pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Se tentarmos configurar uma 'trama', relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento. A concentração de poder nos gestores formais do SUS nesse processo evidencia também que a gestão governamental tripartite do SUS não tem tido seu poder de fogo contrabalanceado pela sociedade civil e pelos trabalhadores, produzindo mais uma cisão nas bases de sustentação do SUS, em um cenário em que esta grande política pública tem sua existência gravemente ameaçada. (MELO, et al. 2018, p. 49).

As mudanças propostas pela nova PNAB (Portaria nº 2.436 de 21/09/2017) apresenta uma tendência ao retorno tradicional, o que implica prejuízo aos avanços obtidos e/ou conquistados pela ESF, uma vez que os profissionais que atuam numa perspectiva tradicional se voltam basicamente para uma atenção curativa, não priorizando, portanto, a prevenção e promoção da saúde. Esse fator provoca retrocesso e implicações na Educação em Saúde, uma vez que a atenção básica com ênfase na ESF é terreno fértil para que esta efetivamente aconteça.

É oportuno destacar que a política neoliberal do governo de Jair Bolsonaro, no primeiro semestre de 2020 buscou avançar contra a Atenção

Básica, com o objetivo de privatizá-la, através de um projeto que visava passar a gestão dos serviços deste nível de atenção para a iniciativa privada, via parcerias público-privada. A proposta repercutiu negativamente e teve bastante resistência da sociedade, considerando principalmente o atual contexto de pandemia.

A essa ofensiva somam-se outras medidas que ocorreram anteriormente, como demissão de médicos (Programa Mais Médicos), alterações nas transferências de recursos para os municípios executarem a Atenção Básica, ataques contra as equipes de saúde, que sofrem perda de sua dimensão estratégica, a exemplo da fragilização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), na medida em que estes deixam de contar com recursos federais. (MORAIS, LIMA, 2021).

Logo, a Política de Saúde na atualidade, enfrenta um gradual processo de privatização, que tem seu aprofundamento no governo Bolsonaro, principalmente diante do contexto de pandemia. As ações desenvolvidas no atual governo propõem a defesa de um setor privado forte e defende uma “cobertura universal” de saúde entendida como um pacote básico de serviços e estratégias de focalização que afasta a perspectiva de atenção básica do acesso universal. Nesse sentido, há em sua política de governo, a proposta de um modelo clínico e individual de atenção básica à saúde que incide na focalização de suas ações. (BRAVO, MENEZES, 2021).

Os elementos supracitados, demonstram os ataques pelos quais a Política de Saúde vem passando, com mais intensidade ainda no atual governo, e suscita a necessidade de sua problematização, bem como reforça a urgência do fortalecimento das mobilizações contra a privação do SUS.

A partir das considerações sinalizadas até aqui, discutiremos a educação popular em saúde no contexto da ESF.

4. Educação Popular em Saúde e sua contribuição na Estratégia Saúde da Família (ESF)

Antes de adentrarmos na discussão acerca da educação popular em saúde (EPS), faz-se necessário citar, de forma sucinta, como se desenvolveu a educação em saúde.

A educação em saúde surge, a princípio, com a denominação de educação sanitária, a qual era voltada ao controle dos problemas de saúde por meio de campanhas sanitárias que buscavam combater as epidemias, fortemente marcada por uma postura de normatização e mudança de comportamentos individuais, de forma impositiva, autoritária e prescritiva.

É importante compreender que tais campanhas eram impostas, sem que houvesse um esclarecimento de sua importância e benefícios junto à população, que acabava por ter suas casas e corpos violados. Tratava-se de uma prática de saúde mecanicista, coercitiva e muitas vezes preconceituosa, desconsiderando a indissociabilidade entre teoria e prática e/ou a vivência do usuário. (MACIEL, 2009).

Segundo Gomes e Merhy (2011), as primeiras iniciativas acerca da educação em saúde no Brasil datam de 1940, e caracterizavam-se como práticas de caráter autoritário, tecnicista e biologicista.

No início da década de 1970, muitos profissionais de saúde, descontentes com o modelo de saúde voltado para a prática mercantilizada,

buscam o envolvimento com processos de educação popular em saúde e passam a conhecer as dinâmicas de resistência da classe popular. Sendo assim, procuram soluções para as necessidades de saúde, através do diálogo, mediante o saber popular, ouvindo as inquietações, buscando, juntos, elaborar soluções. (VASCONCELOS, 2004).

De acordo com Vasconcelos (2004), a educação popular caracteriza-se pela valorização e o resgate do saber da população, reconhecendo o usuário como construtor do processo pedagógico, e não como mero espectador. Partindo dessa premissa, as problematizações vão ganhando soluções, através de diálogos, construídos pela participação popular, dando uma direção à vida social. Trata-se de um processo sendo construído pela base (de forma horizontal) e não discussões de cima para baixo.

Ainda acerca dessa discussão, o referido autor faz a seguinte afirmação:

[...] até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados.” (VASCONCELOS, 2004, p. 68)

Nesse contexto, a educação em saúde seguia a retórica da lógica capitalista que a utilizava como um instrumento de controle das massas. A postura adotada era de responsabilização dos indivíduos pelos seus problemas e pela resolução dos mesmos.

Em contraposição a esta perspectiva tradicional e autoritária de educação em saúde, profissionais da saúde passam a desenvolver práticas educativas fundamentadas na educação popular de Paulo Freire. Em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1968, ele afirma que:

O importante do ponto de vista de uma educação libertadora, e não bancária, é que em qualquer dos casos os homens se sintam sujeitos de seu pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão do mundo. (FREIRE, 2011, p. 166).

Nesse sentido, é importante que os(as) profissionais no cotidiano do trabalho em saúde construam relações em que “o usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços.” (SANTILI et al, 2016, p. 103).

A educação em saúde pode ser compreendida como um espaço com possibilidade de despertar reflexões e contribuir para a mudança de práticas e posturas, as quais contribuem para viabilizar a promoção da saúde e a prevenção da doença. Assim, Santili, Tonhom e Marin (2016, p. 103), apontam que:

[...] a educação em saúde se estabelece como um dos requisitos que visa potencializar ações de prevenção e promoção à saúde na ESF, com a finalidade de suscitar processos de educação e construir conhecimentos em saúde buscando transformar e se apropriar de saberes existentes além de fortalecer a autonomia e cidadania das pessoas no processo saúde-doença com consequente mudança de hábitos, trazendo ações que busquem melhoria na qualidade de vida.

A ESF constitui-se como um espaço propício à participação popular e a incorporação da Educação Popular em Saúde (EPS), já que sua dinâmica pode contribuir para viabilizar o fortalecimento dos vínculos construídos entre o profissional e os usuários. Essa aproximação é importante para tornar o atendimento mais humanizado e contribuir efetivamente para a prevenção e promoção da saúde, o que tende a acarretar uma melhoria na qualidade de vida da população envolvida nesse processo.

A Educação Popular em Saúde configura-se como uma prática permeada por ações que valorizam os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico, a qual compreende a saúde como uma prática social e global e tem como fio condutor os interesses das classes populares, pautando-se no diálogo e na análise crítica da realidade. Trata-se de uma prática que busca, através de processos de informação, comunicação, participação popular e social, uma aproximação com as reais necessidades da população usuários dos serviços ofertados no Sistema Único de Saúde. (FALKENBERG, et al., 2014).

Logo, a educação popular em saúde funciona como um instrumento de potencialização das práticas desenvolvidas na ESF que, ao serem estabelecidas, fortalece o diálogo com a população. Esse modo de agir, faz com que a população se sinta parte do processo educativo frente ao desenvolvimento de estratégias para se organizar e reivindicar respostas para as suas necessidades de saúde, desconsideradas no direcionamento dado à política de saúde pelos governantes.

A educação popular em saúde pretende investir no diálogo entre os sujeitos, na educação humanizadora e no trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito. Procura lembrar que o corpo, a palavra, a consciência, os hábitos e o trabalho são eixos temáticos fundamentais, pois são o lugar de encontro entre a educação e a saúde e devem nortear qualquer capacitação dessas áreas do conhecimento. Nesse sentido, a educação popular procura reorientar as estratégias de capacitação, fazendo-as a partir das angústias, experiências prévias e desejo de superação das dificuldades. Com isso, procura resgatar o humano de cada um. (ALVES, AERTS, 2011, p. 322-323)

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, é consubstanciada pelos princípios instituídos no âmbito do SUS. Assim, sua operacionalização:

[...] reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. [...] é orientada pelos seguintes princípios: I - diálogo; II - amorosidade; III - problematização; IV - construção compartilhada do conhecimento; V - emancipação; e VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular. (BRASIL, 2013, p. 1 - 2).

Nessa direção, é importante destacar algumas práticas de educação em saúde, que costumam ser utilizadas pelos profissionais da ESF, que podem contribuir para o enfrentamento do processo de adoecimento e discussão das determinações sociais do processo saúde-doença: rodas de conversa, as quais devem apresentar-se como oportunidades de diálogo entre profissionais e usuários); a formação de grupos operativos com determinadas características que aproximem os(as) participantes (podem voltar-se a necessidades variadas como a discussão de situações específicas, prevenção de doenças e promoção da saúde); construção coletiva de exposição nas salas de espera na unidade de saúde de fotos ou frases de pessoas da comunidade em que se identifiquem problemas ou que registre atuações da população na resolutividade das problemáticas comuns. Configura-se como uma estratégia relevante também a mobilização ou participação em mutirões que pode conduzir ao diálogo e a troca de saberes. (GOMES; MERHY, 2011).

Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS) configura-se como uma das formas de favorecer a ruptura com o modelo tradicional, uma vez que o emprego de metodologias ativas de aprendizagem e a ampliação da oferta de atividades educativas para além da abordagem tradicional, propicia um avanço em discussões teóricas e reflexões críticas sobre a educação em saúde no processo de construção e afirmação do SUS como política pública e a adoção da ESF enquanto indutora de mudanças do modelo de atenção à saúde no país. (MELO, 2018). Segundo Alves e Aerts (2011, p. 322),

Com isso, a educação popular em saúde passou a se constituir em uma estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer a relação com a população e os movimentos sociais e criar vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Na ótica da educação popular em saúde, as relações entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços são vistas como um processo de aprendizagem mútua, que envolve crenças, valores e percepções de mundo. Assim, para capacitar a população para o enfrentamento de situações que podem vulnerabilizar sua saúde, os trabalhadores devem refletir sobre as diferenças culturais e atuar na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação do homem integral e autônomo. Além disso, é necessário assumir a complexidade da relação humana e reconhecer a relatividade de cada interpretação, buscando o entrelaçamento das perspectivas e contextos de diferentes sujeitos. (ALVES, AERTS, 2011, p. 322).

Nessa perspectiva, compreende-se que as práticas de educação popular podem configurar-se como uma forma de escuta, uma troca de conhecimentos em que o usuário da ESF fala sobre suas experiências e o profissional consegue compreender e valorizar sua vivência e cultura. Para tanto, os profissionais precisam ter a sensibilidade da escuta e o cuidado no uso das palavras, evitando termos técnicos/científicos, utilizando uma linguagem acessível aos usuários, de modo a favorecer a aproximação entre ambos, viabilizando a troca de experiências.

Assim, quando o profissional trabalha na direção de uma prática pautada na educação popular em saúde, ele fala uma linguagem mais próxima da realidade do usuário, compreendendo suas limitações e também absorvendo aquele conhecimento que o usuário possui, que não são os conhecimentos

técnicos e sim o conhecimento a partir da vivência - um entra na realidade do outro, o que envolve um processo mútuo de troca de saberes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir a Política de Saúde no contexto de crise capitalista e de contrarreformas do Estado neoliberal, requer desvendar os rebatimentos da atuação de um Estado a serviço do capital. Fazer essa abordagem, portanto, desnuda a realidade social vivenciada por grande parcela da sociedade brasileira, que se encontra em vulnerabilidade e que tem seus direitos suprimidos e/ou limitados em decorrência da ofensiva neoliberal.

A saúde é regulamentada pelo artigo 196 da CF /1988, o qual estabelece que se trata de um direito de todos, constituindo-se como um dever do Estado, que deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas, as quais devem visar à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Entretanto, é possível observar que na prática sua efetivação é permeada por vários desafios e retrocessos, uma vez que para sua operacionalização enfrenta uma política neoliberal que nega/restringe o acesso dos cidadãos aos seus direitos fundamentais, que age sobre a lógica mercantilista e procura substituir as políticas públicas pela via da privatização.

O SUS ao longo do tempo vem sofrendo vários ataques e aniquilamentos, e no atual contexto de pandemia, vivencia um momento de profundo desmonte de programas que favorecem o segmento da população mais carente e/ou subalternizada, a exemplo dos impactos na Estratégia Saúde da Família, que vivencia hoje, um desmonte viabilizado pela nova PNAB (Portaria nº 2.436/2017), dando margem ao retorno as práticas tradicionais de atenção à saúde, comprometendo os avanços obtidos pela Estratégia Saúde da Família, ao longo de sua atuação.

Faz-se necessário destacar, que na contramão das políticas neoliberais, a pandemia pode ser compreendida como um momento que evidenciou a importância do SUS e a necessidade de defendê-lo, enquanto um direito público e universal, patrimônio e conquista de cada um e de todos os brasileiros.

A discussão em tela nos permite visualizar a importância da ESF na realidade das famílias usuárias dos serviços e que a educação popular pode contribuir para a leitura crítica acerca da realidade dos usuários dos serviços, partindo da visão e da apreensão do próprio indivíduo sobre o processo saúde-doença, bem como poderá viabilizar, além do fortalecimento de vínculos e construção de saberes coletivos, a busca conjunta de soluções para os problemas existentes, prezando o bem estar da comunidade.

Logo, essa interlocução com as famílias, pode tornar o atendimento mais humanizado, já que parte da compreensão acerca da saúde não apenas como a ausência de doença e sim enquanto uma construção social que depende dos determinantes físicos, mentais, políticos e sociais.

Cumpramos ressaltar que a experiência vivenciada na Unidade de Saúde do Manguape em São Sebastião de Lagoa de Roça me proporcionou conhecer e/ou conviver com as práticas de Educação Popular em Saúde, motivada pelos

relatos dos usuários que acabam por contar/desabafar suas queixas, anseios e angústias.

São muitos relatos, mas alguns em especial chamam nossa atenção, como por exemplo, o relato de uma usuária que nos contou o quão se sentia bem em ir a nossa Unidade de Saúde, pois assim podia conversar e ter atenção, haja vista que ela morava com um neto que não lhe dava a menor atenção. Outra usuária nos confidenciou que teria se libertado da medicação para controle da pressão arterial, tomando chá de louro.

Percebemos, portanto, que essas pessoas, antes de irem para a sala do médico, optam por nos relatarem suas dores e dúvidas, o que indica a confiança que sentem em nosso trabalho. É bastante gratificante saber que, estamos de fato, fazendo a Educação Popular em Saúde acontecer em nossa Unidade, que se dá através da valorização dos saberes desses usuários, a partir da prioridade dada à escuta, reconhecendo que suas vidas não são fatos isolados e que por trás de cada doença existe uma história de vida que precisa ser contada, ouvida e vivenciada.

Nesse sentido, a educação popular em saúde rompe com a tradição autoritária, burocrática e normatizadora da assistência à saúde, através do diálogo e da reflexão crítica sobre o cotidiano vivido e da valorização do conhecimento popular.

Assim, a educação popular em saúde, enquanto prática social, corresponde a um processo capaz de desenvolver um olhar crítico acerca das causas dos problemas de saúde, o que implica, necessariamente, participação e fortalecimento da população como coautores no cuidado do processo saúde doença.

REFERÊNCIAS

ALVES, G.G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde**, Rio Grande do Sul: 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KWBfzpcCq77fTcbYjHPRNbM/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10/06/2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28/09/2019.

_____. **Lei 8.80/1990** – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em:

_____. **Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 20/08/2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 10/10/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília – DF, 2012.

BARROS, I. C. A importância da Estratégia Saúde da Família: contexto histórico. Curso de Especialização Atenção Básica em Saúde da Família. Minas Gerais, 2014.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 08/10/2019.

BRAVO. M.I.S. PELAEZ. J.E. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Revista Ser Social: estado, Democracia e saúde**. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. p.191-209 06 de janeiro de 2020 Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 11/01/2021.

BRAVO, M I. S; MENEZES, J. S. B. Saúde na atual conjuntura, a pandemia do coronavírus e as lutas da frente nacional contra a privatização da saúde. **Revista Humanidade e Inovação**. Palmas, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5348>. Acesso em: 21/09/2021.

CARVALHO, G. **A Saúde Pública no Brasil**. Estudos avançados, nº78. São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002. Acesso em: 25/10/2019.

DALPIAZ, A. K; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas – Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital: Maranhão**, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2_011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf. Acesso em: 17/10/2020.

DAVI, J; MARTINIANO, C; PATRIOTA, L. **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

FALKENBERG, M. B; MENDES, T. P. L; MORAES, E. P; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para saúde coletiva. **Revista e Ciência Coletiva** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>. Acesso em: 20/09/2021

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2011.

GILSON, C. **A Saúde Pública no Brasil**. Estudos avançados, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002_2.pdf. Acesso em: 31/10/2019.

GOMES, L. B; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2011000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 26/10/2020.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LEILA, B. D. G; MARIA, R. G. M. P. Para além da atenção básica: regionalização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Revista Saúde e Social**: São Paulo, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200003. Acesso em 01/11/2020.

MACIEL, M. E. D. Educação em Saúde: conceitos e propósitos. Cogitare enfermagem. Curitiba, 2009. Acesso em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16399/10878>. Acesso em: 03/02/2021.

MELO, E.A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde Debate**, nº especial 1, Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15/05/2021.

MELO, P.M.P. Práticas coletivas de educação em saúde na Estratégia saúde da Família. **Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado da UFMG**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/1069M.PDF>. Acesso em 15/05/2021.

MOROSINI, L. Fragilidade revelada. Pandemia expõe necessidade de fortalecer o Complexo Econômico Industrial da Saúde. In: **Revista Radis** nº 214. Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/todas-as-edicoes/214/>. Acesso em: 02/11/2020.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde debate**: Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/pt>. Acesso em: 25/09/2020

PONTE, C. F. O que a Pandemia pode nos ensinar? In: **Revista Radis** nº 211. Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/todas-as-edicoes/211/>. Acesso em 02/11/2020.

SANTILI, P. G. J; SÍLVIA, F. R. T; MARIA J. S. M. Educação em saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza: 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6411/5218>. Acesso em 13/05/2021.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2014.

SOARES, R.C; CORREIA, M. V. C; SANTOS, V. M. Serviço Social na Política de Saúde no enfrentamento da Pandemia da Covid-19. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 140, São Paulo: 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?lang=pt&format=pdf> Acesso em:17/05/2021.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 30/10/2019.

VASCONCELOS, K. E. L; CARNEIRO, T. S. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In: DAVI, J; MARTINIANO, C; PATRIOTA, L. M. **Seguridade Social e Saúde**: tendências e desafios. 2º Ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

VASCONCELOS, K. E. L; SILVEIRA, S. A. S; XAVIER, A. B. Contrarreforma na Atenção Primária. In: SILVA, A. X; NÓBREGA, M. B; MATIAS, T. S. C. **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social**: as inflexões na Política de Saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por toda força que tem me dado até hoje. Agradeço a minha família pelo apoio, em especial a meu filho Pedro Daniel que ainda muito pequeno muitas vezes ao sair para a faculdade deixei chorando e me pedindo para não ir.

Agradeço as grandes amigas que a UEPB me deu. Irei leva-las para toda a vida - Patrícia Andrade, Ana Flávia, Andreza Eulália e Adja.

Agradeço também, a minha amiga Rosilene Alves e irmã Rosilene por todo o apoio de sempre.

Agradecimento especial a minha orientadora Sandra Amélia, que foi tão paciente e tranquila todas as vezes em que precisei explicar minhas dificuldades e limitações.

Agradeço a banca, composta por Socorro Pontes e Thereza Karla, por toda contribuição e disponibilidade.