



NOTA TÉCNICA No 4 – 2026: Território, Participação Social e Educação Popular

“Não existe vida sem território”,
Itamar Vieira, escritor, no Festival Literário de Paracatu, 2024.

Pedro Cruz (UFPB), Maria Helena Magalhães de Mendonça (ENSP/FIOCRUZ), Márcia, Guimarães de Mello Alves (ISC-UFF), José Augusto de Sousa Rodrigues (UFPB), Sonia Acioly (UERJ).

Resumo

A construção de uma Atenção Primária à Saúde (APS) integral, resolutive, territorial e de base comunitária requer, como uma de suas premissas, a composição coletiva de uma dinâmica organizativa que contemple iniciativas de participação da comunidade no cotidiano das ações das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa dinâmica deve promover localmente, espaços e experiências de Promoção da Saúde, com o protagonismo das equipes multiprofissionais, dos cidadãos e dos grupos socialmente territorializados na perspectiva de uma ação colaborativa no desvelamento de estratégias para o enfrentamento coletivo às principais determinações dos processos de saúde/doença em cada contexto.

Ainda, deve apontar propostas e respostas coletivas aos desafios locais, na direção da constituição de iniciativas que exerçam, ou que minimamente se aproximem, da perspectiva dos territórios saudáveis, atualizados em sua concepção e composição.

Para tanto, torna-se cada vez mais essencial que a atuação das equipes na APS seja de:

- Compreender a situação de saúde das populações nos seus territórios para a concepção e implementação de políticas públicas mais saudáveis rompendo com a negligência histórica sobre as áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas, indígenas, que apresentam fragilidades;
- Produzir novos estudos revisitando a transição epidemiológica brasileira e configuração de diversos perfis epidemiológicos numa perspectiva crítica que contemple singularidades sociais, diferenças e convergências nas condições de vida e saúde das classes sociais
- Valorizar, acolher e incluir, no seu processo de trabalho, a construção compartilhada de ações com a comunidade, incluindo os saberes, as práticas e os movimentos sociais populares organizados em cada território,

- Avançar e inovar instrumentos participativos e reforçar novas formas de comunicação social e educação popular para mudanças de valores, hábitos e atitudes, que considerem a construção de identidades, a existência de sujeitos políticos capazes de intervir na realidade social;
- Construção de diálogos com os diversos segmentos sociais, e valorização da multiculturalidade – produção e divulgação de informações e conhecimento para o exercício da cidadania
- Promover conjunto de iniciativas que demarque uma mobilização colaborativa e orientada pela complementaridade na busca pela consecução dos principais objetivos de produção da saúde em cada local.
- Trabalho coletivo no âmbito social com perspectiva humanizadora e emancipatória das classes populares nas intervenções – formação cidadã e educação permanente.

Se é verdade que a aproximação colaborativa entre equipes da APS e a comunidade não seja nova, e que remonta às próprias experiências de saúde comunitária que foram sementes importantes da constituição do Saúde da Família no Brasil, também é verdadeiro assinalar que, com a institucionalização e expansão crescente das equipes, em boa medida houve um maior distanciamento da dinâmica de construção das equipes, com a construção epistemológica da APS, vigilância popular, participação e de construção social e comunitária dos territórios.

Nos últimos anos, têm sido crescentes os movimentos e as iniciativas de grupos sociais e acadêmicos no sentido de aproximar essas dinâmicas, seus sujeitos e interlocutores, na perspectiva inclusive de ampliação dos sentidos e das práticas de atenção à saúde na APS, sobretudo revalorizando sua dimensão territorial e comunitária para adensar a dimensão da integralidade nas mesmas e superar a atual intensificação das atividades assistenciais focadas no pronto atendimento, nesse nível de atenção.

No campo da Saúde Coletiva, dois conceitos vêm, historicamente, trazendo consigo movimentos significativos de práticas e ações que confluem nos sentidos aqui citados e nos objetivos pretendidos, quais sejam a Educação Popular em Saúde e a Participação Social em Saúde, além da recente introdução da Vigilância Popular em Saúde, aqui não explorada. Tais concepções, com seus desdobramentos, produções e práticas, vêm, em muito, corroborando com a ampliação temática de possibilidades de ampliação de olhar na APS brasileira.

Apresentação

Há cerca de dez anos, a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) vem desenvolvendo diversas atividades de articulação política e produção de conhecimento em apoio ao pleno desenvolvimento e fortalecimento da APS no SUS, em

consonância com os objetivos da ABRASCO, a qual está associada. Ao proporcionar a comunicação e a articulação entre pesquisadores, profissionais, usuários e gestores da APS, a Rede APS busca promover a melhoria da utilização dos resultados de pesquisa para qualificar a gestão e potencializar o conhecimento, além de informar a formulação de políticas. A construção de notas técnicas por demanda desta Rede de Pesquisa faz parte do seu planejamento para atividades no biênio 2024-2025 complementando a Agenda Estratégica em Pesquisa para Fortalecimento da APS, elaborada entre 2012-2023. O Sistema Único de Saúde é entendido como sistema baseado no direito de todas e todos à saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade e sem barreiras financeiras ao acesso (Vilasbôas, ALQ et al , 2024).

No contexto de reorganização da APS brasileira, retomar as diretrizes de universalidade, integralidade e participação social na política nacional de atenção básica é um desafio que exige a reconstrução da ESF no SUS. Uma versão preliminar dessa abordagem foi apresentada e debatida na Oficina da Rede APS no V Congresso Nacional de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em novembro de 2024.

Esse documento discute a emergência e implementação das políticas públicas de saúde no Brasil, abordando os princípios e valores, que destacam sua relevância e apontam os desafios para relação da saúde com a sociedade e o Estado. O foco principal é o contexto da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia hegemônica – Saúde da Família, onde a questão do território é essencial como locus de atuação da equipe de saúde para uma **atenção integral**, marcado pela presença dos Agentes Comunitários de Saúde, um ator relevante para o resgate das pessoas do lugar e a mediação entre os saberes comuns e técnicos, tendenciosamente apartados. Esse caráter do modelo de atenção da SF que se constitui na base do sistema local, mas que se expande das realidades urbanas para rurais, das pequenas e médias cidades para as metrópoles, da população adscrita para o universo da população, inclui ainda minorias e segmentos invisibilizados por sua fragilidade e vulnerabilidade.

Também se estrutura para oferecer uma construção integrada da APS que corrobora a visão ampliada de atenção primária, com base no território habitado e usado destacando a dimensão comunitária da APS, que tem na educação popular em saúde e na participação social, estratégias para garantir a apropriação dos problemas de doença e necessidades de saúde da população e pautar uma ação transformadora e participativa, colocando-se como uma nova cultura voltada para uma cidadania, baseada em plenos direitos humanos e sociais. Parte de uma revisão intencional de literatura que permite tratar de: a) contextualizar e delimitar o tema do ponto de vista teórico-conceitual; b) refletir sobre as conexões e diálogos desses conceitos e suas práticas para o fortalecimento da APS em contexto de cidadania ou

de direito à saúde; c) mostrar os desafios atuais para as experiências e as práticas de participação social e educação popular em saúde, na APS de base territorial. Por fim, pensar em proposições que viabilizem as experiências vivenciadas e sua reprodução.

Introdução

Por que o retorno à concepção de **território**? A questão do uso do território é objeto da análise social, como dizia Santos, M. (1996). Assim, necessita ser sempre revista em sua dimensão histórica e conceitual. Para Milton Santos, território é o que situa, enquadra a vida e conhecê-lo é relevante para fugir da alienação, do afastamento “do sentido da existência individual e coletiva, do risco de renúncia do futuro”, por isso é fundamento primordial para o planejamento das ações humanas e sociais.

O território remete a um processo geopolítico, econômico e social numa forte ligação do homem e da mulher com a **terra**, ambos parte da mesma natureza, desde os tempos mais antigos, daí falar-se em **base territorial para intervenção**. Por outro lado, tem-se outro conceito de território como fator de unidade e integração nacional, categoria abstrata do processo de modernidade, a partir do século XVII e XIX, quando o território delimitado por fronteiras fixas, junto com a linguagem e os costumes configuraram as nações europeias modernas. Na perspectiva eurocêntrica esse é um conceito universal, que não considera a interculturalidade das populações que habitam os territórios além-mar.

Na atualidade, a globalização atualiza essa compreensão do território, que adquire um caráter imaterial e fragmentado, dando lugar a novos conflitos entre o global e o local no plano transnacional. No plano nacional, desde o avanço da globalização e de medidas de ajuste econômico de corte neoliberal nos anos 90, se observam novos recortes como por exemplo a regionalização, a metropolização, para dar conta dos laços políticos-territoriais, da integração e das consequências sobre as relações público-privado, dentro de um contexto de enfraquecimento do papel do Estado-nação e de redução da soberania. O capitalismo global e a formação de espaços transnacionais desafiam a soberania dos Estados, e intensificam a interdependência entre Estados e atores transnacionais.

Por contraste, a metrópole é o que há de mais concreto dentro de uma perspectiva sistêmica no mundo contemporâneo. A cidade assume a centralidade na vida moderna, atraindo e seduzindo toda ação humana para o centro, subordinando as zonas circundantes. Quanto maior a cidade ou as metrópoles vivem ali novas questões de trabalho, emprego, acesso a bens e serviços públicos que se expressam diferentemente nas diversas escalas de territorialidade e da atenção diferenciada necessária à população que a habita, sejam etnias, povos tradicionais, grupos e classes sociais urbanas.

Para conhecer o processo de constituição dessas novas formas sociais necessita-se uma abordagem mais científica, apoiada na tecnologia e na informação, que permite a análise das ações informadas seja pela norma seja pelo saber do cotidiano das pessoas. Assim, o território adota novos contornos de espaço e tempo, um novo funcionamento. O território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano habitado. O Homem moderno tem se afastado da natureza, por não se ver mais parte dela ou por pensá-la como objeto apropriado, somente com a interveniência de suporte técnico-científico e psicológico que refletem as estruturas de domínio ou poder, reduzindo a sua própria humanidade.

As mediações segundo Milton Santos têm duas direcionalidades – horizontal, que é do domínio da contiguidade, da proximidade; e vertical, que se forma por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais, algo próximo ao sentido de rede. Assim, o território se multiplica na globalização pela permanente transformação no tempo e no espaço, tendo ainda uma terceira perspectiva que é a das funcionalidades distintas – produzir, regular em razão da solidariedade criada, que fazem circular e compartilhar regras, valores e políticas.

Hoje as grandes contradições passam pelo **uso social do território** (ou da sociedade civil) onde as pessoas vivem um ‘tempo lento’ de aprofundar, enraizar o conhecimento no âmbito local e no cotidiano, em interação com os outros. Já o uso do território pelo Estado em seu ‘tempo de aceleração’, se opõe à estabilidade, à durabilidade e imprime velocidade e efemeridade contemporânea aos padrões globais atuais, em atenção ao outro eixo, que é o mercado. Esse deseja ter atendidas suas demandas pelo Estado, instância capaz de gerir e regular as relações sociais, por meio de políticas públicas.

A abordagem de políticas públicas se expandiu após a Segunda Guerra Mundial, especialmente com a adoção de políticas econômicas keynesianas e a consolidação do conceito de *welfare state*, que promovem intervenções estatais em áreas sociais e seguem um planejamento e comunicação adequados, apoiados na ideia de que todos os cidadãos são, de alguma forma, beneficiários ou usuários de políticas públicas. Atualmente, após a introdução de críticas a esse modelo de gestão pública e da ascensão do neoliberalismo, nos anos 1990, a linguagem das políticas públicas cada vez mais adentra os governos, os movimentos sociais e a mídia, exigindo um plano de comunicação entre os setores sociais.

As políticas públicas são intervenções planejadas do poder público para resolver problemas sociais, pela ampliação da capacidade de planejamento do Estado contemporâneo e pela definição de "situações problemáticas" que incluem maior participação da sociedade na formulação de políticas. A diversidade de abordagens teóricas e metodológicas foi fundamental para o entendimento das políticas públicas, pautando-se por um lado na

complexidade das sociedades contemporâneas e por outro no desafio contínuo de construir um Estado mais democrático e participativo. (Giovanni e Nogueira, 2015)

1 - Contexto e delimitação teórico-conceitual do tema

O SUS é a política de saúde no Brasil formulada nos anos 1990, voltada para a democratização do Estado, da sociedade e da saúde pública. Fortaleceu-se e se consolidou no século XXI como eixo de reestruturação do modelo de atenção à saúde pós constituição federal de 1988, que faz uma ponte entre os componentes do sistema de assistência médica e da assistência social previdenciárias, explicitamente excludentes, e a saúde pública renovada, que busca romper com a fragmentação social e institucional da proteção social e promover uma integração das instituições e bens públicos em prol da inclusão social e promoção da equidade.

Essa reforma da política sanitária foi o principal objeto da Saúde Coletiva, desde sua origem no campo científico das ciências da saúde e faz um deslocamento da determinação social da doença do modelo biomédico para o mapeamento permanente das condições de vida e saúde em um modelo biopsicossocial, onde ação e fazer se articulam com equilíbrio, valorização da participação popular na organização do sistema de saúde com base na APS. Os princípios institucionais do SUS como universalidade, integralidade da atenção e descentralização política foram incorporados no texto da constituição federal de 1988 dentro de uma concepção de seguridade social e interiorizados pela sociedade. A APS no Brasil ainda destaca a centralidade na família e o direcionamento para a comunidade, sua mobilização e participação social. (Mendonça et al., 2018)

O **controle social** da sociedade sobre a política, que se distingue da **participação social**, foi instituído pelas normas legais e operacionais que conformaram o SUS, suas instituições e ações, o que permite que a comunidade se torne protagonista das políticas públicas, dependendo do processo de regulamentação e operacionalização no nível local para expressão das necessidades sociais e de saúde e da ação ascendente no sistema de saúde em planos de metas e responsabilidades pelo papel instituinte dos conselhos de saúde e demais instrumentos de pactuação.

A obrigatoriedade da instalação dos conselhos nas diferentes esferas de gestão impactou a participação no processo decisório. O caráter diverso da gestão do conselho enfrenta a despolitização pela falta de diálogo entre os setores sociais que conduzem a política de saúde. No âmbito de uma gestão participativa, a representação do Estado, da gestão e da sociedade pode transitar em favor da proposta legal dos anos 1990, sendo necessariamente debatida em casos de fragilização da democracia, e do exercício pleno da cidadania em favor das transformações sociais. A presidência do conselho pelo gestor deixou de ser um padrão ao longo do processo de sua implementação. (Labra, 2007)

O modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF) implementado a partir de 1998, se pauta pela ação no território que aproxima os setores que expõem suas necessidades e os responsáveis pelo seu atendimento no âmbito da assistência, cooperando no cuidado e na estreita cooperação com a população, além de vigiar e prevenir problemas de saúde. No território, a ESF deve operar no mapeamento das estruturas e relações formais de vizinhança seja para a convivência cotidiana na mobilização pelos determinantes e condicionantes da saúde, seja para a construção compartilhada de um plano de saúde orientado pela **promoção da saúde**, ou seja, pelo planejamento no nível local, e fortalecimento das redes sociais e de apoio social local de atenção à saúde, integradas nas redes de atenção à saúde.

Disto resulta tanto um empoderamento da comunidade como uma necessária formação profissional e política dos profissionais e da população. Parte desse trabalho é função da extensão universitária e/ou de educação popular que oferece ações formativas nos serviços de saúde e uma troca adequada e crítica dos saberes comuns da comunidade. A educação faz parte desse processo social transformador, especialmente quando voltada para as classes populares e seus processos organizativos.

Nos anos 2000, as Conferências Nacionais de Saúde, outro instrumento da gestão participativa, trataram da questão da participação social e aprofundaram o debate e a pauta da regulamentação dos conselhos nos diversos níveis de governo através de normatização da composição/representação dos membros do conselho, e seu caráter compulsório para o acesso aos recursos dos fundos de saúde e da gestão compartilhada do sistema. Essa regulamentação a cada CNS marcou o impacto da presença do controle social e gestão participativa, reforçou o cotidiano da participação e engajamento político da rede local, e enfatizou o papel ativo da população na formulação da política.

Todo esse processo social, ao buscar uma nova **coesão social**, ou seja, a democratização desses setores sociais trata da inclusão, do pertencimento e participação dos cidadãos na sociedade, objetos essenciais à sua reconstrução e à governabilidade, com base na colaboração entre entes sociais envolvidos no setor e outros setores que se conectam (Johnson, 1997). Ao mesmo tempo em que o Estado opera de forma a regular a nova organização e educar seus operadores por permanente formação e qualificação de quadros, a sociedade avança na formação de uma cultura de participação (Santos, M, 1994). Um aspecto importante dessa cultura de participação, redes e parcerias são os instrumentos de poder e controle desenvolvidos na regulamentação desses sistemas mencionados – fóruns deliberativos, conselhos consultivos e decisórios, conferências com ampla participação na formulação de agendas de políticas em todos os níveis de governo.

A governança democrática no SUS requer um sistema de controle que evite a concentração de poder e possibilita que o controle social seja exercido de forma a garantir a participação e a transparência. Por fim, ainda dentro deste campo de conhecimento destaca-se a avaliação de políticas públicas como prática que garante a qualidade e eficácia delas como intervenção do poder público.

As classes de trabalhadores ou populares estão muito próximas da vida real, têm menos preocupação com a ascensão social, e mais com a melhoria das condições de vida, objeto da Saúde Coletiva na sua formulação original, multi e interdisciplinar. Neste sentido, o território é um fator constitutivo da Saúde Coletiva, em sua emergência como saber técnico. Este tem reproduzido uma apropriação do saber comum, na interação com o outro local, com quem trocar conhecimentos, que impactam a própria formação dos profissionais, na medida que o técnico reflete de fora a sociabilidade dos indivíduos, que são seres de dentro dos processos sociais, segundo algumas perspectivas disciplinares, sem dialogar com outros saberes não biomédicos. Nem sempre incorpora ou dialoga com outros conhecimentos não biomédicos.

A Saúde Coletiva ao acolher as propostas da Educação popular em Saúde nos anos 2000 pode abrir essa perspectiva com uma reflexão sobre o delineamento e potencialização das dimensões do território e da participação social na APS, para contribuir no processo de qualificação do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), reforçando o papel da ESF junto as situações de desigualdades, dor e sofrimento porque passam muitas famílias em situação de vulnerabilidade.

A epidemiologia descritiva por exemplo, em um primeiro momento de aproximação, se apropriou do conhecimento da população em seu espaço-tempo no território, avançando para uma perspectiva analítica, mais complexa a se confirmar por métodos e técnicas de associação fatorial, que nem sempre explica as condições mais discrepantes vividas pela população. A articulação com as Ciências Sociais e Humanas em Saúde desde sempre permite conhecer essas condições outliers, não confirmadas por associações, incorporando e confirmando-as de outra forma, em interação subjetiva e objetiva por dentro com as pessoas e sua percepção da realidade no tempo e no espaço local (meio ambiente). Essas ciências, talvez menos dependente dos sistemas de informação associados à prestação de contas, à eficiência, apoiam uma abordagem ecológica, epistemologicamente complexa. Por último, a incorporação do componente de planejamento e políticas públicas de saúde compõem uma ciência com base em um pensamento crítico e emancipador diante das enormes desigualdades sociais do país (Giovanni e Nogueira, 2007).

A Saúde Coletiva como expressão da transversalidade do conhecimento possibilita romper a barreira do instituído e da disciplinarização e fragmentação do conhecimento, o que resulta

em uma experiência de inclusão social, a prevenção de qualquer violência que afeta o cotidiano, a gestão do cuidado e políticas públicas brasileiras que expressam direitos sociais, como o Sistema Único de Saúde (SUS), e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as políticas de segurança alimentar e outras, que compartilham princípios e ideais igualitários levando a intersetorialidade ao território e diversificando suas ações. (Naomar e Nunes, 2020)

2 - Desafios atuais para as experiências e as práticas de participação social e educação popular em saúde de base territorial na APS

A reflexão proposta acima para a Educação Popular em Saúde se ampara em alguns questionamentos ou propósitos: *“Como fazer uma ação social, humana e profissional que consubstancia não apenas o cuidado das demandas e necessidades mais emergenciais, mas que também promova a aprendizagem e a reflexão das famílias em situação de vulnerabilidade para que possam, de forma autônoma, aos poucos, elas mesmas deflagrar processos profícuos e consistentes de promoção da saúde e de construção de perspectivas e ambientes saudáveis e sustentáveis em seus territórios? A consecução de ações e iniciativas orientadas pela Educação Popular em Saúde e permeadas pela inclusão e valorização das dimensões da Participação Social e da Territorialidade na APS, pode contribuir substancialmente nesse sentido?*

Para tanto, reflète primeiramente em apontamentos reflexivos e ético-políticos que a Educação Popular em Saúde aponta para a APS; em seguida, trata de alguns desafios que permeiam a orientação da EPS na concepção pedagógica do fazer na APS e, finalmente, apresentar algumas possibilidades, propostas e estratégias para operacionalização desse fazer na prática das UBS.

2.1. Situando a Educação Popular em Saúde

Ancorando-nos na fundamentação proposta por Rodrigues (2022), a Educação Popular (EP) tem como um dos pioneiros das primeiras escritas e sistematizações no Brasil o professor Paulo Freire, desenvolvendo-as a partir de suas experiências e observações em atividades educativas. No livro “Pedagogia da Autonomia” (2007), Freire enfatiza que a EP tem em vista a libertação das classes populares da opressão, dando-lhes suporte teórico para enfrentar as iniquidades existentes em todos os setores sociais (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Como diz Rodrigues (2022), nessa sistematização, Paulo Freire embasa que a EP deve ser feita “com o povo” e não “para o povo” ou “apesar dele”, isso significa que a EP leva em conta os saberes de vida da população para criar estratégias de complementá-la e, junto com ela, despertar o senso crítico dessas pessoas (STOTZ, 2005).

Além disso, Melo Neto (2011) descreve a EP como um movimento teórico-prático de educação que está presente nos processos organizativos das classes trabalhadoras,

principalmente nas que apresentam críticas ao modelo de educação dominante, conhecido pelo seu caráter depositário e excludente. O autor ainda assegura que essa educação se apresenta como um fenômeno advindo da produção cultural do homem que tem referência na realidade vivida e na experiência de quem está imerso nesse processo, permeado de lutas por transformações sociais relacionadas à liberdade, justiça e igualdade (RODRIGUES, 2022).

Diante disso, esse modelo de educação se tornou referencial de grande valor para movimentos populares que visam transformações sociais referentes às classes populares, direcionando suas ações para a promoção da autonomia dos indivíduos e em defesa dos direitos das classes populares, seja por habitação, saúde, moradia, entre outras lutas que foram encabeçadas por eles em favor dos mais humildes e excluídos socialmente (CRUZ; PEREIRA; ALENCAR, 2018).

Como aponta Rodrigues (2022), desde os anos de 1970, era possível identificar profissionais da saúde que buscavam aproximações com movimentos sociais e se integravam em experiências de serviços sociais de saúde que se alinhavam com a dinâmica de vida local, e com melhorias nos serviços de saúde ofertados pelo Estado, além da participação no controle das ações, cujo exemplo mais conhecido desse processo é o Movimento da Zona Leste de São Paulo (VASCONCELOS, 2004).

Com isso, esses movimentos se ampliaram e conquistaram espaços e se incorporaram às experiências em escolas, órgãos do governo, assistência social e alguns serviços de saúde. Nesse mesmo período destaca-se a criação do departamento de medicina preventiva e comunitária, bem como dos projetos de medicina de família e comunidade, adaptados do modelo norte americano incorporando os conceitos de participação comunitária e regionalização como forma de atender as demandas das comunidades com maiores necessidades (PNEPS-SUS, 2012).

Segundo Rodrigues (2022), os movimentos e alianças entre profissionais da saúde e movimentos sociais nesse período, tomaram a frente de diversas lutas populares no país, sendo mais expressivas durante a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), com o objetivo de democratização da saúde. A RSB teve seu auge no ano de 1986 com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde com a participação de estudantes, trabalhadores, gestores e diversos representantes da população, quando foram formuladas e discutidas as diretrizes de saúde que mais tarde fizeram parte do escopo da Carta Magna, apresentando em seus artigos o direito à saúde como obrigação do Estado e direito de todos (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

A regulamentação do SUS por meio das leis orgânicas, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142 de 1990 consolidaram a oferta de serviços de saúde a toda população do território nacional, com o

intuito de vencer as desigualdades de acesso existentes, contando com princípios norteadores a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Nesse período de formulação da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980, Rodrigues (2022) diz que as práticas de Educação Popular em Saúde (EPS) ganharam força na formação de espaços organizativos e na produção do conhecimento, seja nas Universidades, nos serviços de saúde e nos movimentos populares, bem como teve aumento de sua expressividade em eventos de participação social na busca de concretização de uma política pública que fortalecesse a garantia de participação na construção da saúde no país (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011).

Mais adiante, a partir de encontros e debates a respeito das políticas públicas do SUS, no ano de 2013, é construída nesse âmbito a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS); fruto de um longo processo de lutas e reivindicações dos coletivos, dos movimentos e das práticas de EPS e reconhecimento político de suas contribuições e reafirmação do compromisso com os princípios do SUS.

A PNEPS-SUS se orienta por seis princípios, a saber: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático popular. Essa política se apoia também em quatro eixos estratégicos de ação: o eixo da participação, controle social e gestão comunitária; o eixo de formação, comunicação e produção do conhecimento; o eixo do cuidado em saúde e o eixo da intersectorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013).

A instituição da PNEPS-SUS como política pública reforça a primordialidade do diálogo entre os saberes populares e conhecimentos técnico-científicos, com a intenção de uni-los na busca da integralidade no atendimento à saúde e participação popular na gestão dos serviços do SUS. A partir disso, impacta positivamente na estruturação do processo de trabalho dos profissionais, pois, uma vez que se constrói o diálogo entre o serviço e a comunidade, tem-se maior facilidade na identificação das dificuldades e, conseqüentemente, melhor abertura para se unir e traçar estratégias adequadas de enfrentamento a realidade desses atores sociais envolvidos (STHAL; LEAL, 2017).

Nesse sentido, concordando com Rodrigues (2022), entendemos que a PNEPS-SUS se integra positivamente à implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no âmbito da construção do modelo assistencial do SUS. O desenvolvimento de experiências de EPS, ao levar em consideração o princípio de que as unidades de saúde se localizam dentro das comunidades, mais próximo das pessoas, facilita o contato com a população, com movimentos sociais como as associações de moradores, as lideranças comunitárias com influência política na comunidade, sem se

restringir apenas a esses grupos. Isso tornou possível que profissionais insatisfeitos com a perspectiva dominante de condução da assistência à saúde em vários contextos e serviços, encontrassem uma âncora no âmbito institucional que lhes deu condições para desenvolver ações de saúde integradas à comunidade, promovendo a quebra da centralidade médica existente (VASCONCELOS, 2001).

Ao decorrer dos anos, a educação popular e as experiências de EPS têm sido muito importantes no que diz respeito ao enfrentamento das desigualdades sociais e na busca da autonomia das comunidades populares do país.

2.2. A Educação Popular em Saúde e suas implicações teórico-práticas para o fazer na APS

A concepção da Educação Popular em Saúde traz consigo a possibilidade de fugir das abordagens de cunho conservador, biomédico e tecnicista de atenção à saúde – preponderantemente centradas nas necessidades e desejos do profissional, em lugar de priorizar os usuários, suas necessidades e especificidades. Essa perspectiva conservadora, biomédica e tecnicista de atenção à saúde, aquela historicamente mais desenvolvida, empregada nos espaços e serviços de saúde, tendo como uma de suas características o estabelecimento de uma relação – entre profissionais e a população – é marcada por ações, atitudes e procedimentos com ênfase normativa sobre as vidas das pessoas. Impõe condutas prescritas de forma descontextualizada da realidade dos usuários, alheia a seus comportamentos, desejos, especificidades, sonhos e anseios.

O caráter normativo e prescritivo dessa abordagem tecnicista é fundamentado na crença de que apenas o saber científico encontra soluções para os problemas de saúde das pessoas, e a melhor forma de as atender é pela imposição das condutas e procedimentos tecnicamente recomendados para os sintomas em evidência. Cuida-se, então, dos sintomas e da doença, não das pessoas que estão, naquele instante, sentindo sintomas e vivenciando a doença, e age-se sobre um objeto inerte, nele aplicando todo o seu saber para “consertar” os defeitos reclamados pelo cliente/paciente.

Tal forma de conduzir a atenção à saúde traz consigo uma profunda desconsideração das pessoas em suas subjetividades, histórias e especificidades. Alija-se do processo a pessoa que sofre com esse corpo adoecido e todas as complexas, exigentes e multifacetadas demandas e desdobramentos que emergem com as crises que, muitas vezes, são mobilizadas nas instâncias desse adoecimento. Projetos de felicidade, trabalho, família, sonhos, amores, lazer, amigos, nada disso, de modo geral, tem sido levado em consideração na construção do tratamento de saúde.

Por essa vertente, apenas se “cuida” das pessoas, quando elas se sentem ou parecem estar adoecidas. Ou seja, apenas quando surge a doença. Ora, o conceito de Educação Popular

em Saúde, em forma consoante com a ideia de Promoção da Saúde, leva para outro caminho – o de pensar o atendimento *à saúde*, para o qual se busca, por meio da ação profissional, colaborar com o usuário na construção de condições para que este tenha um corpo saudável física, psicológica e emocionalmente.

Da mesma forma, a valorização e inclusão da territorialidade e da perspectiva da participação social na Atenção Primária à Saúde leva o profissional de saúde a se preocupar não só em cuidar da doença ou dos sintomas que aparecem quando a doença ocorre, mas estar junto com seus pacientes e com a sua comunidade adscrita, construindo condições favoráveis para que estes e as coletividades em seu derredor tenham qualidade de vida, com sustentabilidade, dignidade e autonomia.

Dentre outras diferenças, essas concepções emergem provocando e orientando a ação profissional não apenas quando a pessoa adoece; ao contrário, esse profissional deve atuar para criar condições para proporcionar ou facilitar que as pessoas nem chegam a adoecer; e, se isso, por desventura, não for efetivamente possível, que o atendimento possa ser construído compartilhada e coletivamente com as pessoas em sofrimento, levando em conta suas necessidades, demandas, anseios, desejos e projetos, articulando o cuidado como um projeto coerente com a dinâmica da vida de cada paciente em seu contexto. Adicionalmente, devem envolver, de forma protagonista, as pessoas em seus próprios processos de cuidado, articulando com isso as dimensões da Educação e da Participação Social em saúde e preparando-as para enfrentar e superar os desafios advindos de crise e adoecimento.

A perspectiva da Educação Popular em Saúde orienta os profissionais, primeiro para o cuidado às famílias e à comunidade, a fim de desenvolver, ao máximo, habilidades, iniciativas e atitudes no sentido de as apoiar do ponto de vista social. Esse apoio deve ser feito, articulando e mobilizando as capacidades da UBS com os problemas sentidos e vivenciados pelos usuários e construindo caminhos de cuidado que incluam a realização e a afirmação de seus direitos sociais bem como a dimensão das condições para que essas famílias tenham uma saúde integral. Trata-se, portanto, de agir de uma forma mais ampla, redimensionando a Atenção Primária à Saúde.

A formação universitária nem sempre abre o olhar do estudante para uma concepção ampliada de saúde, necessária para a complexidade de arranjos do processo saúde-doença. Na Atenção Primária à Saúde, quando se entra na casa das famílias para desenvolver processos de cuidado, certamente, se constata que os problemas ali existentes não são, exatamente, formados apenas por um conjunto de sintomas patológicos explicáveis do ponto de vista biomédico. Em cada família de uma comunidade, os problemas de saúde se revelam de forma entremeada de especificidades e questões próprias do território. Ademais, em cada uma dessas famílias, há diferentes histórias de vida, sentimentos, desejos, expectativas e

experiências que fazem parte de suas vidas e que constituem essas pessoas, ajudando na forma de serem vistas como elas são.

De um modo geral, as UBSs ainda estão muito centradas em uma abordagem voltada à doença ou focadas em uma lógica biologicista. Mesmo que a Unidade Básica esteja dentro da comunidade, muitas vezes seus profissionais e a própria equipe não se deixam “tocar” pelo território, fazendo semblante de “ilha”, desconectada, daquela comunidade, ficando alheia a todo aquele território diverso, que vive e pulsa intensamente em torno dela. Como diz Heidemann et al (2023),

Problemas e desafios enfrentados pelas equipes de APS estão relacionados à centralização no atendimento médico, à burocratização traduzida por horários restritos que prejudicam o acesso de usuários que trabalham no horário de funcionamento das unidades de saúde, à baixa intenção/ competência comunicativa de profissionais administrativos atuantes nas recepções, bem como escasso domínio das tecnologias de comunicação e informação para fins administrativos. Além disso, pontuam-se as dificuldades em realizar ações intersetoriais, bem como o diálogo entre profissionais para atuação em conjunto entre e-NASF e equipe de saúde da família. Certamente, as mudanças advindas da Política Nacional de Atenção Básica impactam ainda mais a assistência em saúde das equipes. (Heidemman et al, 2023, p.3)

Nos últimos anos, vem se ampliando na Atenção Primária à Saúde brasileira um preocupante processo de intensificação da lógica ambulatorial nas UBSs, de modo que suas ações e serviços acabam predominantemente sendo tomados por uma lógica de pronto atendimento, frequentemente promovendo ações similares às das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), as quais têm um papel importante e intermediário entre a Atenção primária e o atendimento a casos de alta complexidade, dando um suporte para atendimento de casos que extrapolam a Unidade e demandam situações de cuidado mais agudos e emergenciais. Esse é o lugar e o papel da UPA, portanto, e não das UBSs, as quais precisam ocupar e desenvolver, na rede, a função de escutar por mais tempo, acompanhando todo o processo de atenção às demandas da pessoa, logo constituindo um cuidado longitudinalizado.

A Educação Popular em Saúde pode, ao orientar e subsidiar as ações das UBSs, dirimir a desconexão e o histórico afastamento entre o que está acontecendo na comunidade e a dinâmica da própria UBS. Para tanto, as UBS precisam, com a ação de seus profissionais, passar por um processo de reorientação de suas práticas e de sua organização, na

perspectiva de valorizarem ofertas importantes de ações de promoção à saúde, como educação em saúde nas escolas do território voltadas para público específico, iniciativas nos serviços de saúde voltadas para a Puericultura coletiva, para gestantes oferecendo oportunidade das usuárias expressarem suas dúvidas, medos e anseios em relação a eventos de sua vida saudável, legitimar e expor seus saberes. Essas ações são oportunidades de aprendizagem compartilhada em espaços coletivos onde as pessoas da comunidade entrecruzam informações, dúvidas, reflexões, problematizam as contingências da vida diária, que podem levar ao adoecimento ou a uma vida saudável, com os profissionais e com as outras pessoas da própria comunidade.

Há ainda ações de Vigilância em Saúde que envolvem a prevenção em saúde, o monitoramento da situação de saúde da comunidade, o estudo de casos de doenças no território, como e quando ocorrem, os quais podem exigir notificação compulsória para o cuidado do indivíduo e da comunidade pelo risco de transmissão e necessidade de orientações específicas.

Por fim, a dimensão da Participação Social em Saúde envolve o estímulo ao protagonismo dos usuários do SUS em cada território, de maneira que estes façam uso de sua capacidade crítica, que nutram uma opinião sobre o serviço de saúde, agindo em prol de sua autonomia, participando ativamente das ações promovidas pelos profissionais de saúde e realizadas por todos, de modo articulado e numa relação de respeito e cooperação. Ademais, que possam ser estabelecidas redes de sociabilidade e relacionalidade, permeadas por uma atitude de construção compartilhada dos serviços de saúde, de modo que os profissionais de saúde sejam vistos como parceiros na construção das ações de saúde no bairro, aliados dos usuários, estes partícipes ativos, colaborando na condução, na gestão e na estruturação da dinâmica do serviço.

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são espaços estratégicos onde podem ser feitas reuniões dos moradores da comunidade com a equipe de saúde para avaliar como a UBS conduz a dinâmica de suas ações, como oferta seus serviços, na perspectiva de qualificar o atendimento e as ações ofertadas. Ademais, há também os Grupos, os Coletivos e as experiências de Encontro Comunitário em Saúde, seja em uma perspectiva terapêutica, seja na organização comunitária local, os quais, além de serem ótimas práticas de Educação em Saúde, podem também constituir práticas de Participação Social do Usuário. Com isso, busca-se que o sujeito saia do lugar de paciente passivo, para ser alguém que vai ajudar a construir espaços públicos e de educação em saúde.

Outra dimensão relevante, no sentido da ação das UBSs extrapolar o fazer tecnicista e caminhar para a perspectiva da Educação Popular em Saúde, está na prerrogativa de se desenvolverem iniciativas que impulsionam o diálogo e a ação cooperativa, internamente,

com as equipes, ativando-se a capacidade de planejamento coletivo e de acompanhamento e avaliação permanente do processo de trabalho. Para isso, atividades de educação permanente das equipes multiprofissionais são essenciais, não apenas para a citada necessidade de organização interna do processo de trabalho de modo pactuado, dialógico e integrado como também pela permanente demanda da equipe para atualização de conhecimentos. Certamente, todos os profissionais de saúde sabem da necessidade de aprimorar sua formação, na medida em que o transcorrer da prática e a dinâmica da realidade invariavelmente geram novas demandas, e conseqüentemente, apropriação de novos saberes para sua resolução.

Esse processo se compõe de diversos exercícios que podem contribuir para ampliar o sentido do que é a Atenção Primária à Saúde, coerente não apenas com o conceito de promoção da Saúde, mas ainda com a perspectiva da integralidade, da humanização e da equidade em saúde.

A essa dimensão se incluem a pertinência e relevância de desenvolvimento de processos de diálogo e de trabalho interprofissional, superando o modelo predominantemente atual nas UBSs, onde cada membro da equipe fica atuando isoladamente, com pouco espaço (ou percepção da necessidade) para a comunicação e colaboração integrada. Nesse tipo de trabalho em que se evidencia a Interprofissionalidade, ampliam-se os horizontes do cuidado e da integralidade no serviço, cuja aplicação só é garantida se houver convivialidade entre os profissionais e suas diferentes formações e uma disposição para uma atuação orientada pela complementaridade e não pela competitividade.

2.3. Desafios atuais da Educação Popular em Saúde e da valorização do território e da participação social na APS

Em primeiro lugar, *o que é APS?* Não se pode ignorar o fato de que há uma percepção distorcida de parte das equipes, dos profissionais das UBSs e de seus gestores sobre o que seja a Atenção Primária à Saúde (APS). De modo geral, as pessoas têm uma visão que atrela a APS à ideia de um pronto atendimento básico – percepção, infelizmente, também presente em grande parte da população. Na verdade, além do que já discutimos até aqui, essa visão equivocada justifica a premência de irmos semeando e cultivando outra cultura sobre o que seja saúde e qual o papel da APS, de modo a destacar a importância de se agir com base na prevenção às patologias, afastando com mais efetividade a possibilidade de estas ocorrerem. Isso exige uma percepção e uma valorização da APS como elemento central para a manutenção da estruturação do SUS e para o estabelecimento de condições dignas de saúde e de qualidade de vida para a comunidade e seus moradores.

Assim, a Atenção Primária à Saúde precisa ser vista não apenas como “básica” no sentido de ser mínima, mas de ser “base”, fortalecida, abastecida e preparada para responder aos imensos desafios expressos pelo processo saúde/doença no território. Isso exige uma APS de qualidade e com quantidade de recursos e de profissionais coerentes com as possibilidades de controlar a pressão assistencial, prevenir e evitar novas pressões, ao cooperarem com a comunidade e com outros setores sociais públicos na afirmação de condições sustentáveis e saudáveis de desenvolvimento do território, por meio de ações de promoção da saúde junto a públicos prioritários como criança, adolescente, mulheres e idosos.

Em segundo lugar, pensar *quem e como opera a APS?* Certamente há que qualificar os recursos, aumentar os investimentos e ampliar as equipes para mudar a cultura da saúde na APS e as possibilidades de ação das equipes de APS. É necessária uma formação mais afinada desses profissionais, na ótica da promoção da saúde, convergindo para uma só direção os interesses da comunidade alinhados às ações da APS, e aos processos de gestão que orientam esses profissionais. Nesse viés, figuras como a do apoiador matricial, por exemplo, podem ser decisivas na perspectiva de apoiar os profissionais das UBS para acompanhar, estimular e orientá-los sobre a construção do processo de trabalho de suas equipes na lógica da Educação Popular em Saúde e da promoção da saúde. Pode-se, inclusive, partir de três perguntas simples: 1) O que se precisa fazer? 2) O que se pode fazer? 3) O que se quer fazer? Observe-se que a pergunta 3, embora não devesse, pode ser a mais relevante, pois há situações em que todos sabem o que devem e o que podem fazer, mas, por não quererem, nada muda.

Também deve haver um investimento nas carreiras, na estabilidade e na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras da APS, de maneira que essas pessoas se sintam mais seguro(as) no desenvolvimento do seu trabalho e na sua organização pessoal/familiar bem como ter uma perspectiva de crescimento no seu fazer profissional, seja com incentivo para formação permanente, na forma de pós-graduações ou outras formações, seja pela antecipação de progressão em sua carreira, mediante avaliação de sua atuação e consolidação do tempo e da experiência longa em serviço.

Outro fator que chama a atenção para as dificuldades das equipes em desenvolverem as ações de Educação Popular em Saúde está na sobrecarga de trabalho com a qual muitos profissionais se deparam no exercício de suas ações na APS. Não raro as ações de Educação Popular, participação social e promoção da saúde têm pouco espaço na agenda dos profissionais, em virtude da alta pressão assistencial pelo não equilíbrio entre a necessidade de atendimento ambulatorial e a efetividade das ações preventivas.

Ocorre, então, um “círculo vicioso”, pois, a partir do momento em que não se investe em ações de promoção da Saúde, está se possibilitando o surgimento de mais doenças que se instalem em corpos antes saudáveis. Dito de outra forma, se, por exemplo, não se desenvolve um trabalho com as pessoas com hipertensão e diabetes, orientando-se sobre a necessidade de se ter uma alimentação adequada e saudável, de praticar atividade física; ou se não acompanha e orienta gestantes, pais e mães sobre os primeiros meses de vida das crianças, estar-se-á aumentando as chances de se instalarem processos de adoecimento. Como, muitas vezes, a ação afirmativa da promoção da saúde não ocorre, vários casos evitáveis continuam a emergir na comunidade. E o profissional fica, invariavelmente, preso no *looping* – atendendo, atendendo, atendendo...

Esse movimento impede que o profissional cuide do elemento causador da doença, ou mesmo reflita e considere as determinações sociais que incidem sobre a vida de seus pacientes e que mobilizam os processos de adoecimento. A alta demanda e a centralização do fazer profissional em cuidar apenas da doença acaba aumentando o trabalho dos profissionais e das equipes das UBSs, e a população acaba convivendo com processos de dor, sofrimento e crises que poderiam, em alguns casos, serem evitados ou minimamente dirimidos.

Não se pode perder de perspectiva também que, quando se está falando de Educação Popular em Saúde, se está, necessariamente, fazendo referência à capacidade de subsidiar, estimular e promover espaços de formação e de aprendizagem com a comunidade, na perspectiva de que seus moradores-protagonistas possam ampliar seus conhecimentos, práticas e habilidades, para que cada um deles possa cuidar bem e melhor de sua saúde e da saúde de sua vizinhança, conseqüentemente contribuindo, entre outros fatores, para uma pressão assistencial menor, na medida em que muitos problemas, pela Promoção da Saúde, invariavelmente serão evitados e reduzam a pressão assistencial e a sobrecarga da equipe em atividades curativas.

A verdade é que a fragilidade em desenvolver mais plenamente a concepção de Educação Popular e Promoção da Saúde, nas UBSs, com dimensões e fazeres como as da Participação Social, Vigilância em Saúde, e Educação Permanente da Equipe Multiprofissional, traz, como conseqüências, o aumento da pressão assistencial e a sobrecarga da equipe em atividades de perfil curativo.

Cabe ainda frisar outro elemento importante que vem contribuindo para as dificuldades em desenvolvermos o fazer da APS na perspectiva da Promoção da Saúde: a burocratização do trabalho do ACS. O Agente Comunitário de Saúde atua com uma função que foi se fazendo presente principalmente nas décadas de 1970 e 1980, no Brasil, na medida em que surgiram

lideranças comunitárias que se destacaram por seu protagonismo no cuidado às pessoas dos territórios e nas lutas pela garantia do direito à saúde das mesmas.

Nesse período, muitas comunidades não tinham qualquer tipo de assistência à saúde; e assim, em muitos contextos, passou-se a se implementar e a se reconhecer o papel de “agentes de saúde”, posteriormente denominados Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para atuarem como atores estratégicos de referência nas comunidades e ajudar na mediação entre profissionais e seus moradores nas ações de Atenção à Saúde.

No contexto da reorganização dos serviços pós-reforma sanitária essa figura tornou-se, cada vez mais, fundamental para a formação das equipes de Saúde, seja no programa de ACS (1992) ou posteriormente no Programa da Saúde da Família (1994). Consequentemente, na medida em que os ACSs traziam, para a dinâmica de suas equipes, conhecimentos únicos sobre cada comunidade, suas histórias, suas especificidades, suas necessidades e suas potencialidades, deu-se também a ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

O que se observou, contudo, nas últimas décadas, foi um paulatino deslocamento da ação dos ACSs, saindo da comunidade para serem “sugados” pela burocracia das UBS. Esse fenômeno social foi acontecendo não pela vontade dos agentes, mas pela ênfase de muitas gestões em uma perspectiva mais curativista. Como o centro da APS passou cada vez mais a ser ambulatorial e não de Promoção da Saúde, um dos reflexos disso se retratou no afastamento dos ACS dos fazeres e das dinâmicas dos territórios. Assim, os ACS passaram a ser levados a cumprir tarefas, como substituição de recepcionistas em unidades de saúde, entrega de marcação de exames e consultas especializadas, entre outros.

Com isso, um profissional que estava, muitas vezes, à frente das ações de Educação Popular em Saúde, Vigilância em Saúde, Participação Popular em Saúde foi absorvido pela burocracia, ficando mais tempo dentro da Unidade Básica e afastados da comunidade. Esse processo fragiliza a possibilidade de a Atenção Primária à Saúde ser pautada pela promoção da saúde, já que seu principal interlocutor, o Agente Comunitário, não tem mais espaço ou liberdade para conectar a equipe com a comunidade.

Um terceiro desafio é compreender *quem experiencia a APS e como?* Ao priorizar os interesses da população, uma boa forma de enfrentar essa cultura dominante está na ampliação de oportunidades para as pessoas da comunidade vivenciarem, na prática, outras formas de atenção à saúde, seja, na medida em que outras dinâmicas de cuidado são ofertadas à população, sendo sentidas, vivenciadas e avaliadas por seus participantes. O apreço desse público por essas novas metodologias de cuidado, por consequência virá com seu respeito, entendimento e valorização da potência dos serviços oferecidos pelas UBSs,

de forma compartilhada pelos profissionais e pelos usuários, em prol do bem-estar físico e emocional, orientado pela lógica da Promoção da Saúde.

Por exemplo, com a experiência de participação de usuários em coletivos e grupos de cuidado terapêutico e de participação popular local em saúde, esses podem aprender que saúde é mais que uma prescrição de tratamentos e procedimentos, mas também uma rotina que pode ser pensada e praticada com práticas alternativas, como meditação, auriculoterapia, escaldapés, entre outras PICS.

A evitação da doença também pode ser experimentada com conversas, onde a escuta profissional, como a de um psicólogo, de uma pessoa que não julgue, não tire do outro o direito de sofrer e de sentir seus próprios problemas, é um excelente antídoto para bloquear as ameaças ao corpo vulnerável pelo sofrimento. Também ocorre quando há um diálogo com pessoas de confiança – como os profissionais da UBS ou outros membros da equipe de profissionais, que respeitam o momento difícil daquele que lhe confiou uma vivência ; um desabafo, enfim... o compartilhamento da dor é uma tática que surte grandes efeitos na prevenção a doenças.

Enquanto, no entanto, não se propiciam à população essas experiências, boa parte das pessoas – usuários e profissionais da saúde – vai continuar pautando o serviço unicamente pelo atendimento ambulatorial prestado e pode, inclusive, criticar os que tomam parte nas ações de promoção da saúde, imputando-lhes a falsa noção de que, ao estarem envolvidos nessas ações e não no pronto atendimento, estão “jogando conversa fora” e “desperdiçando tempo”.

É nítido observar que, do ponto de vista da gestão da APS, muitas experiências municipais vêm se pautando mais e centralmente em um aspecto gerencial-administrativo e pouco em uma perspectiva de cunho matricial, dialógico e participativo. Referenciais como o apoio matricial, embora mantenham uma potência significativa em suas propostas, vêm sendo, em certa medida, abandonados em muitas gestões municipais de saúde. Com isso, perde-se a oportunidade singular do apoio matricial na mediação dos processos de trabalho, constituindo um lugar de suporte, estímulo, acompanhamento e orientação para as equipes, no sentido de se desenvolverem as práticas de Promoção da Saúde, sem a alcunha de fiscal e de cobradora de metas e produtos.

Cabe perguntar que caminhos trilhar para superar os obstáculos e construir outros horizontes. Entre os caminhos possíveis e promissores, identifica-se os que levam a práticas e processos de trabalho interprofissional e intersetorial na Atenção Primária à Saúde. É fundamental procurar, no território e na comunidade, que práticas se podem realizar com interfaces e dimensões interprofissionais. Numa linha mais contextualizada, se pode questionar de que forma construir pautas e agendas comuns ao profissional de Medicina, da

Enfermagem, da Odontologia, ao Agente Comunitário de Saúde, entre outros, para que se possa, de fato, desenvolver uma ação conjunta, mensalmente, pelo menos. Outra possibilidade estaria no desenvolvimento de práticas intersetoriais, como visitação e parcerias/cooperações com os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), tomando conhecimento das ações ofertadas por esses Centros, a fim de que se avalie a possibilidade de participação.

- Outra demanda se expressa no questionamento sobre a oferta de práticas no âmbito da APS e sua coerência com as necessidades da comunidade. Para refletir sobre essas questões e buscar respostas, pode lançar mão de algumas estratégias de promover uma reunião de avaliação da equipe, ao menos um dia por mês, na própria UBS, para analisar:
 - Quais são as principais demandas que a comunidade está expressando;
 - Em que medida se é capaz, ou não, de responder a essas demandas;
Quais as ações se está ofertando;
 - Qual o verdadeiro impacto dessas ações na comunidade.
 - Se, porventura, se identificar que se está muito desconectado da comunidade, será necessário pensar de que maneira se organizar para superar essa falha. É importante entender que nenhuma mudança pode ser feita impulsivamente. Pode-se começar aos poucos e devagar, reconhecendo a Educação Popular, a Participação Social, a Vigilância em Saúde como dimensões da prática, do cotidiano na Atenção Primária à Saúde.

Assim, é indispensável que a equipe conheça suas ações, dificuldades e propósitos, para refletir sobre elas e as avaliar em busca de elaborar estratégias exequíveis, que a faça sair da “mesmice”, da repetição improdutiva e ultrapassada da Atenção Primária à Saúde exclusivamente ambulatorial.

Finalmente, faz-se premente estabelecer processos de comunicação e de parceria cooperativa com a comunidade e suas lideranças, na perspectiva de que os atores sociais locais possam participar mais ativamente da gestão das UBSs e, assim, ter maiores possibilidades de se identificarem os principais pontos de fragilidade de sua atuação como também observar que aspectos podem ser melhorados no serviço, a partir da escuta da comunidade, num exercício verdadeiro e honesto, com pretensões de mudanças e avanços no atendimento ao usuário.

3. Propostas e estratégias para dinamização e criação de iniciativas de Educação Popular em Saúde na APS

Pela Educação Popular em Saúde, os profissionais buscam uma APS que prima pela saúde integral, de base comunitária, com efetiva participação social, aspectos bastante valorizados e evidentes em estudos de vários pesquisadores e pesquisadoras do país, a exemplo dos que fazem parte da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Em especial, importa, nessa Nota, se debruçar sobre os itinerários para se construir projetos e processos de APS em compartilhamento com a comunidade. Para realizar esse trabalho, com as características anteriormente citadas, precisa-se da participação da comunidade de forma permanente e sistemática, num exercício que envolva todos em seu processo, desde o seu planejamento, passando pela execução até a avaliação. É um círculo que deve estar sempre em movimento, se renovando, se aperfeiçoando e, principalmente, se ampliando.

Ora, cabe pontuar que, quando se fala de construção compartilhada com a comunidade, se refere à necessidade da ação e do fazer cotidiano das Unidades Básicas estarem conectadas entre si o mais possível e em máxima sintonia com a realidade local.

Pode parecer que o comentário acima seja inútil, já que, no cumprimento da rotina, não se percebe que não há, efetivamente, essa conexão entre a realidade local e as ações ali realizadas. Então, pensando juntos: *Quantas vezes não se entra em unidades de saúde cuja padronização, do ponto de vista da infraestrutura e do arranjo de ambiência, está desvinculada da atmosfera social do território onde funcionam? Quantas unidades de saúde têm, de fato, a “cara”, o “cheiro”, o “jeito de ser” do seu território? Quantas unidades de saúde poderiam ser, em tese, retiradas do território onde atuam e colocadas em outro, sem que ninguém notasse a diferença?*

É fundamental, pela proposta mesma da Atenção Primária à Saúde, desde suas origens, que haja uma conexão, uma sintonia, uma coerência da unidade com sua ambiência, seu espaço físico e sua dinâmica de funcionamento, para expressar o território onde atua. É recomendável, portanto, que a ação da unidade, com sua equipe, esteja conectada com o que está pulsando, ocorrendo no território, de modo que haja uma conexão dessas ocorrências com as ações e da equipe e com seus sujeitos protagonistas desse território.

Um dos principais instrumentos de atuação no território é o cadastro da população, premissa básica e parte das competências das equipes da ESF, em especial atualizada pelos ACS em consonância com outros membros que atuam e se formam nele. Na atualidade, algumas questões sociais confrontam a metodologia original desse processo baseada no domicílio, em razão de fatores associados ao cofinanciamento da ESF, que discrimina por risco, se pauta em estruturas familiares ideais ou padronizadas que não contemplam guarda

compartilhada de pais separados, ou tutela informal de idosos dependentes de familiares não moradores do território ou mesmo em outro município. Tais situações, que só podem ser observadas in loco, impactam não só o cadastro de usuários, cobertura e os indicadores de saúde por não considerarem ou rejeitarem a mobilidade social no acompanhamento dos usuários por outros níveis de atenção.

A rigidez do modelo diante das questões postas pela vida moderna necessita ser revisitada tanto pela readequação da quantidade de ACS suficientes para a atualização do cadastro e a apropriação das equipes de singularidades observadas.

Agora refletindo sobre o mesmo assunto, porém com duas perguntas:

- a) Em que medida, a atuação da UBS está organizada e funcionando para ser um centro de referência e apoio para construção de projetos de vida e para o enfrentamento dos determinantes sociais, econômicos e políticos do processo saúde-doença?
- b) A UBS onde trabalha atua mais como um pronto atendimento comum de saúde, ou como descrevemos no item acima?

Se a nossa resposta for “sim” para a pergunta “b”, não restam dúvidas de que compreender a necessidade de uma sintonia, de uma reciprocidade entre o território e a equipe de saúde e sua unidade básica é, de fato, um desafio fundamental.

Há pessoas que dizem que a APS nunca conseguirá estabelecer, em sua plenitude, esse conjunto de objetivos. Vê-se, sem dificuldade, a percepção do público em geral de que a APS é, preponderantemente, pronto atendimento, complementada, complacientemente, pela frase conformista “é assim mesmo”. Bom, ao contrário desse pensamento conformista, eu posso dizer, sobretudo pelas experiências presenciadas e vividas e por outras com as quais interajo em diferentes contextos brasileiros, que é possível, sim, construir um fazer da APS o qual se estabelece a partir de uma relação mais consoante, com qualidade, e de aproximação com o território, suas gentes, suas dinâmicas e seus desafios.

Diante disso, apresentam-se algumas estratégias e sugestões de atividades que possam colaborar com essa ideia de construção compartilhada, de conexão mais próxima com o território e com a realidade social local.

PRIMEIRA ESTRATÉGIA – trata-se de estabelecer uma convivência entre cada trabalhador com a equipe, mas que seja permanente e envolvida com a realidade do território. Isso inclui, efetivamente, ter momentos sistemáticos e perenes, em que os profissionais de saúde possam sair dos “quatro muros” da UBS, conhecer o território em suas peculiaridades, dinâmicas, processos e, sobretudo, conhecer as pessoas que fazem ele ser o que é, interagindo com elas. Então, o que quero dizer, nesse ponto, é que não é possível se conectar com o território sem, efetivamente, se inserir no território, mergulhando nessa realidade social e se deixando “molhar”, “ensopar”, por ela. Não haverá entrosamento, compartilhamento de

experiências e construção de confiança mútua se, por exemplo, os profissionais chegarem com seus carros na UBS, estacionarem e entrarem na unidade, fazerem o seu trabalho ambulatorial, sem circular na comunidade. Depois de cumprido o seu horário de trabalho, e apenas no interior da Unidade, sair dali e ir embora.

Ao contrário dessa postura, é essencial estabelecer momentos que garantam a interação com o território permanentemente, de maneira que o profissional possa estar imerso, conhecer os referenciais de território, do ponto de vista social, das relações sociais estabelecidas, do comércio, do lazer, do esporte, do trabalho, do meio ambiente.

Não se pode deixar de citar aqui a falsa impressão de algumas pessoas que poderão pensar que já fazem esse processo. É possível que já tenham feito, no processo da territorialização, ou seja, no momento da entrada dos profissionais das equipes em um determinado território, para uma visão geral, reconhecimento de área. Na verdade, a perspectiva de **territorialização** que se privilegia é aquela fundamentada na interação e no diálogo, em um processo contínuo e permanente. Uma territorialização voltada não somente à identificação da localização geográfica do trabalho do profissional e de sua equipe, mas sim de reconhecimento da existência e problemas sociais (lixo acumulado, esgotos abertos, ruas sem asfalto, falta de transporte público etc.), presença das dores físicas ou psíquicas, das alegrias, das inquietações, das expectativas daquele usuário em relação a si, a sua família; enfim a valorização e a requisição da participação do outro na essência, na sinergia, da comunidade.

Não se trata, portanto, de fazer uma territorialização no primeiro dia ou na primeira semana em que ali chega, observando e delimitando seus espaços ou descrevendo suas fragilidades, como um registro frio de problemas “sem solução”. Mais do que isso, essa observação deve ser frequente, o registro de seus problemas também, porém, e acima de tudo, é necessário convidar a comunidade para juntos, chegar a uma minimização ou, quem sabe, até a eliminação de um ou de vários fatores que concorrem para o adoecimento naquela comunidade.

A convivialidade com o território é, pois, vital, inclusive porque a realidade do território está em permanente mudança. Precisa mergulhar no território não de modo pontual, mas sistemático, regular e permanente, provocando e promovendo encontros de partilha com as pessoas daquele lugar de experiências e conhecendo fatos que, às vezes, não são falados dentro do ambulatório. De modo geral, é mais comum falar sobre certas situações (pessoais ou de alguém que, de alguma forma, participa de sua vida familiar) e fatos comuns à comunidade, quando se estabelece algum fio de confiança com nosso interlocutor, e isso é bem mais fácil quando se está em situação informal como, por exemplo, tomando um café.

Territorializar, de modo permanente, significa buscar identificar fenômenos diversos, por exemplo, os grupos, as organizações, as identidades culturais e religiosas estabelecidas, permitindo-se conhecer esses fenômenos e os apresentar. Então, é muito importante que possamos ter essa conexão com território. E esta, para ser autêntica, precisa de convivência. Por isso, sugerimos que essa vivência e convivência permanentes com o território possam estar previstas e protegidas dentro da nossa agenda, reservando tempo para essa dimensão e nos dedicando para seu pleno e válido desenvolvimento.

Como aponta Silva et al (2013),

(...) a promoção de saúde não busca a aplicação de técnicas e métodos estabelecidos a priori para a resolução de dificuldades e de carências da comunidade, mas busca potencializar sujeitos e coletivos. Desse modo, guiados pelo objetivo de (re)ativar potências, articular vivências, aprender, ensinar, gerar reflexões, sensações e (re) significações, nossa prática aprende na vivência do dia a dia como constituir grupos com os usuários do serviço e ainda buscar constante articulação com outros profissionais da unidade (SILVA et al, 2013, p.1002).

SEGUNDA ESTRATÉGIA – Outra estratégia importante nessa construção da APS se aplica à necessidade de os profissionais de Saúde fazerem com a maior frequência possível **diagnósticos da realidade comunitária**, a partir de monitoramento da situação de saúde local, com um olhar crítico. Ter uma preocupação não apenas com o que chega para o atendimento na unidade, mas também, transversalmente, com o que está acontecendo por dentro do território.

Isso exige momentos, por exemplo, de reuniões nas quais a equipe de saúde possa pensar como está seu território, quais são as principais questões que estão incomodando e em que proporção, quais são as principais potências desse seu território, vislumbrar a possibilidade de parcerias e com quais instituições de proteção social se articular, enfim, momentos de reflexão, avaliação e planejamento conjunto sobre a realidade do território, de maneira que seja possível ir descobrindo o que se pode fazer e que ações podem ser extremamente fundamentais para se superarem os desafios comunitários. Então, é fundamental que se pense, reflita-se, de forma permanente sobre a realidade comunitária.

TERCEIRA ESTRATÉGIA– Esta se refere à compreensão de que, mesmo como profissionais e equipe de saúde, no cotidiano, não cuidam sozinhos da saúde do território. Dificilmente se vai encontrar um território onde não haja pessoas que cuidam de outras pessoas, sejam

familiares, seja uma **rede de apoio de vizinhos, sejam cuidadores voluntários, sejam as protagonistas sociais e comunitárias de cuidado**. Em quantos territórios, por exemplo, tem rezadeiras, parteiras, benzedeiras, erveiras, fitoterapeutas populares, com suas farmácias vivas, suas farmácias de quintal, seus jardins terapêuticos, entre outros?

Em todo território onde se atua, haverá pessoas da comunidade que vão ter algo a contribuir no sentido da promoção de condições de uma vida com mais saúde e mais qualidade para o conjunto da população local. Se procurar bem, encontra parceiros para o desenvolvimento de projetos e ações que rumam no sentido da possibilidade de desenvolvimento sustentável. Mesmo que pareça difícil, sempre é possível identificar protagonistas dessas práticas sociais populares e, juntos, podem contribuir na construção das ações de saúde necessárias dos territórios numa perspectiva de promoção integral à saúde.

Essa estratégia, em especial, é fundamental e para vê-la ser plenamente desenvolvida, é vital incluí-la na nossa agenda.

QUARTA ESTRATÉGIA – Criar, sempre que possível, oportunidades, contextos e espaços para **escuta sobre as histórias de vida das pessoas da comunidade**, como uma atividade do cotidiano da UBS, compreendendo que o ponto de partida do cuidado em saúde sejam as histórias de vidas dessas pessoas, com seus dramas, desafios, dificuldades, conquistas, fragilidades, entre outros elementos. Para construir uma prática de saúde não orientada apenas pela doença, mas, sobretudo, pela vida, é vital abrir espaços dentro da unidade para conversas em coletivo, cujo teor principal não gire apenas em torno da doença e de seus aspectos biofisiopatológicos, mas em torno da vida. Assim sendo, vale entabular um diálogo sobre a vida, sobre como é viver e quais os principais dilemas, anseios e sentimentos ante o viver?

Essas conversas podem ser mais concentradas, inclusive, no quadro clínico de alguém de quem se está cuidando, sem, no entanto, ser sobre a doença em si. Imagine-se um usuário, que convive com hipertensão e diabetes. Seria interessante convidá-lo a partilhar relatos sobre como é que está sendo para esse usuário essa convivência, que dificuldades está sentido. Que facetas de sua vida não foram interrompidas ou tocadas por essas doenças? Na mesma linha, perguntar se esse paciente encontrou outras alternativas para cuidar mais e melhor de sua saúde. Em caso afirmativo, quais seriam essas alternativas? Seria possível compartilhar essa nova forma de encarar a doença e a vida com outras pessoas?

QUINTA ESTRATÉGIA – Além do aprofundamento da conexão da equipe com a comunidade, também considera bastante eficaz exercitar, permanentemente, a convivência com a diversidade inerente ao território, seus atores sociais e seus processos e dinâmicas locais. Ou seja, devemos potencializar a **convivência solidária**, respeitosa e fraterna entre essas diferenças e diversidades. Sempre vai haver diferenças na forma como as pessoas constroem

e procuram o cuidado; nas formas como as pessoas lidam com seu próprio autocuidado; enfim, vai haver diferenças e diversidades inclusive no sentido das potencialidades que cada pessoa possa oferecer para o trabalho da equipe e para o desenvolvimento local. Paulo Freire (2005) falava da vocação humana de *ser mais*. As pessoas têm diferentes e diversas vocações e podem, portanto, contribuir de diferentes maneiras com práticas variadas na perspectiva da promoção da saúde nos territórios. Assim, idealmente, deve-se buscar valorizar essas diversidades. Isso certamente poderá gerar ações que potencializam o valor dessas diferenças, numa perspectiva da complementaridade, ou seja, cada pessoa trazendo, doando, partilhando, algo em prol de um valor maior, enriquecendo as nossas possibilidades da construção e ou manutenção do nosso cuidado integral em saúde na UBS em relação à APS.

É de mister importância compreender e construir essa conexão da Unidade Básica de Saúde com o território, o que consiste também em alimentar a paciência e perseverança, pois essa construção compartilhada vai envolver uma dinâmica inevitavelmente passível de imprevistos. Dificilmente se conseguirá, por mais que se deseje, construir um Serviço de Saúde de forma absolutamente calculada, de forma que nada saia do planejado. Como o ritmo da comunidade é marcado por rotinas e, invariavelmente, por imprevisibilidades, porque o movimento da vida que gira no território é muito dinâmico, fluido, líquido; sempre haverá diferentes situações, contextos e demandas que, às vezes, não vão estar dentro do nosso planejamento.

Desse modo, se deve nutrir uma atitude de respeito e de generosidade com o processo de construção da promoção da saúde na APS. É fundamental ter a paciência de saber compreender que nem todas as coisas vão ocorrer na hora e na lógica que foi inicialmente planejada. Para se manter um equilíbrio, deve-se atuar necessariamente em diálogo, recurso útil, porém às vezes conflituoso, às vezes desafiador, às vezes conflituoso, seja com a dinâmica do território, seja com as ações de seus protagonistas.

A partir da exposição anterior, acredita-se estar evidente que a participação social não pode se dar apenas em momentos pontuais e específicos, como, por exemplo, na reunião do conselho local, a qual é essencial, porém não resumível a esse espaço. É de assaz importância que essa participação coletiva e integrada entre equipe e comunidade permeie o cotidiano do território como um todo no seu conjunto de ações. Assim, é imprescindível entender que a participação social na Atenção Primária à Saúde ocorre em diferentes momentos, em diferentes circunstâncias, seja no cuidado com as pessoas, seja na capacidade de escuta, seja em todo o processo do acolhimento. Ela deve fazer parte, enfim, das várias atividades da unidade.

Não se pode ignorar, contudo, o paciente impaciente, como Paulo Freire (2007) falava; ou seja, alguém que não é um algo vazio e destituído de conteúdo. Os pacientes são impacientes porque têm história, protagonismo e vivência concreta. O saber anterior dessas pessoas sobre como lidar com os problemas de saúde em seus territórios já constitui, efetivamente, um algo valioso para subsidiar um efetivo processo de cuidado em saúde. Assim, a participação social em saúde, que envolve o discurso dos pacientes ou dos impacientes, permeia transversalmente no agir das equipes de saúde, é essencial na medida em que vai poder trazer, para o conjunto de ações das UBSs, demandas, necessidades e jeitos de fazer provavelmente mais coerentes com as especificidades de quem mora nesse território, quem dorme e acorda lá, que muitas vezes trabalha naquele mesmo cenário social.

Aos poucos, se, constantemente, se exercitar, no nosso fazer, diferentes atividades em nossa Unidade Básica, para estimular uma postura de participação pelas pessoas, poderá também alimentar uma nova cultura em relação aos conceitos e propósitos do que seja a saúde e do que seja a unidade de saúde no território onde se atua. Da noção de lugar onde apenas se curam ou se minimizam os sintomas de doenças, as unidades poderão se constituir, de fato, em espaços de apoio e de referência para a construção de projetos de felicidade e de bem viver.

É válido destacar que, preponderantemente, não é essa a postura dominante na Atenção Primária à Saúde na prática cotidiana das maiorias das equipes no país. Há décadas, infelizmente, ainda prevalece uma lógica que vê, no paciente, aquela pessoa que onde o profissional vai depositar conhecimentos, em uma perspectiva educativa e relacional predominantemente normativa e prescritiva. Ao contrário, a perspectiva da promoção da saúde, por meio da participação social, pode ajudar, por exemplo, a contribuir com que cada pessoa tenha mais domínio e gestão do seu próprio cuidado, aprendendo, com os problemas de saúde, a como lidar melhor com sua saúde e como construir seu próprio caminho de cuidado.

Assim, tentar no fazer, estimular a participação desse usuário, não só nas instâncias de controle social formal, mas no fazer de todas as ações dentro da unidade.

SEXTA ESTRATÉGIA – Finalmente, dentro do tópico do desafio de qualificar e aprofundar a conexão com a comunidade, pontua-se como estratégia decisiva a necessidade de tratar a **territorialização** como algo permanentemente protegido na agenda. Isso requer pensar esse processo não apenas como o mapeamento e o levantamento do território do ponto de vista geográfico e sócio-demográfico, mas de territorialização como vivências de inserção e mergulho na realidade da comunidade onde se possa estabelecer aproximações, pontes e diálogos permanentes, na convivência com as pessoas daquele lugar. Isso inclui, também, reconhecer espaços de fortalecimento e a potencialização das redes de apoio social local que

existem no nosso território. Sempre vão existir outras estratégias sugeridas por instituições, associações e organizações de movimentos sociais ou mesmo relações informais entre vizinhos, conhecidos, familiares, entre outros, o que não é algo negativo. A ideia é trocar experiências e saberes. Enfim, as comunidades poderão ter redes de apoio social local, formadas de pessoas que, solidariamente, ajudam e apoiam outras nos momentos de crise e de enfrentamento aos problemas de saúde. É fundamental que se perceba a importância de se ter no território essas ricas e potentes fontes de apoio social comunitário e que se possam articular ações que as envolvem, as quais se acessem para serem parceiros da equipe.

Territorializar é, portanto, também reconhecer, estabelecer relações e fomentar parcerias com todos os coletivos, órgãos, serviços, movimentos e grupos que, no território, estejam preocupados e dedicados em subsidiar o enfrentamento às desigualdades e a promoção integral da saúde na perspectiva do impulsionamento à qualidade de vida e ao bem viver.

Em síntese, tanto a revisão conceitual e os marcos institucionais da APS quanto às estratégias anunciadas a partir dela, dialogam com os temas prioritários de observação e estudos de avaliação da APS no eixo da agenda estratégica de pesquisa em APS: população, território, participação social e equidade (Vilabôas, ALQ et al, 2024).

Novos estudos se processam como o Censo Nacional das UBS 2024 que trouxe um diagnóstico atualizado, uma nova contribuição para a institucionalidade da avaliação no SUS, que pode induzir a novas investigações e aprofundamento de tópicos de pesquisa a serem explorados neste âmbito da Promoção da Saúde e da Equidade.

Referências:

Albuquerque PC; Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.8, n.15, p.259-74, mar/ago. 2004.

Almeida Filho N; Nunes TC. Inovações curriculares para formação em Saúde inspiradas na obra de Anísio Teixeira. In *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz: Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2020; 18(s1):e0025486.

Bonetti OP; Pedrosa JIS; Siqueira TCA. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. *Revista de APS*, v. 14, n. 4, 2011.

Cruz PJSC; Pereira EAA de L; Alencar IC. Educação popular: teoria e princípio ético-político do trabalho social emancipador. In: Cruz PJSC. (org.). *Educação popular em saúde: desafios atuais*. São Paulo: Hucitec, 2018.

Freire, P. e Nogueira, A. *Que fazer: teoria e prática da educação popular*. Petrópolis: Editora Vozes, 2005. 8a. edição.

Freire, P. Pedagogia da Autonomia. Saberes Necessários e Prática Educativa. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2007. 35a.edição.

Giovanni G; Nogueira MA (org.) Dicionário de Políticas Públicas. São Paulo; Editora UNESP/ Fundap, 2015. Segunda edição.

Heidemann ITSB; Durand MK; Souza JB de; Arakawa-Belaunde AM; Macedo LC; Corrêa SM; Araújo LMC de; Maciel KS. (2023). Potentialities and Challenges for Care in the Primary Health Care Context. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 32, e20220333. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0333en>

Johnson AG. Dicionário de Sociologia. Guia Prático da Linguagem Sociológica. Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1997.

Labra ME. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In Fleury, S e Lobato, LVC Cebes: Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro, CEBES, 2009.

Melo Neto JF. Educação Popular e "Experiência". *Revista Contexto & Educação*, v. 26, n. 85, p. 31-50, 2011.

Mendonça et al. Atenção Primária à Saúde. Conceitos, Políticas e Práticas. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2018. Introdução - Os Desafios Urgentes e Atuais da APS no Brasil de Mendonça et al.; Capítulo 5 - O uso do Território na APS de Gondim, GMM e Monken, M.

Osmo A; Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015.

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE – CNEPS: Brasília – DF, 2012.

Rodrigues, JAS. Educação Popular em Saúde e COVID-19: Análise de experiências para o enfrentamento da pandemia na cidade de João Pessoa- PB. UFPB, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Dissertação de Mestrado, 2022.

Santos M. O retorno do território. In: Santos, M. Souza, Maria Adélia e Silveira, Maria Laura (org.). Território, Globalização e Fragmentação. São Paulo, Rio de Janeiro, Ed. Hucitec / ANPUR, 1994. Pg. 15 a 20.

Santos M. Técnica, Espaço Tempo. São Paulo: Ed. Edusp, 2007.

Sthal HC; Leal CRAA. Educação Popular como política de saúde: interfaces com a formação profissional em saúde. *Cad. Pesq.*, São Luiz. v. 24, n. 2. maio/ago 2017. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/7518/4632>. Acesso em: 20 maio 2020.

Stotz EN. A Educação Popular nos Movimentos Sociais da Saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 3 n. 1, p. 9-30, 2005.

Vasconcelos EM. 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 EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, p. 121-126, 2001.

Vilasbôas, ALQ et al. Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de Pesquisa. Rio de Janeiro: *Cebes Saúde em debate* V. 48, N..Especial 2, e9249, out.2024.