



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA**

**POLITICA NACIONAL
DE
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**

COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE - CNEPS

Brasília – DF

2012

Sumário

APRESENTAÇÃO	3
1. CAMINHOS DE FORMULAÇÃO DA PNEPS	4
1.1 A contextualização histórica da Educação Popular em Saúde e sua institucionalização como política	4
1.2 Algumas dimensões da Educação Popular em Saúde.....	9
2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL.....	12
3. PRINCIPIOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS DA PNEPS	13
4. EIXOS ESTRATÉGICOS E PERSPECTIVAS PARA O SUS	17
5. OBJETIVOS	19
5.1 Geral	19
5.2 Específicos.....	19
6. RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES DAS ESFERAS DE GESTÃO DO SUS	20
6.1 Ministério da Saúde	20
6.2 Secretarias Estaduais de saúde	21
6.3 Secretarias Municipais de Saúde	21
BIBLIOGRAFIA	22

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) apresenta a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS – SUS). Com a PNEPS, reafirmamos os princípios do SUS e o compromisso com a garantia do direito à saúde mediante à implementação de políticas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e diminuição das desigualdades sociais, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor saúde.

No contexto de inovações no marco regulatório do SUS inaugurado pelo Decreto Nº. 7508 esta política apresenta-se como uma contribuição do setor saúde aos esforços do governo federal para a erradicação da pobreza no Brasil reafirmando que, para a conquista de um país sem miséria, é imprescindível o fortalecimento do protagonismo popular na defesa dos direitos e garantias sociais.

Diversas ações foram desenvolvidas por intermédio de Políticas conquistadas pela população na busca da transformação da cultura organizacional do setor saúde, qualificando os modos de gestão, os processos de trabalho e a participação popular no SUS¹. Contudo, ainda se faz necessário investir em ações e políticas capazes de intensificar a mobilização e o protagonismo popular na defesa do direito à saúde, valorizar a diversidade de saberes e culturas integrando os saberes populares ao cotidiano dos serviços de saúde.

O processo histórico da Educação Popular se constitui como elemento inspirador de formas participativas, críticas e integrativas de pensar e fazer saúde, seus conhecimentos técnicos, metodológicos e éticos são significativos para o processo atual de implementação do SUS. Na área da saúde, movimentos e coletivos vêm promovendo reflexões, construindo conhecimentos e ações num processo de diálogo entre serviços, movimentos populares e espaços acadêmicos, para contribuir com a consolidação de um projeto de sociedade e de saúde mais justo e equânime.

Nesta Política é apresentado o histórico e o referencial teórico da Educação Popular, contextualizando esse modo de pensar e produzir saúde e sua relação com as práticas do SUS. Apresenta objetivos, pressupostos teórico-metodológicos e eixos estratégicos. Por fim estabelece responsabilidades e atribuições, nas quais a educação popular em saúde é apresentada como referência prática e estratégia política e metodológica para as ações e serviços de saúde.

Considerando seu histórico de experiências, reflexões e conhecimentos, a Educação Popular em Saúde apresenta-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS. Interege não apenas no que diz respeito à educação em saúde, mas, sobretudo no delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde.

¹Dentre estas, podemos destacar a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), o Pacto pela Saúde, Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais), Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (em construção), dentre outras.

1. CAMINHOS DE FORMULAÇÃO DA PNEPS

1.1. Contextualização histórica da Educação Popular em Saúde e sua institucionalização como política

A Educação Popular se constitui inicialmente no Brasil, como um movimento libertário, trazendo uma perspectiva teórico-prática ancorada em princípios éticos potencializadores das relações humanas forjadas no ato de educar, mediadas pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares.

O referencial político-pedagógico da Educação Popular começa a ser delineado e consolidado na década de 1950, com raízes motivadoras ligadas à história de luta social, de resistência dos setores populares da América Latina, conjugando várias concepções.

Como teoria do conhecimento no campo da educação, a Educação Popular foi constituída a partir de sucessivas experiências entre intelectuais e as classes populares, desencadeando iniciativas de alfabetização de jovens e adultos camponeses, nas décadas de 1950 e 1960, quando grupos de educadores buscavam caminhos alternativos para o modelo dominante de alfabetização. Estes grupos ansiavam constituir tecnologias educativas capazes não apenas de ensinar as pessoas a lerem as palavras, mas sim empreenderem uma visão crítica do mundo, para então construir caminhos, com autonomia e alteridade, na perspectiva da emancipação social, humana e material. Buscavam inspiração no humanismo cristão e no pensamento socialista (Marx, Gramsci, Lênin, dentre outros), compondo um quadro teórico orientador de diversas metodologias educativas, as quais eram constantemente elaboradas, avaliadas e re-elaboradas em uma construção orientada pela práxis (Paludo, 2001).

No final da década de 50 e meados de 1960, destacou-se o trabalho do Serviço de Extensão Cultural da recém criada Universidade de Recife, no qual professores como Paulo Freire qualificaram a sistematização da Educação Popular e impulsionaram a promoção de diversas experiências no campo da alfabetização e da cultura popular. A partir da observação e análise construíram este processo pedagógico junto às populações camponesas em uma perspectiva emancipatória. No final da década de 60 é publicada a obra “Pedagogia do Oprimido” de Paulo Freire, embasada nessas experiências. As ações de promoção da educação e da cultura popular, orientadas por esta nova perspectiva educativa, objetivavam “transformar a cultura brasileira e, por meio dela, transformar a ordem das relações de poder e a própria vida do país” (Fávero, 1983).

Segundo Vasconcelos e Oliveira (2009), com o Golpe Militar de 1964, os movimentos sociais em especial da Educação Popular sofreu um grande impacto e muitos dos intelectuais e políticos que compactuavam com sua ideologia foram perseguidos, presos ou exilados. Apesar disso, a partir deste período, a Educação Popular foi adquirindo sentido enquanto forma de resistência ao regime ditatorial, inspirando o surgimento e o desenvolvimento de inúmeras experiências educativas, não apenas no Brasil, mas, em toda América Latina. A articulação destas experiências ocorreu de forma progressiva, concomitante à ampliação da participação dos movimentos populares e de muitos grupos religiosos inspirados na linha renovadora surgida em Medellín e na Teologia da Libertação.

O papel de setores progressistas da igreja foi decisivo na busca por formas democráticas de educação e de alternativas à repressão política que ocorria em diferentes países da América Latina (Parra *et al.*, 1984). Da mesma forma, dentro das próprias organizações populares, surgiram espaços e experiências de Educação Popular, tais como bibliotecas populares, centros de formação de trabalhadores, grupos de teatro e música populares, cursos sindicais, jornais e boletins de informação classistas (Jara, 1994). Nestes espaços a Educação Popular, enquanto perspectiva ética, orientadora da educação e da ação cultural, social e política se aprimorou ao longo dos anos 1970.

No Brasil, com o início do processo de redemocratização instaurado na década de 80, a Educação Popular vai se afirmando de modo mais aberto e ampliado não apenas nos movimentos de resistência, mas passa a ser incorporada a trabalhos sociais de muitas organizações não-governamentais, bem como, por órgãos de governo e experiências institucionais em escolas, universidades e alguns serviços de saúde e assistência social.

Assim, a Educação Popular é compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, idéias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação.

Dentre as diversas experiências de incorporação da Educação Popular na gestão pública, destacam-se as administrações municipais das prefeituras de Recife (2000-2004) e Camaragibe (1996-2004), Porto Alegre (1988-2004), São Paulo (1989-1993), Santo André (1989-1993), além do governo estadual de Pernambuco (1994-1998) e do Rio Grande do Sul (1999-2002). Como também, na esfera federal a partir de 2003 várias iniciativas foram concebidas apresentando como marco a instituição do Programa Fome Zero junto ao Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA) que apresentava um Setor de Mobilização Social, para o qual a Educação Popular foi o referencial, contribuindo inclusive para a instituição da Rede Nacional Cidadã (RECID). Atualmente a Secretaria Nacional de Articulação Social da Presidência da República apresenta a Educação Popular como referencial para a articulação das relações políticas do governo federal com os diferentes segmentos da sociedade civil. A partir destas experiências houve acúmulo de um saber significativo sobre caminhos políticos, estratégicos e administrativos para o emprego da Educação Popular como instrumento de gestão de políticas sociais.

Em seu percurso de mais de cinquenta anos de história, a Educação Popular tornou-se um referencial importante aos movimentos sociais e coletivos interessados na transformação social, assim como para gestões que apresentam a ampliação da democracia e do protagonismo dos setores populares como princípios básicos de suas políticas, na perspectiva da ampliação do espaço público.

No campo da saúde, a emergência da Educação Popular ocorre especialmente a partir da década de 1970, no contexto da inacessibilidade das camadas populares aos precários serviços públicos, da inserção marginal no mercado de trabalho que excluía os trabalhadores dos benefícios da seguridade social (previdência, assistência social e

saúde), bem como das péssimas condições de renda, moradia e alimentação. As organizações populares que conseguiam algum nível de organicidade apresentavam-se como focos de resistência social, além de representar coletivos de luta e mobilização contra a opressão política e o cerceamento das liberdades civis. Diante desta realidade foi desencadeado um processo de mobilização política paralelo ao processo de resgate da cultura popular como afirmação desses sujeitos, demarcando a emergência de novos movimentos sociais (Pedrosa, 2007).

Nesse mesmo período, intensifica-se a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e os projetos de Medicina de Família e Comunidade nas universidades brasileiras. Assim como, a constituição e fortalecimento do campo da Saúde Coletiva e de experimentação de projetos de extensão universitária aderentes ao movimento ideológico da Saúde/Medicina Comunitária, estratégia norte americana criticada por promover a atenuação das tensões sociais e a inserção de comunidades como grupos de consumidores de serviços de saúde. Tais projetos, influenciados pelos princípios da Medicina Preventiva, mas introduzindo conceitos inovadores como participação comunitária, regionalização e integração docente-assistencial abriram espaços nos quais a discussão sobre saúde se processava tendo como referência a expropriação da força de trabalho pelo capitalismo como determinação essencial da doença (Paim, 2006).

Destes processos, estrutura-se uma aliança entre intelectuais, trabalhadores e técnicos da saúde, lideranças e ativistas populares, que questionam o modelo vigente de atenção à saúde, buscando organizar os serviços de modo alternativo, fazendo avançar a luta pelo direito à saúde.

Muitos profissionais, não raro, por demanda do movimento social, se engajam em experiências de atenção à saúde que emergem do meio popular, passando a conviver com os seus movimentos e sua dinâmica interna. O olhar para os serviços de saúde vai se tornando mais crítico, a partir dessa convivência, evidenciam-se lacunas entre os serviços e a população e novos modos de atenção são pensados e experimentados, dialogando-se com a cultura e interesses populares (Stotz, David & Wong Un, 2005; Vasconcelos; Oliveira, 2009).

Destaca-se neste momento pré-reforma sanitária brasileira, a criação do Movimento Popular de Saúde (MOPS), que junto agregava militantes de várias concepções ideológicas de esquerda, assim como, lideranças populares que se constituíram na luta por moradia, transporte, custo de vida e outras questões.

A partir de muitas práticas comunitárias e reflexões de cunho teórico e acadêmico, foram surgindo as bases do que hoje se constitui Educação Popular em Saúde, isto é, uma conjunção de saberes, vivências e práticas que se opõem à situação de opressão e exclusão social existente, apostando na construção do inédito viável. Esse processo imprime direcionalidade política às práticas de educação popular em saúde para um projeto de sociedade, no qual a saúde se insere como direito de cidadania e dever do Estado. Com esses acúmulos a educação popular em saúde vai se constituindo no cenário político por meio de movimentos populares (MOPS, Movimento da Zona Leste de São Paulo, Movimento Contra a Carestia) que se integram como atores políticos ativos no Movimento da Reforma Sanitária (Faleiros e col, 2006).

Nas rodas de conversa realizadas nesse período, formadas por trabalhadores e usuários, se construía o sentido da integralidade e da equidade, posteriormente incorporados como princípios do SUS, assim como, a afirmação da participação popular como força política do sistema de saúde, operado por meio de modelos organizacionais descentralizados, em que o nível local é à base do sistema. Logo, a Educação Popular em Saúde se fez presente em todo movimento político de formulação dos marcos históricos da Reforma Sanitária, nos antecedentes da VIII Conferência Nacional de Saúde, na Assembléia Constituinte, no texto Constitucional e na organização do SUS, principalmente na participação e controle social (Faleiros e col, 2006).

Além de prática pedagógica constante nos movimentos sociais populares, a Educação Popular em Saúde ganha dinâmica própria a partir da organização de espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos, conceitos e visões de mundo, atuando como dispositivos fundamentais para as lutas populares. Tais espaços se localizam nas universidades, nos serviços de saúde e nos movimentos sociais populares. Em 1990, foi constituída uma articulação nacional no sentido de ampliar a participação dos sujeitos comprometidos com o tema em virtude da informalidade com que o movimento estava estruturado, a despeito da mobilização evidente na realização de espaços presenciais, na criação de grupos acadêmicos e publicações.

Em dezembro de 1998, profissionais de saúde e algumas lideranças populares criaram a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, contando com apoio institucional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Apresentava como objetivos a formação ampliada de trabalhadores da saúde na perspectiva da Educação Popular; a apuração da metodologia adequada à conjuntura; a busca de integração mais intensa entre os diversos profissionais e lideranças populares envolvidos em práticas educativas espalhadas na América Latina e a luta pela reorientação das políticas sociais para torná-las mais participativas.

Em 2002, os atores que compõem essa Rede encaminharam ao Presidente recém-eleito, Luiz Inácio Lula da Silva, uma Carta na qual expressaram a intencionalidade política do movimento em participar do SUS. Evidenciava-se a Educação Popular em Saúde como prática necessária à integralidade do cuidado, à qualificação da participação e do controle social na saúde e às mudanças necessárias na formação dos profissionais da área. Como consequência em 2003, é instituída a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde na estrutura do Ministério da Saúde, integrando a nova Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Esta Coordenação tinha como finalidade o fortalecimento e a qualificação do controle social na saúde e o diálogo com os movimentos populares na perspectiva de ampliar a esfera pública de participação da sociedade civil, buscando também inserir o referencial da EPS na formação profissional da área da saúde.

Uma das estratégias implementadas neste momento foi o apoio à constituição de um espaço de interlocução entre os movimentos sociais populares e a gestão do sistema, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS). Para tanto, se desencadeou um processo participativo de mobilização e de reconhecimento das entidades, movimentos e práticas de educação popular em saúde. A realização de encontros estaduais de movimentos e práticas de educação popular em saúde identificou uma série de iniciativas e atores que se articulavam na luta por saúde.

A proposta articuladora orientada pela construção de redes solidárias apresentada pela ANEPS tem favorecido, além da agregação entre movimentos do campo e cidade, a constituição de novos coletivos como a ANEPOP (Articulação Nacional de Extensão Popular), relacionada aos processos de formação de profissionais, particularmente a política de extensão universitária. Tem contribuído também para o processo de educação permanente para o controle social na saúde e com outras ações relacionadas às políticas de saúde.

Em 2005, em meio às mudanças ocorridas na gestão federal, a Educação Popular em Saúde (EPS) foi realocada na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), onde foi instituída a Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social, apresentando uma direcionalidade maior para a promoção da participação popular e mobilização social na saúde. A EPS constitui-se hoje como elemento significativo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS).

Durante a implementação da ParticipaSUS, além do apoio aos coletivos e movimentos populares que atuam referenciados pela educação popular em saúde, foram desencadeadas ações de fortalecimento do processo instituinte da EPS. Dentre estas, destaca-se a publicação da Portaria GM/MS N°. 3060 de 2007, que dispõe sobre o repasse fundo a fundo dos recursos desta política, viabilizando o apoio às gestões estaduais nos processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS. Em 2009, a SGEP criou o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) com a missão de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de EPS, bem como, acompanhar o processo de formulação desta Política no contexto do SUS.

Logo, o processo de institucionalização vivenciado pela EPS nestes últimos anos provocou o desenvolvimento de várias ações referenciadas, sobretudo, na reflexão sobre a importância e significado que as práticas de educação popular em saúde possuem no contexto da gestão participativa e do cuidado integral em saúde. Tal processo mostra-se determinante para construção das bases políticas para a instituição do CNEPS, que foi o espaço de apoio à sistematização e formulação Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). Formado por representantes de movimentos populares, das práticas populares de cuidado, de suas redes e coletivos, das organizações, de instituições de pesquisa e de ensino e de áreas técnicas do governo federal, tem em sua constituição o reflexo da diversidade de atores implicados com a implementação desta Política.

Assim, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde foi pauta das reuniões deste coletivo a partir da problematização da realidade vivenciada na saúde por estes atores sociais construindo um processo de trabalho democrático e participativo em sua formulação. Compreendendo a formulação da PNEPS enquanto processo vivo, foram pactuadas estratégias no âmbito deste Comitê, dentre estas, a realização de seis Encontros Regionais de Educação Popular em Saúde a fim de garantir a escuta-ampliada e a formulação compartilhada desta Política.

Destaca-se também o papel das Tendas de Educação Popular em Saúde que tem contribuído na realização de eventos da área, como congressos científicos, conferências e seminários, incorporando o referencial da Educação Popular e seus atores na

construção do saber em saúde. Pelo papel que tem desempenhado na socialização do referencial da EPS no SUS configuram-se como espaços estratégicos no contexto da Política de Educação Popular em Saúde.

As Tendas Paulo Freire como costumeiramente tem sido nominadas, ao resgatar a participação popular e a concepção dialógica tem se configurado como espaços inovadores no contexto dos eventos da área da saúde. Permeadas pela ideia dos círculos de cultura desenvolvidos na pedagogia freireana, tem promovido o entrelaçamento entre a teoria e a prática, trazendo para cena atores historicamente invisibilizados neste contexto de produção do conhecimento e articulação política, como militantes, educadores e práticos populares de cuidado. Dentre suas metodologias participativas e problematizadoras, destacam-se as rodas de conversa, que de forma horizontal promovem o debate e a construção do saber referenciadas na cultura popular. Uma de suas características tem sido a construção compartilhada entre seus atores desde sua formulação, promovendo assim a visibilidade das ações e práticas de EPS e a articulação destas com espaços da gestão, do cuidado e da formação em saúde. Desta forma, os espaços das Tendas surgem como um contraponto à estrutura formal e baseada em áreas disciplinares que tende a predominar nos eventos científicos do setor saúde.

Inspiradas nas formulações dos coletivos e movimentos de educação popular em saúde*, as Tendas são articuladas na mobilização em defesa do direito à saúde e do SUS, buscando a articulação com parceiros locais, inauguram um novo jeito de fazer na realização dos eventos da área da saúde, a exemplo de conferências, congressos e seminários.

Muitos caminhos foram percorridos pelos movimentos e educadores populares, que fazem parte da trajetória de conquista, que proporcionam as bases para a implementação da PNEPS.

1.2 Algumas dimensões da Educação Popular em Saúde

A PNEPS concebe a Educação Popular como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.

*Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde; Rede de Educação Popular em Saúde; Articulação Nacional de Extensão Popular em Saúde; Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Movimento Popular de Saúde; Movimento dos Trabalhadores Sem Terra; Movimento das Pessoas Atingidas pela Hanseníase e Central de Movimentos Populares.

No campo da saúde a característica de práxis da Educação Popular, no sentido da ação-reflexão-ação, coloca-a como estratégia singular para os processos que buscam o cuidado, a formação, produção de conhecimentos, a intersectorialidade e a democratização do SUS.

A Educação Popular não se faz ‘para’ o povo, ao contrário, se faz ‘com’ o povo, tem como ponto de partida do processo pedagógico o saber desenvolvido no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e, procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir dos grupos populares, configurando-se assim, como referencial básico para gestão participativa em saúde.

Por meio da conjunção de saberes, vivências e práticas que se opõem à situação de opressão e exclusão social existente, a Educação Popular em Saúde busca identificar situações limites, entendidas como as que exigem transformação no contexto local por dificultarem a concretização dos sonhos de uma vida digna e ética, para o coletivo das populações. Para Freire (1997), é a partir do contexto concreto/vivido que se pode chegar ao contexto teórico, o que requer curiosidade, problematização, criatividade, o diálogo, a vivência da práxis e o protagonismo dos sujeitos na busca da transformação social. As situações limites, não são pontos de estagnação da luta social, ao contrário instigam mudanças, a partir do momento em que o trabalho crítico se instaura na ação humana, propondo os atos limites que subvertem a dominação e estabelecem o inédito viável. Esse processo imprime direcionalidade política às práticas de educação popular enquanto parte de um projeto de sociedade no qual a saúde esteja inserida como prioridade no modelo de desenvolvimento, a partir do enfrentamento de seus determinantes sociais, como direito de cidadania e dever do Estado.

A Educação Popular em Saúde pressupõe o conhecimento como produção histórico-social dos sujeitos construído a partir do diálogo. “O diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto na relação eu/tu e por seu inacabamento o sujeito está sempre se construindo mediatizado pelo mundo” (FREIRE, 1997). O diálogo pressupõe o amor ao mundo e às pessoas, a crença na natureza de ser mais do ser humano, a esperança e o reconhecimento das diferenças sem negá-las, contudo promovendo sua compreensão.

A problematização é elemento central que pressupõe a leitura crítica da realidade com todas as suas contradições buscando explicações que ajudem a transformá-la. Sua ênfase é no sujeito prático, que se transforma na ação de problematizar, possibilitando a formulação de conhecimento com base na vivência de experiências significativas como potências de transformação do contexto vivido, produzindo conhecimento e cultura.

A Educação Popular em Saúde tem construído sua singularidade a partir da contraposição aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população. Contudo, não se contrapõem nem ambicionam sobrepor o saber científico e sim agir compartilhada e dialogicamente com as práticas profissionais de saúde instituídas no SUS.

O jeito de fazer saúde acumulado tradicionalmente nas formas populares de cuidar, denominadas práticas populares de cuidado, tem desvelado possibilidades de construção de processos de cuidado dialogados, participativos e humanizados, acolhedores da cultura e do saber popular. Configuram-se em um processo de criação e

aprimoramento de caminhos para um fazer em saúde capaz de reconhecer o ser humano em sua totalidade, comprometida com a transformação da sociedade, o enfrentamento das iniquidades e com a emancipação dos sujeitos.

As práticas populares de cuidado, enquanto práticas sociais ocorrem no encontro entre diferentes sujeitos e se identificam com uma postura mais integradora e holística que reconhece e legitima crenças, valores, conhecimentos, desejos e temores da população. Constituem-se por meio da apropriação e interpretação do mundo pelas classes populares, a partir da sua ancestralidade, de suas experiências e condições de vida, contemplando a escuta e o saber do outro na qual o sujeito é percebido em sua integralidade e pertencente a um determinado contexto sociocultural. Estas práticas são desenvolvidas por diversos atores em distintos espaços, desde o espaço familiar, comunitário e mesmo institucional. Entre os muitos exemplos das práticas populares de cuidado e de seus atores podem ser citados raizeiros, benzedeiros, erveiros, curandeiros, parteiras, práticas dos terreiros de matriz africana, indígenas dentre outros.

Os valores e princípios presentes nas práticas populares de cuidado contribuem significativamente para a promoção da autonomia do cidadão no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos, autor de seus projetos de saúde e modos de andar a vida.

A PNEPS enquanto política compreende essas práticas como importantes elementos na mediação entre os saberes técnico-científicos e populares. Reconhece atores historicamente invisibilizados nos territórios pelos serviços de saúde sem a pretensão de torná-los oficiais, nem tão pouco profissionalizá-los, buscando visibilizá-los junto à sociedade e aos serviços de saúde no SUS.

Uma dimensão importante presente nas práticas de educação popular em saúde é a espiritualidade, entendida como a motivação profunda que orienta e dá sentido às opções de vida mais fundamentais das pessoas. Ela pode se assentar em valores e perspectivas religiosas ou não. Está fortemente presente na luta dos movimentos e nas práticas populares de cuidado. Refere-se a dimensões da subjetividade, nem sempre conscientes, que são fundamentais na estruturação desta motivação e precisam ser consideradas e valorizadas nas práticas de saúde.

A consideração da dimensão espiritual permite que motivações subjetivas, profundas para o trabalho e para a luta pela saúde, possam ser elaboradas e ampliadas coletivamente através do diálogo. Traz para o cotidiano do trabalho em saúde emoções, sentimentos e disposições que fortalecem o vínculo entre as pessoas, entre as comunidades e destas com o planeta, promovendo a solidariedade local e a integração da luta pela vida com a dinâmica ecológica. Permite também que a elaboração, não claramente consciente das pessoas em sofrimento desencadeado pelos problemas de saúde, possa ser trazida para as ações educativas e para a construção de novas práticas de saúde. Contribui assim, para o aprofundamento da integralidade em saúde por permitir que os projetos pessoais e coletivos sejam considerados na estruturação do cuidado.

A valorização da espiritualidade significa uma inovação epistemológica da educação popular em saúde, na medida em que supera a usual redução das ações educativas e das práticas de cuidado ao que é compreendido e orientado de forma racional e lógica. A mística desenvolvida por muitos movimentos sociais em suas reuniões e encontros é uma estratégia pedagógica da valorização da espiritualidade e cria condições para que o diálogo educativo inclua também a linguagem simbólica da sensibilidade, emoção e intuição.

Para que a espiritualidade em saúde se torne importante nas ações de promoção e de cuidado em saúde é preciso uma escuta sensível e de dinâmicas educativas que permitam sua manifestação e elaboração de forma respeitosa aos valores e escolhas das pessoas.

A Educação Popular em Saúde referencia a arte como processo no qual as pessoas, grupos e classes populares expressam e simbolizam sua representação, recriação e re-elaboração da realidade, inserindo-as em uma prática social libertadora, cujas expressões não se separam da vida cotidiana. Portanto, considera que trabalhar com a arte é a possibilidade de se vivenciar o fazer, onde o processo criativo que se instaura agrega outras dimensões, que não só a racional, trazendo também a estética popular capaz de produzir sentidos e sentimentos.

Considera a arte como dimensão dos sujeitos que potencializa o diálogo, capaz de realizar a problematização de forma criativa, onde se promove a reflexão das ações em saúde, superando a perspectiva simplista da arte como mero veículo ou instrumento. Nessa perspectiva de arte, grupos e indivíduos podem exercitar seu potencial criativo vivenciando de forma lúdica, e problematizadora, questões relativas ao seu cotidiano, constituindo-se sujeitos desse processo. O trabalho com a arte na Educação Popular em Saúde é alinhado às dimensões da amorosidade, da espiritualidade, da criatividade, do diálogo e da construção coletiva, trazendo para o agir em saúde a possibilidade de novas práticas e novas relações.

O sentido de pertencimento presente nas práticas de educação popular em saúde contribui para o fortalecimento de identidades e do espírito de coletividade, como é expresso nas redes construídas pelos coletivos, movimentos, articulações de nível nacional e local, necessários para ampliação da qualidade da saúde das populações. O apoio social construído nestas redes tem se manifestado importantes na promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

No campo internacional a implementação de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde, por seu objeto e intencionalidades, legitima-se desde que a participação social é expressa como uma diretriz consensuada pelos países articulados a Organização Mundial da Saúde, como manifestado na Declaração da Conferência de Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata (1978), a qual também teve como um de seus objetivos a incorporação de práticas de cuidado e cura da chamada medicina tradicional ou popular nos diversos sistemas.

Posteriormente reafirma-se a participação popular pela Carta de Ottawa (1986) oriunda da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na qual é apontado que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Explicita a necessidade de haver uma “capacitação, empoderamento de indivíduos/grupos a fim de promover a emancipação e responsabilidade dos cidadãos de todos os setores e em todos os contextos”.

Já na Declaração de Santa Fé de Bogotá (1992), a autonomia das populações é destacada indicando o compromisso em fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis, assim como, estimular o diálogo entre diferentes culturas de modo que o processo de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da região.

No Brasil a participação social é uma conquista constitucional, pois a Constituição de 1988 expressa em seu artigo N^o. 198 a participação da comunidade como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, perspectiva aprimorada na Lei 8.080/90 e 8.142/90.

No contexto do controle social instituído no SUS as Conferências Nacionais de Saúde são relevantes por seu papel de formular diretrizes para a qualificação das políticas de saúde. Destaca-se as deliberações da 12^a CNS (2004) que, em seu eixo temático Educação Popular em Saúde, apresentou uma série de deliberações contemplando estratégias e ações a serem implementadas nos três níveis de gestão do SUS, a fim de fortalecer a Educação Popular em Saúde no trabalho com o controle social, gestão, cuidado e formação em saúde. Já na 13^a CNS (2008) tais propostas foram reafirmadas e adensadas a proposta de inserção da Educação Popular em Saúde nos processos de ensino-aprendizagem realizados nas escolas do ensino fundamental. A 14^a CNS, ocorrida em 2011, dentre outras ações relativas, deliberou em sua Diretriz 2 em sua proposta 29 *Implementar a Política Nacional de Educação Popular, criando as comissões estaduais e promover campanhas educativas de prevenção, promoção à saúde e de conscientização sobre o SUS, utilizando-se dos diversos meios de comunicação, a exemplo de cartilhas e sítios interativos na internet, instrumentalizando a população para o exercício do controle social.*

Em 2007, por meio da Portaria n^o 3.027, de 26 de novembro foi instituída a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa que dentre seus eixos e ações expressa: fortalecer os movimentos e as práticas de Educação Popular e Saúde (EPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o Decreto N^o 5.974 da Presidência da República em seus Artigos 26 e 27².

Em 2005 o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto

² Decreto 5974 incisos VI - apoiar estratégias para mobilização social, pelo direito à saúde e em defesa do SUS, promovendo a participação popular na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde e Art. 27 (incisos: VI- apoiar estratégias para mobilização social, pelo direito à saúde e em defesa do SUS, promovendo a participação popular na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde; IX Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, que tem como princípio a afirmação do protagonismo popular na formulação, fiscalização, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.

em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto em Defesa do SUS que envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos e de defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

Para efetivar este Pacto apresenta-se a necessidade de um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

Em 2009 o Ministério da Saúde institui por meio da Portaria N° 1.256 de 17 de junho o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, espaço colegiado com a participação de representantes da gestão do SUS e dos movimentos populares cujo objetivo primeiro é participar da formulação, acompanhamento a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS.

3. PRINCÍPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PNEPS

A PNEPS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS. 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.

Os pressupostos teórico-metodológicos ou diretrizes como convencionalmente são apontados, contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde. A apresentação demarcada destes elementos busca promover a melhor compreensão em uma perspectiva didática, porém destaca-se que são componentes de um todo, são partes articuladas de um processo integral e único e como tal configuram-se em pressupostos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

➤ Diálogo

O ser humano está em constante construção e aprendizado, não há quem tudo sabe assim como não há quem nada sabe. Dialogar é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, portanto, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade.

O diálogo acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade contribuindo com os processos de transformação e humanização. Contrapõe-se assim, à visão de mundo estática e pessimista, ao afirmar que o mundo e os sujeitos que dele fazem parte e o constroem estão em permanente transformação.

Volta-se para a realidade que nos desafia, a problematiza e contribui com a elaboração de estratégias para superação desses desafios, ampliando nossa capacidade crítica sobre a própria realidade. Implica escuta interessada, humildade para aprender,

amorosidade para o encontro, esperança na mudança de si, do outro e da realidade. O diálogo é colaboração, troca, interação e se faz numa relação horizontal em que a confiança de um no outro é consequência. Implica um respeito mútuo que o autoritarismo não permite que se constitua. O pensamento crítico de um, não anula o processo de construção do pensamento crítico do outro e os conflitos são explicitados e não silenciados. Não nivela, não reduz um ao outro, não é bate-papo ou conversa desinteressada; a palavra traz a riqueza da história de vida de cada um e seu posicionamento, avaliação e coerência entre o pensar e o agir frente à realidade.

Trata-se de uma perspectiva crítica de construção do conhecimento, de novos saberes, que parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes e iniciativas, contrapondo-se à prática prescritiva. O diálogo não torna as pessoas iguais, mas possibilita nos reconhecermos diversos e crescermos um com o outro; pressupõe o reconhecimento da multiculturalidade e amplia nossa capacidade em perceber, potencializar e conviver na diversidade.

➤ **Amorosidade**

A valorização da amorosidade significa a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. Permite que o afeto se torne elemento estruturante da busca pela saúde. No vínculo afetivo criado na relação educativa em saúde surge uma emoção que influencia simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade, não apenas pela elaboração racional. A amorosidade aciona um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde.

Por meio do vínculo afetivo, se fortalece o reconhecimento e o acolhimento do outro enquanto sujeito portador de direitos e construtor de saberes, cultura e história. Ensejando um clima de confiança e acolhimento entre as pessoas, possibilita a explicitação de dimensões ainda pouco elaboradas ou que são consideradas socialmente inadequadas, mas importantes para a estruturação dialogada de práticas de cuidado que incorporam aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população. A amorosidade é, portanto, uma dimensão importante na superação de práticas desumanizantes e na criação de novos sentidos e novas motivações para o trabalho em saúde.

O afeto e a humildade, constituintes da amorosidade, se diferenciam das situações de submissão presentes nas relações de dependência emocional, não podendo ser confundida com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Ao contrário, fortalece o compromisso com a superação de situações de sofrimento e injustiça. Enquanto referencia para a ação política, pedagógica e de cuidado, a amorosidade amplia o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem às explicações e argumentações. Assim, traz um novo significado ao cuidado em saúde, fortalecendo processos inovadores já em construção no SUS como a

humanização, o acolhimento, a participação social e o enfrentamento das iniquidades em saúde.

➤ **Problematização**

A problematização implica a existência de relações dialógicas e enquanto um dos princípios da PNEPS propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade. A experiência prévia dos sujeitos é reconhecida e contribui para a identificação das situações limite presentes no cotidiano e das potencialidades para transformá-las por meio de ações para sua superação.

Discute os problemas surgidos nas vivências com todas as suas contradições. O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente.

Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limite vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir.

A ampliação do olhar sobre a realidade com base na ação-reflexão-ação e o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização permite que homens e mulheres se percebam sujeitos históricos, configurando-se em um processo humanizador, conscientizador e de protagonismo na “busca do ser mais.”

➤ **Construção compartilhada do conhecimento**

Conhecer é um processo histórico e cultural socialmente construído. Construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

Incorpora sonhos, esperanças e visões críticas e os direciona na produção de propostas de enfrentamento e superação dos obstáculos historicamente constituídos em situações limites para a vida cotidiana de forma a desenvolver novas práticas, procedimentos e horizontes.

Como resultado do diálogo, envolve a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde, considerando a integração e articulação entre saberes, práticas, vivências e espaços, no sentido de promover o cuidado e a construção dialógica, emancipadora, participativa, criativa nos processos educativos, de gestão e cuidado em saúde.

O compartilhamento de um grupo ou coletivo na produção de idéias, intenções, planos e projetos na esfera da teoria, da técnica ou da sabedoria prática tem como base a

prática do diálogo que acontece no encontro com formas diferentes de compreender os diversos modos de andar a vida, nas rodas de conversa com os coletivos sociais, na complementaridade entre as tecnologias científicas e populares e nos amplos sentidos que a saúde apresenta.

A construção compartilhada como recurso para compreender e transformar as ações de saúde desde suas dimensões epistemológicas, teóricas, conceituais, políticas e práticas, tem como ponto de partida o conhecimento e as exigências normativas que são produzidas e acumuladas pela vivência subjetiva de cada um, tornando-se evidentes no encontro entre os sujeitos diversos.

➤ **Emancipação:**

É um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos, sejam protagonistas por meio da reflexão, o diálogo, a expressão da amorosidade, a criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro.

Ter a emancipação como referencial no fazer cotidiano da saúde, pressupõe a construção de processos de trabalho onde os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde em busca do inédito viável.

➤ **Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular**

A PNEPS reafirma o compromisso de construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

A construção desse Projeto Democrático e Popular pressupõe a superação da distância entre o país que temos e o que queremos construir, superando as diversas formas de exploração, alienação, opressão, discriminação e violência ainda presentes na sociedade que desumanizam as relações, produzem adoecimento e injustiças, visando à transformação da realidade, com vistas à emancipação.

O Projeto Democrático e Popular promotor de vida e saúde caracteriza-se por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia

participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto.

4 EIXOS ESTRATÉGICOS

A análise da sociedade atual na qual se inscreve o Sistema Único de Saúde, marcada por valores individualistas e mercantilistas, aponta a necessidade de fortalecimento do Sistema de acordo com o ideário do Movimento da Reforma Sanitária, ou seja: como projeto coletivo que compõe um dos pilares para a conquista de uma sociedade justa e democrática.

Embora nos últimos anos diversos esforços tenham sido empregados por meio de políticas públicas de saúde marcadas pela valorização de princípios como equidade, participação e humanização, a mudança do modelo de atenção em saúde ainda é um desafio. As ações de saúde ainda são marcadas hegemonia da cultura medicamentosa e hospitalar, consistindo em uma perspectiva de cuidado que preserva a racionalidade biomédica, identificando as pessoas como “meros pacientes” portadores de patologias, em detrimento de uma concepção ampliada do cuidado, negando seu papel enquanto sujeito de saberes, vivências, direitos e poder de decisão.

Situações como essas expressam a necessidade de uma reorientação nas formas de cuidado e promoção da saúde, assim como, na descentralização e democratização da gestão, na participação e controle social, na formação, comunicação e produção de conhecimento e na intersectorialidade das políticas públicas.

Diante das contribuições da Educação Popular em Saúde à superação dos desafios apresentados na atual conjuntura do Sistema Único de Saúde apresenta-se como Eixos Estratégicos para implementação da PNEPS-SUS:

➤ Participação, Controle Social e Gestão Participativa

A Educação Popular em Saúde enfatiza a necessidade de criar espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, ampliação e criação de diálogos, trocas de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença.

Nesse sentido, apresenta metodologias e tecnologias que colaboram com a ampliação da participação popular e do controle social na perspectiva da gestão participativa no SUS, tanto no que diz respeito ao reconhecimento e defesa do direito à saúde, quanto ao compartilhamento do poder institucional em todos os níveis do Sistema. Apresenta princípios éticos significativos para o desenvolvimento das práticas de cuidado e da gestão em saúde.

Pretende-se fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas.

➤ **Formação, Comunicação e Produção de Conhecimento**

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

Destaca-se dentre as estratégias as ações de formação, produção de materiais didático-pedagógicos no âmbito acadêmico, dos movimentos populares e no cotidiano dos serviços; ênfase na aprendizagem significativa de novos conhecimentos; na educação permanente dos atores sociais envolvidos no SUS; e no diálogo para as trocas e integração de saberes.

Visa fortalecer a produção, sistematização e socialização de conhecimentos; a qualificação de informações para o enfrentamento participativo dos determinantes sociais da saúde, a construção e compartilhamento de tecnologias de comunicação pautadas pelo respeito à sabedoria popular e pela valorização da diversidade cultural. Nessa perspectiva fomenta-se o protagonismo de comunicadores populares no SUS fortalecendo a temática da saúde nas diversas linguagens e formas de comunicação.

➤ **Cuidado em Saúde**

A Educação Popular em Saúde compreende o cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes. Aponta a construção de horizontes éticos para o cuidado em saúde não apenas como ação sanitária, mas social, política, cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva da produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado permeadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia.

A fim de fomentar a compreensão ampliada do cuidado em saúde a PNEPS reforça o reconhecimento e a convivência dos modos populares de pensar, fazer e gerir a saúde, promovendo o encontro e diálogo destes com os serviços e ações de saúde.

Fortalecer as práticas populares de cuidado implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como, aprimorar sua articulação com o SUS.

➤ **Intersetorialidade e diálogos multiculturais**

Considerando o conceito ampliado de saúde e a importância do enfrentamento aos determinantes sociais de saúde, a PNEPS ao referenciar a educação popular em

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

Neste contexto, os territórios locais são ambientes estratégicos nos quais se faz necessário a identificação, reconhecimento e articulação entre os dispositivos e forças sociais existentes, articulando as necessidades e desejos da população às respostas institucionais.

O desafio posto está na possibilidade da construção dialogada e compartilhada dessas repostas, na articulação e mobilização social nos diferentes níveis (local, regional, nacional e internacional) e na perspectiva de fortalecer o referencial da educação popular nas políticas públicas.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.

5.2 Objetivos Específicos

1. Promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras;
2. Fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS;
3. Reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde;
4. Fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde;
5. Incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde;
6. Apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde;

7. Contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares.
8. Contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas Políticas Públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde;
9. Apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas
10. Contribuir com a Educação Permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde;
11. Assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS.

6. RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES RELACIONADAS À GESTÃO DO SUS

6. Responsabilidades e Atribuições Relacionadas à Gestão do SUS

6.1 Ministério da Saúde e Órgão Vinculados

- Implementar as ações da PNEPS-SUS incorporando-as nos Planos Plurianual e Nacional de Saúde;
- Estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas no âmbito do CNEPS;
- Garantir financiamento para implementação da PNEPS de forma integral;
- Promover a articulação intrasetorial permanente para a implementação da PNEPS-SUS;
- Promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS.
- Apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde para implementar a PNEPS;

6.2 Secretarias Estaduais de Saúde

- Garantir a inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA respectivo;
- Estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil que implicados com a educação popular em saúde;
- Pactuar o Plano Operativo da PNEPS-SUS no âmbito da Unidade Federada na Comissão Intergestora Bipartite;

- Apoiar tecnicamente as Secretarias Municipais de Saúde para implementar a PNEPS;
- Garantir financiamento solidário aos municípios para a implantação da PNEPS;
- Promover a articulação intra-setorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS;
- Promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com à PNEPS.

6.3 Secretarias Municipais de Saúde

- Garantir a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA respectivo setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;
- Estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil que implicados com a educação popular em saúde;
- Implementar O Plano Operativo da PNEPS;
- Garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS;
- Promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS;
- Promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com à PNEPS.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, N. F. **A Construção de Novos Paradigmas na Medicina: A medicina alternativa e a medicina complementar**. In: CANESQUI, A. M. Org. Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 201-213.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. Série História em movimento. 4 ed. São Paulo: Ática, 2003.

BRANDÃO, C. R. **Lutar com a palavra: escritos sobre o trabalho do educador**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. **O que é educação popular**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out., 1988. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm

_____. **Lei 8.142/9, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez., 1990. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca**. Série D Reuniões e Conferências. Brasília – Editora do Ministério da Saúde, 2004, 230 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento**. Série C Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – Editora do Ministério da Saúde, 2008, 246 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1256/GM, de 17 de junho de 2009**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 julho, 2010. Disponível em URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1256_17_06_2009.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.

_____. Secretaria Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2008.

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá, 1986. (disponível em www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm)

Carta de Santafé de Bogotá. Declaração da Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Colômbia, 1992. (disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>)

DARON, V.L.P. **Educação, cultura popular e saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais**, 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão, 1978. (disponível em www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm)

Documento construído pela ANEPS e Rede de Educação Popular e Saúde durante o 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, realizado entre os dias 15 a 18 de julho de 2006 em São Paulo.

CONCEIÇÃO, P. S de A et al. **Pintadas (BA), uma experiência de articulação entre a academia e os movimentos populares**, 1992. Saúde em Debate, v. 41. P. 14-19, 1993.

FALEIROS, V.; VASCONCELLOS, L.C.F.; SILVA, J.F.S.; SILVEIRA, R.M.G.; **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006, 300p.

FÁVERO, O. (org.) **Cultura Popular, Educação Popular: memória dos anos 60**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. 283 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1978.

_____. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo, Paz e Terra, 1997.

JARA, O. “**El reto de teorizar sobre la práctica para transformarla**”. In Gadotti, M. & Torres C.A. *Educação Popular - Utopia latino-mericana*. São Paulo: Cortez Editora: Editora da Universidade de São Paulo, 1994

LUZ, M. T. **Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 5. P. 293-312, 2000.

GUIMARÃES, M. B. L.. **Feminização da pobreza e religiosidade**. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B.(Org.). Para compreender a pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005, v. P. 169-189.

LAPLANTINE, F.. RABEYRON, P.L.. **Medicinas Paralelas** (Tradução por Ramon Américo Vasques). São Paulo: Brasiliense, 1989.

MANFREDI, S.M. **Política: educação popular**. São Paulo: Símbolo, 1998.

MARTINS, P. H.. **Contra a Desumanização da Medicina: Crítica sociológica das práticas médicas modernas.** Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S.. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

OLIVEIRA, E. R.. **O que é medicina popular.** São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

PAIM, J. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.** Salvador-Ba: EDUFBA, 2006.

PALUDO C. **Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o Campo Democrático Popular.** Porto Alegre: Tomo Editorial, Camp, 2001.

PARRA, R.; RAMA, G. W.; HERRERA, J.R. y TEDESCO, J.C.. *La educación popular en América Latina.* Buenos Aires: Kapelusz, UNESCO - CEPAL – PNUD, 1984.

PEDROSA, J. I. S. **Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde.** In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. (Org.). **Educação e Saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 71-100.

PEREIRA, W. B. B. **Breve Reflexão Sobre o Cuidar e a Fronteira que Separa O Cuidado Humano do Cuidado Profissional.** In: LEITE, J. O. P, BATISTA, W. S. *Memórias do Cuidado: enfermagem, compaixão e ética na Amazônia.* São Paulo: Loyola, 2004. P.39-50.

ROMÃO, F.. **Arte, Ciência e Educação na Perspectiva Compartilhada do Conhecimento.** *Jornal Nós da rede: boletim da Rede de Educação Popular em Saúde.* N. 3, 2000, p. 5.

REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. **Carta: a Educação Popular em saúde e o governo popular e democrático do Partido dos Trabalhadores.** *Nós da Rede - Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde.* Recife, n. 3, p. 6-8, 2003.

SANTOS, B. S.. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa.** Rio de Janeiro. Editora Record, 2003. p. 455- 559.

STOTZ, E. N.. **Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde.** *Cadernos de Textos VERSUS BRASIL 2004;* Brasília: Ministério da Saúde.

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

VALLA, V. V.. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. n.15, supl.2, p.7-14, 1999.

VASCONCELOS, E. M.. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família.** HUCITEC, 1999.

_____. **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2006.

_____. **Da articulação Nacional à Rede de Educação Popular e Saúde.** Jornal Nós da Rede : boletim da Rede de Educação Popular e Saúde. N. 3, p. 3,10. 2000.

_____. **Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde.** Interface – comunicação, saúde, educação, Botucatu,v. 5, n. 8, p.121-126, 2001.

_____. **Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n°. 1, p. 67- 83, 2004.

VASCONCELOS, V. O. ; Oliveira, M.W. . **Educação popular: uma história, um que-fazer.** Educação Unisinos, v. 13, n°. 2, p. 135-146, 2009.