

## **PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO POPULAR: SUAS ESPECIFICIDADES E POTENCIALIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

## **SOCIAL PARTICIPATION FROM THE PERSPECTIVE OF POPULAR EDUCATION: ITS SPECIFICITIES AND POTENTIALITIES IN PRIMARY HEALTH CARE**

Volmir José Brutscher\*  
Pedro José Santos Carneiro Cruz\*\*

**RESUMO:** O presente artigo aborda a participação social na perspectiva da educação popular, com o objetivo de analisar as especificidades e potencialidades da participação na Atenção Primária à Saúde (APS). Caracteriza-se metodologicamente como abordagem teórica, situada nos referenciais da análise dialética, utilizando-se de bibliografia clássica e amplamente referenciada, bem como da livre observação de experiências acompanhadas. Como resultados, percebeu-se uma relação direta entre a participação social, orientada pela educação popular, e a peculiaridade da Atenção Primária à Saúde. Esta, embora caracterizada pelo diálogo fraterno e solidário, por vezes tenso e conflituoso, dá-se, sobretudo, de maneira fundamentalmente construtiva entre os diferentes sujeitos, saberes e prioridades. Assim, contribui para a distinção da APS no Sistema Único de Saúde (SUS) perante outros modelos de atenção e cuidado.

**Palavras-chave:** Educação popular; Participação social; Atenção primária à saúde.

**ABSTRACT:** This article addresses social participation from the perspective of popular education, with the aim of analyzing the specificities and potential of participation in Primary Health Care (PHC). It is methodologically characterized as a theoretical approach, located in the references of dialectical analysis, using classic and widely referenced bibliography, as well as the free observation of accompanied experiences. As a result, there was a direct relationship between social participation, guided by popular education, and the peculiarity of Primary Health Care. This, although characterized by fraternal and solidary dialogue, sometimes tense and conflicting, occurs, above all, in a fundamentally constructive way between different subjects, knowledge and priorities. Thus, it contributes to the distinction of PHC in the Unified Health System (SUS) in relation to other models of care and care.

**Keywords:** Popular education; Social participation; Primary health care.

---

\* Doutorado em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da Universidade de Pernambuco (UPE). Contato: volmir.brutscher@gmail.br

\*\* Doutorado em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPB.

## INTRODUÇÃO

O processo de participação social constitui um elemento fundante do agir cidadão democrático. No setor da saúde, é uma iniciativa de caráter coletivo e individual, em que não só inclui aspectos relativos à obrigatoriedade dos espaços institucionalizados dos conselhos e das conferências. Ela contribui também para o que comumente denominamos controle social no cotidiano dos serviços, bem como para uma saúde pública, gratuita e de qualidade para todos (COELHO, 2012). Não deve haver limites para a criatividade e proatividade das pessoas na criação em caso de demanda concreta de espaços, iniciativas, experiências, grupos e movimentos. Especialmente, aqueles dedicados à consolidação da participação das pessoas na gestão dos serviços de saúde, assim como na própria organização e reestruturação destes – particularmente naqueles de cunho local, onde há ainda maior proximidade entre usuários, trabalhadores, gestores.

Em que pese sua importância enquanto reconhecimento institucional nos espaços públicos e como elemento precípua da gestão em saúde, há tensionamentos e fragilidades políticas que obstaculizam a organicidade da participação social nos dias de hoje. Os chamados espaços de participação social nas políticas públicas vêm sofrendo vulnerabilidades, principalmente no que consiste à baixa representatividade. Isso é evidenciado na dominação dos grupos mais organizados, nas fragilidades na comunicação e, mais recentemente, no ataque de movimentos políticos conservadores que, mobilizados por uma perspectiva política autoritária e liberal da gestão das políticas sociais, vêm colocando à margem a participação como elemento basilar do exercício cidadão.

Dessa forma, não se pode desistir nem tampouco abrir mão da qualificação dos espaços instituídos de participação. Ao mesmo tempo, não se pode fraquejar na busca pela instituição de espaços sociais que priorizem a escuta da sociedade civil, no sentido de fortalecer os processos democráticos. Espaços locais de participação são fundamentais para a construção de políticas e serviços de saúde, de modo que a população se sinta parte do

Sistema Único de Saúde (SUS), se aproprie coletivamente e participe das “tomadas” de decisão. Esse é o caminho para se superar a simples formalidade burocrática da participação, possibilitando a contribuição direta para uma saúde pública gratuita e de qualidade para todos (COELHO, 2012).

Nessa direção, compreende-se que, historicamente, a participação social na saúde vai muito além daquela prevista institucionalmente. Inclui os movimentos sociais arraigados no contexto popular – encharcados de povo, de modo participativo e atento às necessidades populares –, os quais apresentam contribuições relevantes às ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Tais movimentos possuem ainda um papel importante na luta pelo direito à saúde e na construção e consolidação do SUS. As reflexões e problematizações sobre as pluralidades do fazer em saúde ganham grandes contribuições diante das discussões, práticas, socializações e compartilhamentos dos saberes desses movimentos e de suas práticas sociais, comunitárias e ancestrais (CHAVES et al., 2014).

A participação social, na perspectiva da educação popular, desvela o que constitui um dos aspectos centrais no que consideramos ser Atenção Primária à Saúde, pois lhe dá sentido e razão peculiares de ser, perante outros modelos de atenção e cuidado, caracterizada pela construção compartilhada com o saber popular, considerando as demandas e lógicas do povo. A participação social dá identidade à Atenção Primária, uma vez que o serviço não pode focar somente na lógica profissional, tampouco apenas na lógica gerencial dos governantes de plantão e nem apenas nos interesses comunitários.

Dessa forma, tem-se na APS um serviço que é resultado de um diálogo fraterno, solidário, tenso, conflituoso, mas fundamentalmente construtivo entre diferentes sujeitos, lógicas, saberes e prioridades. Sendo assim, constitui um serviço feito na diversidade e, portanto, coerente tanto com o caráter multifacetado do território de atuação, quanto com uma perspectiva de resolutividade e eficiência, na medida em que a conjunção de diferentes frentes e esforços de muitos sujeitos diversos corrobora mais facilmente para mobilizar respostas de enfrentamento, tratamento, cuidado e resolução dos problemas.

É em face do exigente e desafiador contexto atual – onde a participação social vem sendo constantemente ameaçada enquanto direito social e prática da agenda pública, social e política brasileira – que o presente ensaio é elaborado. Seu propósito é situar e apresentar, na concepção da educação popular, uma contextualização do que entendemos por participação social, delimitando, em particular, suas especificidades e potencialidades para a estruturação dos serviços e das ações na Atenção Primária à Saúde.

### **ELEMENTOS DA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO POPULAR E POSSIBILIDADES PARA A APS**

Na educação popular, o termo “popular” não tem a pretensão de simplesmente adjetivar a educação, como se fosse uma educação para situações específicas, do tipo para pobres ou para quem não frequentou a educação regular. O termo “popular” é parte substantiva da educação. Refere-se à qualidade ou à concepção. Logo, a educação popular é uma concepção de educação que se caracteriza pela sua trajetória histórica. Por sua vez, a educação popular contemporânea, que tem em Paulo Freire um dos seus principais expoentes, qualifica-se, centralmente, pelo compromisso político-pedagógico que assume com os sujeitos sociais populares.

Sendo assim, a educação popular pode ser qualificada pelo contexto em que surge, pelo conceito que assume, pelo objetivo com que opera, pelos sujeitos que a protagonizam e pela metodologia com que se desenvolve. São estes aspectos que a qualificam como uma concepção de educação que pode ser operada em todos os espaços. Obviamente, há espaços que se apresentam mais férteis para o seu desenvolvimento. Refletiremos, brevemente, sobre cada um desses aspectos e o que representam para a participação social.

O contexto em que a educação popular surge e se desenvolve é caracterizado pela resistência à opressão. Por essa razão, a educação popular, provavelmente, esteja com certa presença na história desde os primórdios. No entanto, como concepção de educação, assim como a entendemos contemporaneamente, ela foi se desenvolvendo aos poucos.

Paludo (2010) fala em “lampejos” de educação popular presentes nos movimentos de operários da Europa e na Revolução Francesa. Na América Latina, contexto em que a educação popular foi sistematizada como concepção ou paradigma de educação, ela ganha corpo, primeiramente, com a resistência dos indígenas à invasão e apropriação europeia e, em seguida, com a resistência dos escravos à opressão de seus senhores, por meio de fugas e criação de quilombos. Em seguida, vai ganhando corpo com a reflexão, organização e resistência de intelectuais orgânicos e de movimentos populares às desigualdades, injustiças e opressão praticados pelos representantes dos interesses das elites locais e do colonialismo e imperialismo multinacional. Até hoje, a opressão, principalmente a de classe, mas também a de todas as ordens – racismo, machismo, sexismo, homofobia e preconceitos de todo tipo –, e, por sua vez, a resistência a elas, bem como a luta pelo “inédito-viável”<sup>1</sup> (FREIRE, 2003), constituem o contexto próprio e fértil da educação popular. A participação social é uma forma de resistência à política centralizadora e autoritária e de luta pelo novo, pelo inédito.

O conceito de educação popular não consiste em uma definição simples e fechada. Em função da amplitude e complexidade, muitos especialistas da área não ousam uma definição, mas não deixam de expressar o que entendem em relação ao conceito. Sem pretensão de querer apresentar um conceito completo, destacamos um aspecto que consideramos fundamental: seu compromisso político com um projeto popular e democrático de sociedade. Em geral, a perspectiva política da educação não costuma ser assumida; muitas vezes, até é ocultada. Historicamente, a educação é usada para exercer, de forma hegemônica, um papel silencioso e velado de reprodução do sistema dominante e de sua ordem vigente. A educação popular, na sua concepção contemporânea, faz questão de explicitar e assumir a dimensão política da educação.

---

<sup>1</sup> Conforme Paulo Freire, o “inédito-viável” consiste no “ato-limite” de enfrentamento da “situação-limite”. Na *Pedagogia do Oprimido*, Freire (2003, p. 94) escreve em nota de rodapé: “A libertação desafia, de forma dialeticamente antagônica, a oprimidos e a opressores. Assim, enquanto é, para os primeiros, seu ‘inédito viável’, que precisam concretizar, se constitui, para os segundos, como ‘situação-limite’, que necessitam evitar”. Em suma, o inédito viável é a novidade que há de se partilhar em que mulheres e homens sejam em processo democrático e dialógico de libertação.

Freire (1992) defende que os educadores sempre devem se perguntar: “a favor de quem e contra quem estou educando?”. Não admite o pseudodiscurso da neutralidade, que favorece às classes e aos sistemas dominantes. Em *Pedagogia da Indignação*, afirma: “uma das primordiais tarefas da pedagogia crítica radical libertadora [...] é trabalhar contra a força da ideologia fatalista dominante, que estimula a imobilidade dos oprimidos e sua acomodação à realidade injusta, necessária ao movimento dos dominadores”. Na mesma página, diz que é preciso “defender uma prática docente em que o ensino rigoroso dos conteúdos jamais se faça de forma fria, mecânica e mentirosamente neutra” (FREIRE, 2000, p. 43).

Em oposição à postura da neutralidade, a educação popular assume o lado das necessidades e interesses dos sujeitos sociais populares. Por isso, cabe chamar atenção para a centralidade da educação popular contemporânea: sua vinculação com um projeto sociopolítico inédito viável (democrático, popular, cooperativo) e, conseqüentemente, seu comprometimento teórico e prático, científico e político, com os sujeitos sociais populares no enfrentamento de todo tipo de injustiça e de opressão (BRUTSCHER; SCOCUGLIA, 2017). A participação social nas políticas públicas é uma forma de compreender e defender projetos e programas que venham a atender os interesses dos sujeitos sociais populares.

O objetivo geral da educação popular, uma vez que esta surge e se desenvolve na resistência à opressão, só pode ser o de libertar os oprimidos e transformar o sistema de opressão. Portanto, visa transformar a realidade, tanto as relações como as estruturas de opressão social. Propõe-se também, como objetivo específico, constituir e fortalecer sujeitos, individuais e coletivos, com criatividade e atitude de fazer história, de efetivar o inédito viável. Cuidando para que o processo político-pedagógico contribua sempre para o constituir-se sujeito com os outros.

A educação popular, por meio da pedagogia e práxis dos oprimidos, jamais pretende substituir os opressores, mas enfrentar e combater a opressão em todos os níveis. Este entendimento, a compreensão da necessidade de

transformação, é fundamental para orientar a participação social como um todo e, logicamente, na APS.

Os principais sujeitos da educação popular, pelo que já foi dito, só podem ser os próprios oprimidos e oprimidas. Uma das questões que se impõe é: quem são os oprimidos hoje? A opressão assume várias faces e características, mas os oprimidos e oprimidas apresentam uma identidade comum: são roubados e diminuídos em sua humanidade, dignidade e autoestima. A pobreza provavelmente seja a pior de todas as opressões, mas esta se agrava na condição de mulher, negro, homossexual e, mais ainda, quando alguém reúne várias destas características. Apesar disso, a opressão não pode ser reduzida à questão de classe social. Uma vez que a opressão de gênero, por exemplo, perpassa todas as classes.

Segundo a tese freiriana, o enfrentamento à opressão, bem como a libertação, passa obrigatoriamente pela pedagogia do oprimido. O que significa que a condição é o oprimido tomar consciência da sua situação e lutar, preferencialmente no coletivo, para transformá-la. Aliados serão bem-vindos, mas apenas para fortalecer a luta dos próprios oprimidos e jamais para fazê-la por eles. Porque a libertação não pode ser dada; ela precisa ser conquistada para se constituir em direito, e nunca em caridade ou favor. Nessa perspectiva, a participação social deve se abrir aos sujeitos sociais populares e permitir que eles sejam os protagonistas do processo.

A metodologia da educação popular – para combater a opressão e contribuir com os oprimidos para que se construam como sujeitos protagonistas da própria libertação – opera, centralmente, com dois princípios fundamentais: partir da realidade, vida e saber dos envolvidos nos processos educativos, por meio da escuta, diálogo e problematização; e realizar a educação vinculada à organização dos sujeitos, em torno de necessidades e direitos, fazendo com que os problemas, principalmente os ligados a algum tipo de opressão, deixem de ser problemas individuais e alcancem uma dimensão e participação coletiva. A participação social nas políticas públicas, no SUS, na APS – na medida em que luta para resolver os problemas de saúde e outros problemas da

população, contribuindo para transformar e humanizar o Sistema – não deixa de ser um processo de educação popular.

Essa perspectiva da educação popular tem um potencial enorme para contribuir com a participação social na APS, especialmente a ideia do ser sujeito, do compromisso com a causa dos sujeitos sociais populares e a luta pelo inédito viável.

### **A CENTRALIDADE DOS SUJEITOS POPULARES, DAS PRÁTICAS DE SAÚDE COMUNITÁRIA, DOS TRABALHOS SOCIAIS E DOS PROCESSOS EDUCATIVOS**

Segundo Vasconcelos (2009a), na década de 1970 – período da concepção remota do SUS e do modelo de Atenção Básica à Saúde implementado no Brasil (a Estratégia Saúde da Família) – foram organizadas diferentes experiências de saúde comunitária, ligadas diretamente, em sua maioria, às igrejas cristãs. Também é a partir dessa década que vários profissionais e técnicos de saúde passam a atuar junto às classes populares e começam a se deparar com os sujeitos sociais locais, como sendo um novo e importante ente interlocutor na construção de práticas e ações de saúde (VASCONCELOS, 2009b).

A partir dessas iniciativas, surgiram e se desenvolveram vários trabalhos sociais e profissionais, construídos com sujeitos populares e orientados pela convivência cotidiana com a realidade social de seus protagonistas, bem como pelo respeito e valorização da dinâmica comunitária, percebendo suas especificidades e complexidades. Muitos dos profissionais que enfrentaram as lutas pela Reforma Sanitária encontravam-se inseridos nesse contexto (VASCONCELOS, 2009a).

Assim, nessas iniciativas pioneiras constituídas na aurora da Atenção Primária à Saúde no Brasil, as práticas de saúde comunitárias foram se delineando pela aproximação com as classes populares e os movimentos sociais. Para tanto, por meio de um processo de comunicação e integração entre profissionais dos espaços institucionais e sujeitos de comunidades urbanas e rurais. Através dessas iniciativas, objetivando a imersão na realidade



local, para que, dessa forma, se pudesse tornar a organização das ações de saúde mais humanizada e em sintonia com a cultura popular e as realizações de cidadania (OLIVEIRA et al, 2014).

O progressivo e insistente movimento de construção dessas práticas profissionais e desses trabalhos sociais em saúde comunitária delineava um mosaico de ações de saúde, individuais ou coletivas, que corroboram para avanços políticos e educativos no contexto comunitário. Até meados da década de 1980, era relevante a valorização das diferentes dinâmicas culturais e organizativas de enfrentamento dos problemas locais, bem como o investimento na criação de práticas sanitárias baseadas no trabalho coletivo e solidário. Notava-se que havia um grande interesse em se repensar as práticas e caminhos possíveis para que fosse possível enfrentar os problemas sociais, potencializando o empoderamento das pessoas e dos grupos e sua capacidade de mobilizações, na direção de pensar estratégias (VASCONCELOS, 2009a).

Tais aspectos históricos revelam que a participação popular é muito mais do que uma diretriz dentre os objetivos organizativos da Atenção Básica à Saúde, indo muito além de ser um princípio do SUS (participação da comunidade); são, no entanto, constituintes inerentes às práticas locais e comunitárias de cuidado em saúde desde seus primórdios. Não para ser um elemento discursivo apenas, ou para defender uma bandeira, mas porque, nessas iniciativas pioneiras, a participação das pessoas da comunidade era, efetivamente, um elemento fundamental do cotidiano do serviço de saúde. Essa participação era organizada tendo como base os desejos, interesses e demandas provenientes dos sujeitos do território. E, além disso, era aberta para acolher, apoiar e inserir na pauta do serviço o enfrentamento das questões sociais palpitantes e dos desafios para a promoção da qualidade de vida no complexo e exigente contexto comunitário.

Como afirma Vasconcelos (2009b), o ato de medicar vai além de escolher e prescrever os melhores cuidados e medicamentos. Lidamos com pessoas marcadas por uma cultura e por limitações materiais, e que, por isso, não se modelam passivamente a orientações pré-definidas. Os pacientes, segundo ele, não são “quadros em branco” em que imprimimos conclusões e

prescrições, uma vez que trazem para o atendimento médico suas próprias visões e entendimentos relacionados aos seus problemas de saúde, bem como várias práticas alternativas de cura.

De acordo com o autor, as práticas populares de saúde podem ser divididas de modo didático de acordo com sua localização social, mais precisamente: a) práticas familiares ou caseiras; b) práticas executadas por pessoas que delas auferem renda ou distinção social (raizeiros, rezadeiras e pais-de-santo); e c) práticas dos movimentos sociais locais (VASCONCELOS, 2009b).

Nessa direção, Vasconcelos (2009b) assevera que os cuidados familiares caseiros narrados pelos moradores nos serviços de saúde possuem significações que extrapolam a medicina e impactam diretamente na biologia do corpo, devendo ser considerados e discutidos. De acordo com esse autor, o agasalhar, o ato de preparar uma gemada quente, dentre outros cuidados, são sinais de carinho e acolhimento, essenciais no processo de cura e recuperação. É por isso que se diz que a medicina popular não separa o que é biológico, espiritual e psicológico. Com chás, orações, alimentos especiais e carinho, o processo de adoecer é superado em dimensões que vão além da recomposição do órgão afetado, podendo significar o fortalecimento dos laços de solidariedade e gratidão e do sentimento de segurança e felicidade do paciente.

O referido autor ainda afirma que essas práticas, carregadas de significados religiosos e atitudes de cuidado e acolhimento, ajudam o paciente e sua família a reelaborar a experiência de sofrimento vivenciada, reorganizando suas posturas diante da vida. Portanto, a dor alivia, e surge o entusiasmo para enfrentá-la, na medida em que se percebe a importância que se tem na história do grupo ao qual pertence (VASCONCELOS, 2009b).

A medicina popular é baseada na utilização de plantas medicinais, cuidados caseiros e orações e se apresenta como um conhecimento difusamente presente na maioria das famílias. Em todo lugar, há os mais entendidos, que buscam orientar aqueles que os procuram. Esses acreditam que seu saber é um presente de Deus, que não pode ser comercializado e,

dependendo da ênfase dada às orações na abordagem dos casos, são chamados de raizeiros ou rezadeiras. É através destes que a medicina popular deixa de ser um conjunto fragmentado de práticas de cura e se torna um sistema complexo e articulado de conhecimentos sobre a vida, a doença e a morte (VASCONCELOS, 2009b).

Ao considerarmos a urbanização e a expansão da medicina “oficial”, a medicina popular tem se tornado imprecisa em muitas regiões, já que existe muita confusão em relação à identificação das plantas, à dose a ser utilizada e às melhores abordagens. Nas cidades maiores, há os vendedores de ervas e plantas medicinais em barracas nas feiras e nas ruas, que, apesar de não terem um conhecimento muito extenso, também fazem consultas e prescrevem. Alguns aspectos da medicina popular acabam perdendo um pouco a essência e assumindo uma característica reduzida ao comércio. Devido a isso, esses vendedores, por serem muito mais comerciantes do que sábios populares, exercem uma medicina popular muito simplificada, resumindo-se a uma planta e uma venda para cada queixa. Dessa forma, são esquecidas as dimensões espirituais e de acolhimento psicológico, fundamentais e características na medicina popular (VASCONCELOS, 2009b).

Diante do exposto, Vasconcelos (2009b) assinala que a medicina popular pode se apresentar de forma bastante diversificada. Para esse autor, ao mesmo tempo que é preciso respeitá-la, é necessário compreender suas contradições internas. Muitos pacientes chegam usando remédios caseiros ou perguntando sobre a possibilidade de usá-los. O diálogo constitui-se como uma estratégia primordial nesses casos, pois a partir do momento que o paciente expõe suas dúvidas, ele compartilha as experiências vivenciadas anteriormente e a forma com que se deu cada tratamento; então, o profissional opina sobre cada aspecto. Demonstra-se, assim, respeito à medicina popular e às práticas populares, não deixando de pontuar as fragilidades e as potencialidades desses tratamentos, expondo ainda os tratamentos estudados por ele em sua formação tradicional, com seus limites e suas vantagens perante diversas situações (VASCONCELOS, 2009b).

Vasconcelos (2009b) ressalta que, em locais em que a cultura negra, o candomblé e a umbanda são fortes, o médico estará sempre se defrontando com os sistemas mágicos de cura, cuja compreensão exige um esforço espiritual muito grande e uma abertura para compreender os caminhos sinuosos, complexos e sutis da fé e dos sentidos dos outros (AUGÉ, 1999). Nos ritos terapêuticos afro-brasileiros, é priorizado o enfrentamento não a uma determinada doença, mas a retirada dos maus fluidos que acompanham o doente e o fazem sofrer, o que se dá através da reorganização de suas relações com o mundo sobrenatural e também com os grupos sociais. Em muitos casos, os pais-de-santo utilizam também as plantas medicinais, certos vegetais, como instrumentos de seus rituais. É o caso da jurema (com seu efeito alucinógeno) e os ramos e folhas para as benzeções.

Assim, os pais e mães-de-santo procuram, por meio de rituais em que se entra em estado de transe, obter a intercessão dos espíritos para resolver as, por eles chamadas, "doenças espirituais". Nesse sentido, Vasconcelos (2009b) assevera que é uma prática de cura que se integra com a assistência médica oficial: muitas vezes, os pais-de-santo encaminham para o médico o tratamento dos "problemas materiais". É usual ter pacientes tratando-se simultaneamente nos dois sistemas de cura (VASCONCELOS, 2009b).

No campo das práticas comunitárias e populares de cuidado, cabe ainda destacar iniciativas como os grupos de mulheres, associações de moradores, núcleos locais de igrejas pentecostais, grupos de jovens, pastoral da criança, grupos de capoeira, comissões municipais ou locais de saúde, os vicentinos, pastoral da saúde, núcleos locais de partidos políticos, mobilizações em torno de determinada reivindicação, dentre diversos outros. Em geral formados por um número relativamente limitado de participantes, essas iniciativas sociais e comunitárias apresentam formas coletivas de tomada de decisão e um pequeno distanciamento entre as lideranças e os demais participantes.

Conforme fundamenta Vasconcelos (2009b), essas experiências e suas práticas têm transformando os problemas individuais de saúde em problemas coletivos, enfrentados com reflexões, discussões, lutas políticas, criação de redes de solidariedade e manifestações culturais. Embora muitos pacientes

não pertençam a nenhum movimento, são a eles que recorrem em caso de dificuldade.

Os movimentos sociais têm significado um importante espaço pedagógico na formação de pessoas conscientes de seus direitos e capazes de intervir no meio social, levando, assim, ao desenvolvimento das possibilidades de cada sujeito enfrentar de forma mais intensa e resolutiva as raízes de seus problemas de saúde. Abrem, portanto, para o médico e demais profissionais da saúde a possibilidade de uma abordagem mais ampla e complexa da doença que não se reduza à prescrição de um medicamento voltado ao órgão acometido, mas que busque também intervir nas condições sociais, ambientais e psicológicas de base (VASCONCELOS, 2009b).

Contudo, muitos profissionais assumem uma postura defensiva e preconceituosa em relação a esses movimentos, vendo-os apenas como espaço de cobranças, reclamações e interferências inadequadas em seu trabalho. Por causa desse medo, os profissionais, principalmente os médicos, tendem a se afastar e não percebem a usual receptividade e vontade de aliança expressa por essas pessoas, grupos, movimentos e práticas. Na verdade, conforme ressalta Vasconcelos (2009b), o envolvimento com esses grupos possibilita o acesso do profissional a importantes conhecimentos e percepções sobre a realidade social comunitária e, ao mesmo tempo, contar com novos parceiros e recursos sociais, políticos, comunitários e culturais para o tratamento de diversos pacientes (VASCONCELOS, 2009b).

Para a população, nas palavras de Coelho (2012), essa compreensão ampliada de participação na saúde recomenda, inicialmente, a tomada de consciência das situações-limite dos sistemas de saúde, como, por exemplo, o insuficiente atendimento das demandas, a qualidade precária e a forma discricionária, abusiva e opressora do atendimento das necessidades. Posteriormente, recomenda o reconhecimento da possibilidade de enfrentamento dessas situações, a partir do compartilhamento de sua história e vivências pessoais no que tange a busca por cuidados e por saúde com outros indivíduos. A partir daí, aponta-se para a valorização da identidade coletiva, o sentimento de pertença da saúde como um direito e essencialmente a

participação comunitária provocam ações transformadoras (VALLA; STOTZ, 1994).

### **A PARTICIPAÇÃO POPULAR E SEUS SIGNIFICADOS NA REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DIREÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO E QUALIDADE DE VIDA**

Do ponto de vista do acesso e da universalidade, a participação popular permite o estabelecimento de um serviço que acolha, de verdade, as necessidades e demandas do território em sua inteireza. Pois, a ênfase na participação social e a escuta autêntica, resolutiva e profunda dos saberes e interesses comunitários, estabelece um clima e uma sensação de pertença da comunidade para com o serviço e um vínculo afetivo considerável entre profissionais e usuários. Um serviço que escuta profunda e cotidianamente seus usuários cultiva sementes de uma relação construtiva de processos de promoção da saúde, nos quais as pessoas se sentem verdadeiramente consideradas, valorizadas e protagonistas do serviço.

Tal modo de construir o serviço de saúde faz com que as pessoas confiem na equipe e sintam que ali são efetivamente acolhidas, têm acesso. E tal acesso é efetivado não apenas para ela, mas universalmente, uma vez que não se trata de um privilégio para poucas pessoas mais amigas de um determinado profissional, e sim por se consistir de uma política de cunho ético e de princípios que regem o serviço.

Do ponto de vista da integralidade, a participação social permite construir um serviço de forma coerente com as necessidades, demandas, realidades e contextos próprios de cada território e também de cada pessoa. Isso, uma vez que, pela participação, tanto se escuta autenticamente tais elementos como se valoriza os mesmos, considerando-os como definidores centrais da forma de organização do serviço e das prioridades de ação e intervenção.

É importante assinalar que – ao contrário do pensamento científico racional e logicamente estruturado, portanto mais afeito às dicotomias – o pensamento na lógica popular opera com maior facilidade sínteses entre diferentes dimensões, integrando as várias facetas da vida pessoal e

comunitária e das recomendações técnico-científicas. Construir o serviço em um processo que tenha como base o diálogo fraterno e conflituoso entre a lógica científica e a lógica popular permite também pautá-lo pela integralidade. Isso, na medida em que não será apenas um saber e um modelo de ideias que irá predominar na orientação e definição das práticas de saúde, mas sim um conjunto deles, e melhor, algo novo, resultante do confronto de ideias e saberes diferentes que, ao dialogarem, aprendem entre si e juntos encontram melhores e mais adequadas saídas e respostas aos problemas locais.

Do ponto de vista da equidade, é escutando profundamente os sentidos do outro, conforme expresso nos vários espaços de participação, pelo diálogo entre profissionais e usuários, que se verificará as demandas prioritárias provenientes do território, as necessidades prementes. Centralmente, daqueles grupos sociais ou daquelas situações socioculturais onde se percebe processos de exclusão, de exploração humana, de preconceito, de ameaça concreta à dignidade.

Se compreendermos que participação popular vai para muito além de criar espaços de escuta da comunidade – mas implica mergulhar profunda e cotidianamente na realidade social comunitária, conhecer as ruas, os serviços sociais vários, os pontos de referências, as realizações comerciais, o emprego e a renda, os espaços de lazer, dentre outros –, iremos, por meio da participação, também observando, vivenciando e sentindo de maneira mais precisa, detalhada e concreta, a realidade, seus desafios, especificidades e problemas. O que deverá corroborar mais facilmente para uma construção do serviço que reconheça as principais questões de exclusão e de desigualdade e, então, oriente suas ações para seu enfrentamento e seu cuidado obstinado.

Por esse caminho, o olhar buscador do exercício da equidade redundará na mobilização de saberes, práticas e caminhos para se identificar situações de exclusão social, por meio de um olhar crítico diante dos determinantes e condicionantes sociais de saúde.

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p.78), a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define os Determinantes Sociais da Saúde como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais,

psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Para compreender tais processos e organizar as pautas dos serviços de saúde e de suas ações com base na consideração dos mesmos, visando seu enfrentamento e sua superação, é fundamental tanto mergulhar na realidade. Nesse mergulho, conhecer profundamente a realidade, apropriando-se de suas peculiaridades, interfaces e nuances, para então poder nela melhor intervir, como também é premente contar com o saber, a experiência e as práticas sociais ancestrais e comunitárias de pessoas que já vêm convivendo com tais determinantes e, em alguns casos, enfrentando-os sistematicamente naquela realidade social.

A realização dessas experiências constitui um clima participativo no serviço, na medida em que permite que sejam problematizadas e estabelecidas estratégias para incorporação de demandas e necessidades dos coletivos na agenda dos serviços e, conseqüentemente, do próprio Estado. Esse clima participativo corrobora, aos poucos, com a ampliação da concepção de democracia e de participação política das pessoas. No Brasil, bem como na maioria dos países da América Latina, a ideia de democracia é restrita a seu entendimento como um procedimento de escolha direta de representantes no legislativo e no executivo por meio de eleições.

Em que pese à relevância histórica, social e política do direito de as pessoas escolherem seus representantes de forma direta e livre, a compreensão da democracia – como uma transferência de responsabilidades unicamente a quem é eleito, bem como a ideia do exercício democrático como algo restrito à prática do voto – e o caráter formal desse procedimento escondem processos de dominação e opressão instituídos socialmente e corroborados pelo Estado autoritário. Assim, as marcas do patriarcado, do regime escravocrata e do patrimonialismo ainda influenciam os processos participativos e a democracia formal (OLIVEIRA et al, 2014).

Na medida em que essa discussão sobre o caráter político da participação é ainda pouco enfatizada no âmbito da Estratégia Saúde da Família (OLIVEIRA et al, 2014), a participação popular pode ser compreendida, vivenciada e exercitada como uma oportunidade de se investir na construção



processual e paulatina de uma cultura autêntica e efetivamente democrática e participativa com as pessoas. Assim, dando-se de forma intrínseca ao serviço de saúde, à sua forma de ser gerido e à sua abordagem de cuidar e de se planejar. Dessa forma, configurando uma contribuição do setor saúde para tornar cotidiano o exercício da democracia nos espaços públicos e na gestão das políticas públicas e, portanto, criando mais oportunidades para que as pessoas vivenciem esses processos, conhecendo-os mais profundamente e se apropriando de seus aspectos positivos e negativos, na perspectiva de qualificar sua visão crítica sobre cidadania e democracia, a partir de uma experiência local.

Como afirmam Chaves et al (2014), a constituição desses espaços de construção coletiva e de discussão e reflexão conjunta se configuram enquanto ambiente potente de formação de sujeitos capazes de fazer história e transformar a sociedade. Por sua vez, para Carvalho (2004a), pode-se desvelar caminhos para o empoderamento comunitário a partir do reconhecimento do direito da população em participar nas decisões que afetam a sua vida cotidiana, o que promove, como afirmamos anteriormente, o enriquecimento do espaço democrático para o controle social das instituições públicas.

A partir da Constituição Federal de 1988, a descentralização e participação popular são estabelecidas como ação política cidadã e dois dos principais eixos orientadores de organização das políticas públicas de saúde, por dentro do SUS; fato que, essencialmente, se apresentou como inovação com a valorização do poder local e da participação popular (FREITAS, 2015). Assim, é fato que a saúde é um dos setores das políticas públicas brasileiras com maior nível de descentralização (GUINMARÃES, 2020) e que, graças à operacionalização da Atenção Básica via Estratégia Saúde da Família, constitui uma das ações do Estado que mais se aproxima da dinâmica cultural das comunidades, de suas famílias e de seus agrupamentos diversos.

Tal fato pode ensejar um contexto favorável para, através da saúde, se pautar o necessário adensamento da formação das pessoas em uma perspectiva democrática. Isso pode se dar ao se lhes permitir, convocar, sensibilizar ou mobilizar a exercitar práticas democráticas, de modo que

“sintam na pele” suas potencialidades e riquezas, mas também seus desafios, obstáculos e limites.

E como esse exercício se daria? Ora, como assinalam Chaves et al (2014), com ações cotidianas pautadas por abordagens e dinâmicas nas quais se valorize centralmente a perspectiva de construir um diálogo regular com os atores sociais e coletivos. Assim, estimulando protagonismos e o senso crítico, ainda no intuito de fortalecer a atuação dos movimentos sociais no que tange à política da saúde, incluindo-se aí as questões políticas e sociais dos desafios territoriais locais de cada contexto. Ainda, reiterando a participação popular na luta pela saúde, mas também os processos de luta e resistência para a efetivação da saúde como direito. Para tanto, deve-se pautar o agir em saúde como um mosaico de caminhos e possibilidades de construção do conhecimento de forma coletiva e emancipatória, orientados, sobretudo, por uma leitura crítica e cotidiana da realidade social.

Essa complexidade e diversidade de processos vão constituindo um jeito próprio de participação popular que vai “muito além do controle social” (VASCONCELOS, 2009a). Garantindo, assim, uma presença crítica, propositiva e qualificada dos cidadãos nos espaços institucionalizados de participação da comunidade nas políticas públicas de saúde, o que permite o exercício sistemático de uma ação cidadã diante da realidade comunitária de cada pessoa. Isto, conseqüentemente, eleva o olhar do cidadão para a percepção de que os problemas comunitários por ele vivenciados são apenas uma “ponta no iceberg”; ou seja, tem implicações sociais, políticas, econômicas e culturais com outros contextos macropolíticos, com outras realidades e com determinantes e condicionantes sociais cujas possibilidades de enfrentamento, apenas em nível local, são bastante limitadas, exigindo intervenções mais amplas para sua superação.

Vai sendo evidenciado que, como afirma Vieira et al (2013), no contexto da sociedade atual, existem ainda processos e situações concretas de profunda exclusão e marginalização das pessoas. Isso se dá não apenas no contexto local de construção da vida, do trabalho e da atuação social de cada pessoa, mas se desenvolve em nível regional, nacional e internacional.

Contudo, vai também se percebendo que há iniciativas e movimentos de resistência, regidos, estimulados e mobilizados, dentre outros, pelos espaços de participação social (VIEIRA et al, 2013). Ou seja, se para muitos cidadãos o exercício da participação popular pode iniciar de maneira localizada, o mesmo pode ir se desdobrando e se ampliando na medida em que esses sujeitos percebem ser essa uma dimensão de sua ação em saúde e de sua postura na sociedade; vai, portanto, muito além da resolução pontual de problemas localizados e territorialmente manifestados.

Santos (2002, p. 457) ressalta que “o crescente fortalecimento dessas experiências está abrindo espaço para a participação democrática, para a edificação da comunidade, para alternativas às formas dominantes de desenvolvimento e de conhecimento, em suma, para a inclusão social”. Diante do exposto, alguns dos significados mais valiosos para os processos de participação popular em saúde não se restringirão à postura crítica do cidadão diante do sistema local de saúde; isso deve consistir no primeiro passo. Para além disso, a participação popular em saúde pode, e deve, mobilizar a construção de outras perspectivas de atuação e ação cidadã das pessoas, tanto na realidade social local, como nas realidades macropolíticas, macroeconômicas e macroculturais, intervindo criticamente no enfrentamento e na superação de problemas sociais vivenciados por outros grupos sociais que não apenas os seus.

Nesse sentido, para Carvalho (2004b), o empoderamento comunitário, a mobilização social e a participação democrática vão estabelecendo uma contrapartida às estratégias políticas e às contribuições que partem apenas da gestão, no sentido de regular a sociedade, na medida em que atentam para que as iniciativas não fortaleçam a manutenção da ordem social injusta (Vieira et al, 2013). Isso é fundamental, considerando-se que o Brasil não tem uma cultura estabelecida e consolidada de participação política autêntica, profunda e duradoura das pessoas e do povo nos espaços públicos.

Nessa direção, não dá para esquecer a exclusão e marginalização de uma parcela significativa da população, principalmente em relação ao mercado, aos bens públicos e aos recursos coletivos de poder. Apesar do avanço legal

para a instituição dos direitos sociais no Brasil, sua negação para a maioria da população, que vive em uma situação precária e condicionada à assistência do Estado, ainda é evidente. De acordo com Marilena Chauí (1986), a classe social dominante tem historicamente regulado a cidadania no Brasil, sendo retirada e concedida essa autonomia na medida que a tal classe dominante assim o decidir (COTTA et al, 2011).

A forma centralizada com que os governos autoritários e burocratas conduzem a gestão das políticas públicas evidencia que tal padrão é incompatível com o controle social, que fica restrito a um tipo de democracia especificamente representativa e liberal, e não democratiza para a população o poder de decidir e participar de forma direta na gestão e na formulação das políticas públicas (PAIVA, ROCHA, CARRARO, 2010). Isso ainda é corroborado pelo fato de algumas políticas sociais de combate à pobreza e a outros processos de exclusão social no Brasil, mesmo sendo um avanço, pouco terem vindo acompanhadas de fundamentais e prementes estratégias de formação política e de empoderamento popular por parte de seus beneficiários. Assim, sendo capazes de sensibilizá-los a entender tais políticas sociais como direito humano, social e político, enxergando a importância singular de sua participação crítica, proativa e criativa no desenvolvimento e na gestão dessas ações, incluindo-se aí a recente expansão da Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família, como evidenciado no estudo de Vasconcelos (2015).

Na acepção de Paiva, Rocha e Carraro (2010), o Programa Bolsa Família, assim como as ações, serviços e benefícios da política de assistência social, sem um desenho político-participativo radicalmente democrático e popular, permanecerão sob o domínio da despolitização, causada pela perda de vínculo de classe destas políticas públicas com as disputas históricas aos recursos públicos e à riqueza socialmente produzida. Na medida em que se perdem tais vínculos, dificulta-se o combate da destinação dos recursos públicos ao sistema de privilégios e o redirecionamento destes na perspectiva do combate às desigualdades sociais.

Por isso, é prioridade em todas as lutas sociais ou movimentos políticos populares a mobilização coletiva contra esta institucionalidade, já que tudo permanece como nos modelos tradicionais. Ou seja, configura-se uma ação política governamental ambígua, que oscila entre o apelo humanitário e uma versão ainda estigmatizadora da pobreza (PAIVA, ROCHA, CARRARO, 2010).

## **A PARTICIPAÇÃO POPULAR COMO PROCESSO COTIDIANO E CONSTITUINTE DAS PRÁTICAS LOCAIS DE SAÚDE**

Diante de todos os aspectos históricos e das reflexões que compartilhamos ao longo das páginas anteriores, parece-nos tranquilo afirmar nossa crença firme de que a participação popular constitui dimensão do agir em saúde em nível local, que pode, efetivamente, mobilizar processos educativos e comunitários de promoção da saúde com um olhar crítico, emancipatório, integral e equânime.

As experiências desenvolvidas a partir dessa dimensão e os sujeitos delas participantes podem proporcionar um dinâmico acervo cultural, prático e político capaz de empreender iniciativas coletivas de luta, resistência e enfrentamento de situações ligadas aos determinantes sociais de saúde. Ao mesmo tempo, pode gerar aprendizagens que possibilitam a compreensão da complexidade do processo saúde doença e de seus condicionantes e, assim, preparar os protagonistas para desvelarem ações individuais e coletivas na defesa incondicional da saúde como direito, como busca do bem viver, como mobilização de ambientes saudáveis e de políticas públicas universais e integrais e como condição de qualidade de vida.

Os exercícios processuais dos objetivos e contextos acima mencionados deverão corroborar para o vislumbre, mesmo que por instantes, de novos horizontes para as práticas e contextos locais de saúde. Assim, edificando uma compreensão de que os serviços de Atenção Básica se prestam não apenas no atendimento ambulatorial e no cuidado assistencial quanto às demandas espontâneas, mas constituem um espaço de referência territorial para a promoção da qualidade de vida, da vigilância em saúde, do controle social das

políticas de saúde, ações preventivas, ações educativas e formativas em saúde.

Abrir o serviço à participação ampla das pessoas significa construir um conjunto de ações de maneira coerente com a complexidade e a diversidade dos contextos locais, das dinâmicas da vida comunitária e das necessidades territoriais, expressas claramente ou tão somente observadas pelos profissionais no cotidiano de convivência com as pessoas e com a realidade local. Por essa compreensão, a construção do serviço de Atenção Básica requer, em seu ponto de partida, a presença e reconhecimento da realidade multifacetada do território, dos saberes de seus protagonistas, bem como de seus interesses, desejos, concepções, buscas e projetos. Isso, contudo, requer – principalmente dos cidadãos, mas também dos profissionais e gestores – de um lado, uma postura inconformista com a realidade e suas contradições humanas; de outro, uma disposição solidária em transformar esse inconformismo em ação, através de uma construção compartilhada.

Para o sociólogo português Boaventura de Sousa Santos (1996), as subjetividades inconformistas são aquelas que se engajam no mutirão de construção de um outro mundo, que é alternativo ao hegemônico, cuja construção não apenas é possível, mas deve ser exercitada desde já. Assim, estimula atitudes, posturas e procedimentos que – em contraposição às iniquidades, desigualdades e exclusões sociais, culturais, políticas e econômicas vivenciadas predominantemente ainda nos dias atuais – sejam “capazes de potencializar a indignação e a rebeldia”, tanto através do desenvolvimento de experiências concretas, como pela difusão de trabalhos sociais e práticas profissionais contra-hegemônicas.

Subjetividades inconformistas não apenas no sentido da inquietude, mas também de serem propositivas e proativas, mergulhando na realidade social com postura criativa; experimentando novas possibilidades diante do quadro territorial de saúde, de segurança, de educação, de cultura etc.; alimentando com dinamicidade o território; criando grupos, estratégias e movimentos que, ao mesmo tempo, sejam potentes em questionar a realidade e também propor coletivamente estratégias para a superação de

seus problemas, limites e contradições. Portanto, usuários participativos do SUS, pois criadores de suas próprias alternativas, inclusive (e necessariamente) com outras pessoas, grupos e instituições sociais, que protagonizem estratégias de enfrentamento, de superação, de construção de outros horizontes para a vida em comunidade e para a mobilização de saberes e práticas que sigam de encontro às contradições e aos determinantes sociais de saúde do seu território.

No fundo, isso é o que queremos, mas também sempre foi um limite, pois, nos dias de hoje, há certa limitação no sentido da participação cidadã no aspecto crítico, criativo e proativo. O que vemos, na maioria dos serviços de Atenção Básica, é uma limitação dos cidadãos a serem participantes observadores dos grupos ou demais processos desenvolvidos, de forma que sua presença pouco se desdobra em outras iniciativas, processos, movimentos e experiências.

Nessa direção, é imprescindível a reflexão de que a participação exige também criatividade, a qual, na acepção de Rosas (2007), é compreendida como algo próprio à condição humana. A criatividade apresenta-se com papel fundante na presença participativa das pessoas nos processos e espaços sociais em saúde, na produção de conhecimentos, no cuidado, na formação do ser e na percepção sensível. Para Freire (1967), em sua obra *Educação como prática da liberdade*, a criatividade é “vocalização ontológica humana” (ROSAS, 2007, p. 3) e habita na condição humana de pensar e agir de forma crítica; de refletir para assumir decisões conscientes e comprometidas com o outro, com o mundo e de onde detém os elementos de sua existência.

Sem perder de vista a razão, Freire propõe que a criatividade, junto com a afetividade e a amorosidade, como expressões orientadoras das relações humanas, seja mediadora das decisões que homens e mulheres tomam. Para o referido autor, a amorosidade constitui-se como vocalização ontológica condicionadora da ação humana criativa (ROSAS, 2007; BOTELHO et al, 2017).

Para Dantas (2009), os espaços sociais de criação impulsionam a produção de diversos sentidos, dentre eles: objetivos, subjetivos e intersubjetivos, contribuindo para a construção de ações que extrapolam limites, problemas e obstáculos da realidade como forma de transformar contextos

vividos. A construção de processos educativos com as camadas populares ou com os setores subalternos a fim de responder aos desafios do mundo encontra na ênfase criativa da ação pessoal e coletiva um diálogo inter e intracultural. Isso irá contribuir, a partir da experiência da criatividade nas instituições educacionais, com a construção da multiculturalidade, que, segundo Freire (1992), não pode existir como um fenômeno espontâneo, mas como algo criado, produzido e politicamente trabalhado a duras penas na história. Estamos, portanto, diante de um fato social em que a diversidade cultural ou a pluralidade cultural devem ser analisadas e modificadas por meio de um diálogo crítico.

A multiculturalidade acontecerá como resultado de uma construção política, cultural e histórica, assim como resultado de um processo dialógico consciente, caracterizado como invenção da unidade na diversidade. Por isso que a busca da unidade na diferença, a luta por ela, como processo, já é o começo da criação da multiculturalidade (BOTELHO et al., 2017).

A escuta e a reflexão coletiva das manifestações culturais próprias do território é um dos caminhos mais profícuos na direção do aprofundamento da dimensão da criatividade como alimentadora da participação popular. A partir daí, inicia-se a formação de vínculos afetivos que unem as pessoas, usuários, profissionais e gestores, aliando os difíceis e desafiadores caminhos de mobilização de atitudes, posturas, ações e experiências para visualização de possibilidades de superação dos problemas de saúde locais e suas nuances sociais. É a partir dessas experiências de conviver, escutar e compartilhar ideias e vivências de mundo, partindo do real, que se começa a descobrir uma série de certezas e, principalmente, de incertezas que nos norteiam (BOTELHO et al, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O texto revela que a educação popular constitui uma forma de conceber os processos sociais, políticos e pedagógicos, comprometida com os interesses populares e democráticos, e se apresenta como referencial para orientar e reorientar os serviços e cuidados em saúde, principalmente na APS.



Apesar de reconhecer os riscos da atual conjuntura brasileira de ataque às políticas de participação social, o texto demonstra a necessidade de compreender a participação social para além dos espaços formalmente instituídos e a sua importante atuação nos espaços da micropolítica, principalmente no SUS e na APS.

O trabalho sustenta que a participação social, na perspectiva da educação popular, constitui um dos aspectos centrais da peculiaridade e sentido da Atenção Primária à Saúde, elaborada e organizada de forma compartilhada com o saber popular e com as demandas e cultura da comunidade, diferenciando-a de outros modelos de atenção e cuidado.

O texto defende, por meio da participação social na perspectiva da educação popular, a possibilidade de uma APS que seja resultado de um diálogo fraterno e solidário, porém, tenso e conflituoso. Mas, sobretudo, fundamentalmente construtivo entre diferentes sujeitos, saberes e prioridades, constituindo um serviço feito na diversidade, coerente com o caráter multifacetado do território de atuação e com uma perspectiva de resolutividade e eficiência, na medida em que a conjunção de diferentes frentes e esforços de diversos sujeitos corrobora para mobilizar respostas de enfrentamento, tratamento, cuidado e resolução dos problemas.

## REFERÊNCIAS

AUGÉ, Marc. **Os sentidos dos outros**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOTELHO, BRUNO Oliveira de et al. Participação popular e arte nos processos de construção de conhecimentos pela educação popular. In: MELO NETO, J. F.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Extensão popular: educação e pesquisa**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2017. p. 115-145.

BRUTSCHER, Volmir José; SCOCUGLIA, Afonso Celso. **Discursos da educação popular contemporânea: encontros com Michel Foucault e Paulo Freire**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004a.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria 'empowerment' no projeto de promoção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, 1088-1095, 2004b.

CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e resistência**: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CHAVES, Luciana. et al. Curso “Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde”: uma experiência de educação popular em Saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 2, 1507-1512, 2014 .

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde & Sociedade**, v. 21, supl. 1, 138-151, 2012.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, v. 21, n. 3: 1121-1138, 2011.

DANTAS, Vera Lúcia de Azevedo. **Dialogismo e arte na gestão em perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza – CE**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 35. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, Leana Oliveira. Políticas públicas, descentralização e participação popular. **Rev. Katálysis**, v. 18, n. 1, p. 113-122, 2015.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 9, 2002.

OLIVEIRA, Lucia Conde de et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface (Botucatu)**, v. 18, p. 1389-1400, 2014.

PAIVA, Beatriz; ROCHA, Mirella; CARRARO, Dilceane. Participação popular e assistência social: contraditória dimensão de um especial direito. **Revista Katálysis**, v. 13, n. 2, p. 250-259, 2010.

PALUDO, Conceição. Educação popular (verbetes). In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 139-141.

ROSAS, Agostinho da Silva. **Criatividade em educação popular**. In: Encontro de Pesquisa Educacional do Norte e Nordeste. GT – Educação Popular. Maceió- AL. 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma pedagogia do conflito. In: SILVA, L. H. et al. (org.). **Novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais**. Porto Alegre: Editora Sulina, 1996. p. 15-33.

VALLA, Victor; STOTZ, Eduardo N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Para além do controle social a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2009a.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 6. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A construção conjunta do Tratamento Necessário**. Caderno de Textos - Grupo de Estudos em Educação Popular e Saúde. 2009b.

VIEIRA, Danúbia Rocha et al. Participação, cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 591-609, 2013.

*Recebido em: 02/11/2019*  
*Aprovado em: 19/04/2020*