

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

**A EDUCAÇÃO POPULAR COMO UM INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM
COMUNIDADES DE BAIXA RENDA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

CAROLINA FANTAUZZI COSTA

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

CAROLINA FANTAUZZI COSTA

A EDUCAÇÃO POPULAR COMO UM INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM
COMUNIDADES DE BAIXA RENDA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kenia Lara Silva

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

CAROLINA FANTAUZZI COSTA

A EDUCAÇÃO POPULAR COMO UM INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM
COMUNIDADES DE BAIXA RENDA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kenia Lara Silva

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Kenia Lara Silva

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte : _08_ / _10_ / 2011_

RESUMO

A promoção à saúde se constitui como um dos grandes princípios sustentadores da Atenção Primária. Em que pese a sua importância na resolubilidade da assistência e as várias décadas de debate em torno de sua incorporação na prática assistencial, esta não alcançou relevância nos espaços públicos institucionais. O presente trabalho apresenta uma revisão bibliográfica sobre Educação Popular em Saúde como proposta de efetivação da promoção à saúde em comunidades de baixa renda. Reflete sobre o potencial transformador desta abordagem na tentativa de encontrar soluções para o compartilhamento do saber oficial e popular. Aponta esta estratégia como contraponto ao modelo biologicista e hegemônico na saúde. Descreve seu processo histórico, bem como apresenta as teorias, propostas e experiências desse movimento, focalizando a saúde indissociada das dimensões sociais, culturais e subjetivas, buscando como expressão máxima a emancipação social. Relaciona o apoio social ao movimento.

ABSTRACT

Health Promotion Programs are one of the great lifting principles of the Primary Attention. Considering its importance in making the assistance more effective and decades of conversations about its incorporation in the health services, it did not reach relevance in the institutional public spaces. This work presents a bibliographical review on Popular Education in Health as a proposal of establishing health promotion programs in low income communities. It reflects on the transforming potential of this boarding as an attempt to find solutions built by the sharing popular knowledge and scientific one. It points this strategy as a counterpoint to the technician and hegemonic model in health. It describes its historical process, as well as presents the theories, proposals and experiences of this movement, focusing on the different aspects that has relation to health such as the social, cultural and subjective dimensions, searching as a maximum expression, the social emancipation. It relates the social support to the movement.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	11
3 JUSTIFICATIVA	13
4 METODOLOGIA.....	15
5 RESULTADOS	17
5.1 O modelo de atenção e a educação em saúde	17
5.2 Fundamentos teóricos da Educação em Saúde	19
5.3 Educação Popular em Saúde : histórico e desafio nos dias atuais.....	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1 INTRODUÇÃO

Belo Horizonte é uma cidade de aproximadamente 2.300.000 habitantes. Possui 507 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 141 Centros de Saúde, o que significa uma cobertura de 76% da população. Está dividida em 09 distritos sanitários, que são áreas geográficas, populacionais e administrativas de limites definidos. O Barreiro é uma destas regiões administrativas. Está localizada na região sudoeste da cidade, fazendo limite com os municípios de Nova Lima, Contagem e Ibirité. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2011)

A Regional do Barreiro iniciou-se como uma fazenda, dirigida por coronel, com escravos e o cultivo de produtos agrícolas. Com o decorrer dos anos, estas terras foram vendidas para um grupo de estrangeiros, intermediado pelo governo do Estado, em meados dos anos 40, o que resultou na implantação da grande indústria de siderurgia, a Companhia Siderúrgica Mannesmann. Este fato representou um marco no desenvolvimento da região que se tornou uma área populosa, grandemente industrializada e com grande oferta de prestação de serviços. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2011)

A extensão territorial do Barreiro é de 53,58 Km², subdividida em 08 Unidades de Planejamento, com uma população de 262.194 habitantes, e uma densidade demográfica de 4893,32 hab/Km², de acordo com os dados do Censo Demográfico de 2000, (IBGE, 2000). Parte dessa população habita em áreas de risco, de acordo com critérios sócio-econômico-sanitários. Dessa forma, pode-se concluir que trata-se de região de grande complexidade. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2011)

Na área da saúde, atualmente, conta com 28 unidades de saúde sob a responsabilidade da Prefeitura de Belo Horizonte, sendo 20 Centros de Saúde estruturados dentro das diretrizes do Programa de Saúde da Família, para atender à essa demanda, que é predominantemente SUS-dependente. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2011)

O Cardoso é uma das Unidades de Planejamento e engloba os Bairros Santa Cruz, Cardoso, Getúlio Vargas, Urucuia, Pongelupe e parte do Conjunto Habitacional Jatobá II, com uma população de 33116 habitantes. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2011)

O Centro de Saúde Urucuia é uma Unidade Básica de Saúde que atende parte dessa população, cerca de 20000 habitantes. Sua área de abrangência inclui principalmente áreas de médio e alto risco. Nas áreas de médio risco, a faixa etária predominante é de adultos e idosos, sendo o controle das doenças crônico-degenerativas a principal demanda. Já nas áreas de alto risco, observa-se grande procura por consultas de pré-natal,

especialmente em adolescentes, além de consultas eletivas devido a doenças infecto-contagiosas. Escolas públicas, igrejas, pequenos comércios e uma indústria estão inseridos neste território, porém não atuam de maneira articulada com o serviço de saúde.

No momento, o Centro de Saúde Urucuia tem cinco equipes de Saúde da Família, sendo a equipe laranja a motivadora deste estudo. Por tratar-se de área predominantemente de médio risco, tem na população adulta e nos agravos não transmissíveis o seu maior desafio. A equipe é composta por generalista, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, além de quatro agentes comunitárias de saúde que mantêm boa relação com os habitantes da área adscrita.

Acompanhando o processo de reorganização do processo de trabalho em saúde que a unidade vem experimentando, optou-se por iniciar a reestruturação da equipe a partir do diagnóstico situacional.

De fato, a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença arterial coronariana, dislipidemia e obesidade foram as patologias mais prevalentes. A partir dos dados obtidos, partiu-se para o estabelecimento do plano de ação que incluiu a construção de planilhas contendo os dados dos pacientes e o cronograma de cuidados, que engloba consultas médicas, de enfermagem e o acompanhamento através das visitas domiciliares das ACS.

De forma geral, o paciente tem sua consulta agendada com a médica ou com o enfermeiro através do acolhimento e já sai com a próxima consulta marcada e os exames de controle solicitados, de forma que o paciente possa providenciá-los antes do próximo encontro. Nas avaliações, que são intercaladas entre a médica e o enfermeiro, as orientações são fornecidas. O monitoramento é feito pelas visitas domiciliares, sendo que, caso seja observado alguma intercorrência, a equipe é avisada e as devidas providências são tomadas.

O que se observou é que com a melhora do acesso às consultas houve maior adesão ao tratamento no que se refere ao comparecimento às consultas e realização dos exames de controle. Porém, na mudança de hábitos de vida e no uso regular da medicação, os progressos foram limitados. A equipe se questionou a respeito deste resultado e entendeu que as atividades de educação em saúde também são ferramentas importantes no cuidado desses usuários, e que, portanto, deveriam fazer parte do acompanhamento.

Partindo-se do pressuposto de que havia essa lacuna, buscou-se na literatura estratégias de educação em saúde que se aplicassem a uma comunidade com esse perfil,

com o objetivo de se estabelecer uma comunicação mais eficaz, focalizando a Educação Popular em Saúde como tema do presente estudo. (WERNER, 1984)

As comunidades localizadas nas regiões pobres e, em particular, as concentradas nas periferias das grandes cidades, tais como Belo Horizonte, ressentem-se da baixa resolubilidade dos serviços de saúde. Os mesmos, de base biomédica, com todo o seu aparato técnico/tecnológico, não respondem às demandas, bem como conservam o distanciamento cultural com a população. (BODSTEIN, 2002)

Em 1988, a - Constituição Federal do Brasil - passou a definir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196 e 198). O texto constitucional aponta para a necessidade de atenção integral à saúde, contemplando os determinantes sociais da saúde. (FARIA, 2010)

Diante da insatisfação por parte da população, dos profissionais de saúde, professores e militantes de movimentos sociais com a abordagem tecnicista, normatizadora e prescritiva da saúde pública, e, ao mesmo tempo, buscando soluções compartilhadas entre estes atores sociais, é que surge a Educação Popular em Saúde. (STOTZ, 2005)

As experiências emergidas e sistematizadas deste movimento deram os primeiros passos na década de 1970 para a mobilização social em torno da Reforma Sanitária. (STOTZ, 2005)

Os pressupostos teóricos e vivenciais que formam o ideário da Educação Popular em Saúde, assim como um breve histórico deste movimento serão apresentados no desenvolvimento deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar por meio da literatura conceitos, estratégias e concepções relacionados à Educação Popular em Saúde como instrumento de promoção da saúde

2.2 ESPECÍFICOS

- Realizar levantamento histórico da Educação Popular em Saúde
- Levantar os fundamentos teóricos desta abordagem
- Levantar bases conceituais que orientem a promoção em saúde em comunidades carentes a partir da Educação Popular em Saúde

3 JUSTIFICATIVA

Parte do trabalho exigido pelo Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais incluiu a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência do aluno para então definir um plano de ação.

No diagnóstico diferencial da equipe laranja, do Centro de Saúde Urucuia, observou-se uma predominância de pacientes portadores de agravos não transmissíveis, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, dentre outras. Dessa forma, grande é a demanda por consultas, exames, medicamentos e avaliações por especialistas. Na prática, porém, o que se observa, é a difícil adesão do usuário ao tratamento, além da pouca cooperação no que diz respeito à co-responsabilização no cuidado à saúde.

Assim, percebeu-se que o plano de ação para a intervenção da equipe deveria incluir práticas educativas com o objetivo de promover mudanças de hábitos de vida, respeitando o seu contexto sócio-cultural. Entretanto, considerando que é uma comunidade carente, e que grande parte dos pacientes são adultos e idosos com pouca escolaridade, sentiu-se a necessidade da apropriação de conhecimentos, instrumentos e experiências relacionadas ao processo de ensino-aprendizagem em populações de baixa renda.

Ao se procurar na literatura por tais ferramentas, encontrou-se a Educação Popular em Saúde, que representa um esforço na construção de um diálogo com a comunidade, de forma que haja um compartilhar de saberes, e não a simples transmissão de conhecimentos. Assim, devido ao grande potencial que essa estratégia representa, buscou-se um maior aprofundamento, com o objetivo de se aprender como estabelecer uma relação dialógica e educativa em saúde em comunidades carentes.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma revisão bibliográfica narrativa sobre o tema Educação Popular em Saúde. Foram selecionados 16 artigos publicados em bases de dados científicos, tais como o Scientific Electronic Library (SciELO), e a Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se as palavras-chave educação popular, educação em saúde e pobreza. Muitas são as publicações sobre o tema, porém foram selecionadas apenas as que se referiam especificamente aos diferentes aspectos concernentes à Educação Popular em Saúde.

Para contextualizar o assunto foram feitos estudos sobre modelos de assistência em saúde, sobre o SUS e seus princípios e, ainda, sobre Atenção Primária em Saúde e Estratégia de Saúde da Família em livros texto sobre estes temas.

Os dados referentes à cidade de Belo Horizonte, sobre o Barreiro e sobre o Centro de Saúde Urucuia foram obtidos a partir do site oficial da Prefeitura de Belo Horizonte.

5 RESULTADOS

5.1 O modelo de atenção e a educação em saúde

Durante grande parte do século XX, a assistência em saúde foi construída a partir de parâmetros biologicistas. A doença era vista como “uma grande adversária”, enquanto o médico, os hospitais e os medicamentos, os grandes heróis, na medida em que as venciam. Esse modelo de cuidado, de teor mais reducionista, é conhecido como “médico-centrado” ou “hospitalocêntrico”. Isto significa que o conhecimento científico e a tecnologia são prioritários na abordagem do paciente. As questões subjetivas relacionadas ao processo de adoecimento são consideradas secundárias. Pode-se dizer que a relação médico-paciente gira em torno do diagnóstico, construído a partir de sintomas que expressam distúrbios etiopatogênicos e fisiopatológicos, e dependente de tecnologias complexas para o seu diagnóstico, e do tratamento, que requer remédios e hospitais. (FARIA, 2010)

A partir de 1978, após a Conferência de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do lançamento do Programa Saúde para Todos no ano 2000, traz a oportunidade de mudança no paradigma do cuidado em saúde, na medida em que retoma um conceito pertinente aos americanos e ingleses do início do século XX : o dos cuidados primários em saúde. O novo paradigma implica em uma nova orientação no modo de organizar os serviços de saúde, bem como uma maior ênfase em atividades de prevenção e promoção da saúde. (FARIA, 2010)

O Brasil acompanhou esta tendência mundial. O passo inicial foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Alguns dos seus princípios norteadores são a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado. Por universalidade se entende o acesso irrestrito a todo e qualquer cidadão brasileiro. A equidade tem por objetivo a distribuição dos recursos segundo a disponibilidade e necessidade das populações atendidas, isto é, “dar mais para quem precisa mais”. Por fim, a integralidade implica na ampliação do cuidado, na medida em que, inclui, não apenas as práticas curativas e reabilitadoras, mas também as atividades de prevenção e promoção da saúde. (ALVES, 2004)

Para que esse processo seja bem sucedido, o modelo vigente, que inclui o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial “sanitarista”, dicotomizando a

assistência da prevenção, necessita ser reformulado, conforme observado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. (ALVES, 2004)

A atenção básica se tornou o eixo do novo modelo assistencial. “A Atenção Básica à Saúde – ABS constitui um conjunto básico de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” de acordo com o Ministério da Saúde. (ALVES, 2004)

O Programa de Saúde da Família (PSF) representa a principal estratégia. São equipes constituídas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que se tornam responsáveis por uma área geográfica específica, o território. Sua expansão tem auxiliado na equidade e na universalidade da assistência, entretanto a integralidade ainda representa um desafio. (ALBUQUERQUE, 2004)

No texto constitucional está previsto que tanto as ações assistenciais ou curativas, quanto as atividades preventivas e de promoção à saúde devem ser ofertadas à população em um mesmo serviço. Partindo-se desse pressuposto, dentro do princípio da integralidade do atendimento, espera-se em um Centro de Saúde sejam promovidas atividades de educação em saúde. Dessa forma, espera-se evitar a abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos. (ALVES, 2004)

A educação em saúde é um recurso utilizado para a transmissão ao usuário, através dos profissionais de saúde, do conhecimento científico produzido pelas ciências da saúde. (ALVES, 2004)

Considera-se a atenção primária como um espaço privilegiado para a realização de práticas educativas. No que diz respeito ao Programa de Saúde da Família, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as atribuições de todos os profissionais da equipe. (VASCONCELOS, 1998)

5.2 Fundamentos teóricos da Educação em Saúde

A Educação em Saúde vem experimentando grande avanço nas últimas décadas. O que se observa é que é um campo de estudo que vem se desenvolvendo amplamente a partir de contribuições dos estudos de Antropologia da Saúde e das Ciências Sociais contemporâneas. Como consequência, vem se estabelecendo uma nova orientação nas reflexões teóricas e metodológicas. Entretanto, a implantação de intervenções educativas, construídas a partir dessas pesquisas, ainda é incipiente. (CANDOTTI, 2002)

Os métodos e as estratégias utilizadas ainda são decorrentes dos modelos teóricos da psicologia comportamental, pautados em concepções behavioristas e deterministas. Dessa forma, a prática profissional se utiliza de um modelo verticalizado para o ensino em saúde. (GAZZINELLI, 2005)

Os autores reforçam que, nessa abordagem, parte-se do pressuposto de que uma vez informadas sobre os riscos de adoecer, as pessoas devem adotar hábitos de vida mais saudáveis. Sob essa perspectiva, entende-se que a apreensão de um saber instituído sempre gera uma mudança de comportamento, e, com isso, desconsidera-se a subjetividade, a história e as crenças do sujeito. Como exemplo desta prática, os autores citam que ao esperar que uma pessoa pare de fumar, na abordagem tradicional da educação em saúde, a prática adotada é informar, por um especialista, dos riscos que o cigarro causa à saúde. Assim, prevalece a abordagem que considera o público-alvo como objeto de transformação, desconsiderando o contexto social, econômico e cultural no qual o sujeito está inserido. (GAZZINELLI, 2005)

Todavia, vem se observando a ineficácia dessas práticas pedagógicas, na medida em que se constata que nem sempre adquirir um novo saber evolui com uma mudança no comportamento. Freire (1979, p.66) traz a dimensão da inconsistência pedagógica deste viés conforme citado em sua obra *Pedagogia do Oprimido*:

(...) A narração de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em 'vasilhas', em recipientes a serem 'enchidos' pelo educador. Quanto mais vá 'enchendo' os recipientes com seus 'depósitos', tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente "encher", tanto melhores educandos serão. (...) nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros.

Dessa forma, o que se observa, é a mudança no discurso oficial da Educação em Saúde, onde a participação comunitária já é considerada como parte integrante do processo. (SOUZA, 2001)

Um novo modelo de educação em saúde está emergindo, e, pode ser chamado de dialógico, já que o diálogo com o usuário é a sua principal ferramenta. O principal propósito é o de transformar saberes existentes, ao invés de informar para a saúde. Sob essa perspectiva, busca-se através dessa prática educativa o desenvolvimento da autonomia, a responsabilização dos indivíduos pelo seu cuidado. (BRANDÃO, 2001)

Conforme apontam Albuquerque e Stotz, tanto no relatório final da 8 Conferência Nacional de Saúde, como na Lei Orgânica da Saúde, não há diretrizes específicas para a questão da educação em saúde. Observa-se que, nos referidos textos, a saúde é conceituada de modo amplo, todavia, não se encontra uma referência explícita à educação em saúde. Esse aspecto do cuidado é tratado de maneira marginal. Ainda não se desenvolveram propostas para o seu financiamento, nem políticas específicas para a capacitação dos profissionais ou mesmo para o desenvolvimento de ações. Paradoxalmente, as ações de promoção à saúde, bem como a educação em saúde, são descritas como parte integrante de todos os programas ministeriais. Porém, no dia-a-dia dos serviços, considerando-se as exigências de produtividade e a necessidade de contenção de custos, pouca ou nenhuma importância é dada às práticas educativas. (ALBUQUERQUE, 2004)

5.3 Educação Popular em Saúde : histórico e desafio nos dias atuais

Foi justamente na conjuntura de repressão política instituída pelo golpe militar de 1964, com a expansão de serviços de saúde privados, redução de gastos com as políticas sociais, com a saúde, e particularmente com a educação em saúde, marcada pela postura autoritária e normatizadora, é que surge um movimento de resistência, reunindo intelectuais, a Igreja e classes populares em torno do método da educação popular sistematizado por Paulo Freire. Foi na lacuna deixada pela omissão do Estado com os problemas populares que se organizaram iniciativas em busca de soluções construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

Foi através do descontentamento das comunidades, profissionais de saúde e dos grupos ativistas com o modelo biologicista, normatizador e prescritivo da saúde pública e, ao mesmo, buscando soluções compartilhadas entre estes atores sociais, é que surge o movimento da Educação Popular em Saúde. (VASCONCELOS, 2001)

Os encontros, vivências e concepções deste movimento deram origem, entre os anos 75 a 85, a um processo de reinvidicação e redefinição das políticas de saúde pública, constituindo a chamada Reforma Sanitária. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

Apesar das contribuições da Educação Popular em Saúde para o movimento da Reforma Sanitária, o mesmo não foi capaz de romper com o modelo biomédico. Observava-se então que, este modelo estava na base do processo de separação cultural entre os serviços de saúde e a população. O papel da política de saúde na reprodução deste modelo pode ser percebido pela ênfase dada ao financiamento e a gestão. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

A implantação do SUS conserva essa lógica técnico-assistencial. Ressalta-se que os articuladores do movimento sanitarista priorizaram a ocupação dos espaços públicos, separando-se do movimento popular. A eleição indireta no primeiro governo civil, em 1985 e a suposta democratização articulada na época pelos militares que deixavam o poder, e os políticos, conservaram esse paradigma biotecnista. As instituições estatais, inclusive o Ministério da Saúde, responderam a demanda de financiamento e gestão para a construção do SUS orientada pela oferta de serviços, estruturando o sistema com base na medicina científica. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

Loyola destaca o atrelamento da medicina científica com a ordem fundada no capitalismo e o papel do médico na reprodução deste modelo:

[...] Imbuído de uma ideologia que tem por função mascarar as relações de classe que ela encobre, o médico atua no sentido de preservar o monopólio de seu saber e autoridade indiscutida que a sociedade lhe outorga para dispor da doença, até mesmo do corpo e das sensações de seu cliente. E sua atitude é tão mais autoritária quanto mais baixa é a classe social do doente que, pela distância sócio-linguística e dos hábitos mentais que o separa do médico, encontra-se incapacitado de contra argumentar com ele, isto é, de impor seu próprio discurso ao discurso 'forte' e definitivo do médico. (LOYOLA, 1984 *apud* STOTZ, DAVI; WONG, 2005, p. 4)

Segundo a análise crítica da Saúde Coletiva Escore demonstra que na Reforma Sanitária Brasileira, diferentemente da Italiana, os integrantes se desvincularam do movimento popular que estava na origem de todo o processo. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

O movimento da Educação Popular em Saúde organizou-se na Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, criada em 1991, no I Encontro Nacional de Educação em Saúde, em São Paulo. Apesar do frágil, porém persistente intercâmbio entre os seus participantes, em 1998, a Articulação passa a denominar-se de Rede de Educação Popular e Saúde. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

Seus integrantes acreditam na Educação Popular em Saúde como uma estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, bem como de um sistema de saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população. O objetivo deste movimento é trazer para a área de atuação da saúde, as contribuições do pensamento freiriano que se traduz por uma concepção de mundo e em uma pedagogia centrada na problematização, no diálogo e, sobretudo na ação comum entre profissionais e população. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

Após a abertura do governo Lula, principalmente no Ministério da Saúde, com a participação dos movimentos sociais, criou-se a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS). Publicações foram feitas para registrar suas concepções e experiências, além da formação de um grupo de trabalho junto a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Ao final da década de 90 o programa de Informação e Comunicação em Saúde do Ministério da Saúde implantou o Projeto Nordeste com capacitação e produção de material educativo com expressiva participação da Educação Popular em Saúde no elenco das ações alternativas. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

Atualmente, o Ministério da Saúde criou o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGETES) reorganizando as ações de educação e estruturando uma coordenação de Educação Popular em Saúde de todo o país. Entretanto, apesar do apoio do Governo Federal, percebe-se a falta de incentivo dos governos estaduais e municipais na consolidação e desenvolvimento deste trabalho. (STOTZ, DAVI; WONG, 2005)

De toda forma, a Educação Popular em Saúde se apresenta como uma estratégia que tem por objetivo romper com a passividade das práticas educativas tradicionais. Há uma busca pela compreensão do saber popular, valorizando-se as experiências dos usuários. Estabelece-se um diálogo onde o compartilhamento de saberes é mais importante do que a transmissão de conhecimento. (VASCONCELOS, 1998)

Gomes e Merhy reforçam a importância de valorizar as práticas populares que representam uma sistematização de conhecimentos adquiridos ao longo de várias gerações e ilustram a importância do medicamento popular como forma de reconhecimento e identidade cultural das comunidades. (GOMES, 2011)

Na consideração de Paulo Freire, o homem é um ser de relações com dois mundos: o da natureza e da cultura e ainda, acrescenta que a cultura é toda criação humana. (BOEHS, 2007)

Um estudo sobre Educação Popular em Saúde no cuidado à criança desnutrida realizado na Universidade de Fortaleza demonstra a importância de ressaltar valores e capacidades da comunidade, observando o emponderamento dos sujeitos envolvidos participantes da pesquisa. O estudo resultou na reflexão de que os fatores que se relacionam ao estilo e às condições de vida de um indivíduo ou coletividade são causas determinantes da cultura de uma comunidade. Neste grupo de determinantes incluem-se características como costumes, educação, crenças e hábitos de vida. (FROTA, 2007)

Para Vasconcelos, a utilização da Educação Popular em Saúde é uma importante ferramenta para a reorientação das práticas de saúde e não como uma atividade a mais a ser inserida entre as muitas atribuições dos profissionais de saúde. Trata-se de um instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados. Para o autor, a Educação Popular em Saúde fortalece um dos princípios fundamentais preconizados pelo Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Brasileira em 1988: a integralidade, ao englobar os aspectos biológicos, sociais e culturais. (VASCONCELOS, 2004)

Assim, reconhece-se que a perspectiva horizontal na construção dos saberes proposta pela Educação Popular pode contribuir para a consolidação da integralidade, visto que permite emergir e combinar as experiências e concepções dos diversos atores sociais. (VASCONCELOS, 1998)

A Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família constituem a oportunidade de desenvolvimento da Educação Popular em Saúde em razão do vínculo e da compreensão das questões de saúde a partir da dinâmica familiar. Essa afirmação encontra respaldo nas colocações de Albuquerque (2004, p. 263) ao destacar que:

[...] é preciso pensá-lo inserido na comunidade, no próprio município/cidade ou país. E, pensando assim, observar que as ações de saúde não podem ser voltadas apenas para a assistência ou mesmo para o setor saúde, sendo necessário articular políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde.

Entretanto, diferentes estudos têm demonstrando que um dos desafios para a Educação Popular em Saúde têm sido a prática dos profissionais de saúde, que a julgar pela formação biologicista que recebem nas universidades, comumente concebem o sujeito como passivo no processo de educação em saúde e, entendem a sua missão como mero repasse de conhecimentos técnicos sobre doenças e como cuidar da saúde, sem levar em consideração o saber popular e as condições de vida das populações. (VASCONCELOS, 1998)

Um outro elemento que se relaciona à Educação Popular em Saúde é o apoio social. De acordo com Valla, a maioria dos países da América Latina adotam políticas econômicas concentradoras de renda e de exclusão econômico-social impostos pelo processo de globalização. No contexto brasileiro, grande parte da população possui baixa qualidade de vida. É dever do Estado oferecer os serviços de saúde ao público, mas será que estes serviços atendem as suas necessidades? A lacuna deixada pelo Estado comumente é “preenchida” pela rede de solidariedade, configurando o papel do apoio social. (VALLA, 1999)

O apoio social se define como sendo informação e/ou auxílio material oferecido por pessoa ou grupo, que gera efeitos reciprocamente positivos. O papel deste na saúde se dirige à manutenção e recuperação da saúde, e à prevenção contra doenças. Coloca o ambiente social como um dos eixos reguladores do processo saúde/doença. A participação social pode mediar uma situação de stress interferindo na suscetibilidade às doenças. Logo, a relação do apoio social com a Educação Popular em Saúde se caracteriza pela apropriação das soluções advindas da própria comunidade, a possibilidade de controle e autonomia sobre a sua condição de vida. (VALLA, 1999)

Tanto o apoio social, como a Educação Popular em Saúde, apontam para o entendimento de que as pessoas precisam umas das outras. Por outro lado, a medicina

ocidental é mais tecnicista, sendo pouco sensível às expressões humanas. Porém como aponta Valla :

[...] É muito comum na vida das pessoas sentimentos intensos em relação a grupos, idéias e causas maiores que vão além da existência dos indivíduos – uma evidência da dimensão universal da transcendência. É por esta razão que se sofre tanto com a perda das pessoas amadas, ou com os sentimentos de abandono, traição, medo, ou a perda de um trabalho de uma vida. A recuperação de um acontecimento que gerou muito sofrimento frequentemente implica ajuda, e é possível que quem perdeu parte de si possa ser mantido pelas qualidades pessoais de outras pessoas, até que sua parte perdida de recupere. A transcendência é provavelmente a forma mais eficaz em que as pessoas afetadas por perdas são restauradas à integridade. (CASSELL, 1976b *apud* VALLA, 1999, p.12)

A Educação Popular em Saúde, em razão da ampla concepção das dimensões que perpassam o viver humano no âmbito individual e coletivo, propõe novas definições e caminhos para a saúde pública, contribui para a superação das imposições técnicas incapazes de apresentar soluções para os problemas sociais e de saúde, e apontam para emancipação das classes populares dentro de um processo participativo e compartilhado de atores sociais distintos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde, tendo a família como foco de intervenção assistencial, pode ser apontada como um dos avanços, como contribuição importante da Estratégia de Saúde da Família, para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Desloca o olhar individualizado, focado na doença e contextualiza o paciente, fazendo emergir os seus espaços físico, social e cultural enquanto dimensões legítimas da saúde.

Em que pese o amplo reconhecimento do importante papel das dimensões do processo saúde/doença não inscritas no corpo biológico (sociais, culturais e outras), não se dispõe, nas recomendações oficiais, de métodos e técnicas de abordagem que sustentem a comunicação eficaz entre profissionais e usuários, caracterizando um processo educativo. Prevalece, conforme exposto no desenvolvimento deste trabalho, a abordagem da psicologia comportamental, que por ser verticalizada, não permite a troca de saberes e uma construção pedagógica.

A educação popular, apesar de pouco expressiva na ocupação dos espaços institucionais, representa um movimento de profissionais de saúde e classes populares que percebem a dinâmica do processo saúde/doença de maneira diferenciada, buscando interagir com os movimentos sociais locais, e contando com o apoio de intelectuais, de forma a enfrentar de uma maneira mais global os problemas de saúde encontrados. Quando os interesses dos profissionais de saúde e população se identificam, surgem experiências exitosas que suplantam o caráter mercantilista e biologicista da prática médica hegemônica, tais como o acompanhamento das crianças desnutridas do Centro de Saúde Vila Leonina, do Aglomerado Morro das Pedras, em Belo Horizonte, por Eymard Vasconcelos, em sua tese de doutorado. (VASCONCELOS, 1998)

O que se percebe é um movimento de resistência da população no sentido de conservação de suas práticas alternativas. Torna-se necessário então, incorporar estas práticas nos espaços institucionais, adquirindo as mesmas, status de oficialidade.

A partir deste avanço, mais pesquisas e investimentos na educação em saúde podem diminuir o abismo existente entre os saberes constituídos e aqueles atrelados aos espaços sócio-culturais, e produzir possibilidades terapêuticas que de fato abranjam a concepção de integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P.C; STOTZ, E. N. A educação popular na Atenção Básica à Saúde no município : em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 8, n. 16, p. 259-274, 2004.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família : pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n.16, p. 39-52, set/2004/fev 2005.

BODSTEIN, R.; ZANCAN, L. Avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro . ABRASCO, 2002. p.39-59, tab.

BOEHS, A.E. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n. 2, p. 307-314, abr-jun 2007.

BRANDÃO, C.R. A educação popular na área da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 5, n. 8, p. 127-131, fev 2001.

CANDOTTI, E. Ciência na Educação Popular. **Ciência e Público**. Série Terra Incógnita. Casa da Ciência. Disponível em : www.cciencia.ufri.br, 2002

CASSELL, E.J. The nature of suffering and the goals of medicine. **New England Journal of Medicine**. v.11 : p. 639-645, 1976b *apud* VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno de Saúde Pública**. v.15, suppl 2, p. 7-14,1999.

FARIA, H. P; et al. Modelo assistencial e Atenção Básica à Saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte : Coopmed, 2010. 68 p.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FROTA, M.A; ALBUQUERQUE, C.M; LINARA, A.G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto Enfermagem**. v.16, n. 2, , p.246-253, 2007.

GAZZINELLI, M.F; et al. Educação em Saúde : conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, p. 200-206, jan-fev, 2005.

GOMES, L.B; MERHY, E.E; Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**. v. 27, n. 1, p. 7-18, jan 2011.

LOYOLA, M. A. Medicina popular. In: GUIMARÃES, R. (Org.) Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4. ed. Rio de Janeiro; Graal, 1984 *apud* STOTZ, E. N.; DAVID, H.M.S.L.; WONG UNM, J.A. Educação popular e Saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**. v.8 n.1 : p. 49-60, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. História da regional Barreiro. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br>. Acesso em: 12 maio 2011.

SOUZA, E.S. Educação Popular e Saúde: cidadania compartilhada. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v 8, p. 135-136, fev 2001.

STOTZ, E. N.; DAVID, H.M.S.L.; WONG UNM, J.A. Educação popular e Saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**. v.8 n.1 : p. 49-60, 2005.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno de Saúde Pública**. v.15 : p. 7-14,1999.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Caderno de Saúde pública**. v.14 (2), p. 39-57, 1998.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular : de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis : **Revista de Saúde Coletiva**. v 14, n. 1, 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde , Educação**. v. 5, n. 8, p.121-126,2001.

WERNER, D.; BOWER, B. **Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde**. 2 ed. São Paulo : Paulinas, 1984.