

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPGE
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

CLAUDIO ALEX DE SOUZA SIPRIANO

EDUCAÇÃO POPULAR: OS CÍRCULOS DE CULTURA E OS LIMITES
E AS POSSIBILIDADES DE *EMPOWERMENT DO CONSELHO*
LOCAL DE SAÚDE

CRICIÚMA (SC), 2012.

CLAUDIO ALEX DE SOUZA SIPRIANO

**EDUCAÇÃO POPULAR: OS CÍRCULOS DE CULTURA E OS LIMITES
E AS POSSIBILIDADES DE *EMPOWERMENT DO CONSELHO*
*LOCAL DE SAÚDE***

Dissertação apresentada junto à Banca Examinadora da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Dra. Janine Moreira.

CRICIÚMA (SC), 2012.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S618e Sipriano, Claudio Alex de Souza.

Educação popular : círculos de cultura e os limites e as possibilidades de empowerment do conselho local de saúde.

/

Claudio Alex de Souza Sipriano ; orientadora : Janine Moreira. - Criciúma : Ed. do Autor, 2012.

120 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em

Bibliotecária Eliziane de Lucca – CRB 1101/14ª -

Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
UNIDADE ACADÊMICA DE HUMANIDADES, CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - MESTRADO**

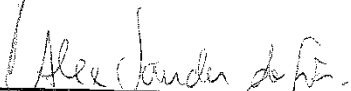
**“Educação Popular: os círculos de cultura e os limites e as possibilidades de
empowerment do Conselho Local de Saúde”**

Dissertação submetida ao programa de Pós-
Graduação em Educação em cumprimento parcial
para a obtenção do título de Mestre em Educação.

APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA EM 26/3/2012:



Profa. Dra. Janine Moreira (Orientadora – UNESC)




Prof. Dr. Alex Sander da Silva (Membro - UNESC)



Profa. Dra. Soraja Dornelles Scholler (Membro - UFSC)

Prof. Dr. Gladir da Silva Cabral (Suplente – UNESC)

**Prof. Dr. Gladir da Silva Cabral
Coordenador do PPGE-UNESC**



**Cláudio Alex de Souza Sipriano
Mestrando**

Criciúma, SC, março de 2012.

FUCRI - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE CRICIÚMA (MANTENEDORA)

Dedico esse trabalho:

Às minhas amadas Esposa Ariane Martins de Souza Sipriano; Filha, Ana Julia de Souza Sipriano e Mãe, Maria Tereza Paulino, simplesmente por serem os alicerces que sustentam minha existência!

AGRADECIMENTOS

À professora Janine Moreira, pela excelente condução de todo o processo de construção do conhecimento e consolidação dessa dissertação. E pelos momentos de suporte psicológico que a caminhada exigiu.

À professora Soraia Dornelles Schoeller, por ser uma das principais responsáveis por direcionar-me ao mundo científico.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNESC. Em especial, ao companheiro Alex Sander da Silva, com quem pude dividir minhas angústias pessoais e teóricas.

Aos Conselheiros Locais de Saúde do bairro estudado, pois sem suas participações e colaborações essa pesquisa não seria consolidada.

Aos amigos e amigas, em especial Jacks Soratto, Jonatas Cardoso de Souza (Fona), Claudeir Policarpi e Maria Salete Pereira, que me acompanharam durante a caminhada.

Aos professores e alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UNESC, um carinho especial às professoras Ioná, Luciane e Mágada.

Ao professor Marco Aurélio Da Ros e à professora Maria Elizabeth Kleba, pelas contribuições teóricas e pelo atendimento de meus pedidos de suporte teórico.

Aos companheiros do COREN-SC, em especial às companheiras Felipa e Denise Pires, que tiveram seus papéis de contribuição nesse estudo.

À FAPESC, pelo apoio financeiro e incentivo à produção científica.

A todos os educadores populares, que acreditam no poder dos seres humanos de fazer e refazer o mundo.

E, acima de tudo, a DEUS.

Obrigado!

DEDICATÓRIA ESPECIAL!

Amizade é para sempre, não importa a circunstância, estação do ano, distância, estado físico ou espiritual, amigo sempre deve ser lembrado. Com muito carinho e cheio de orgulho, esse espaço é para a maior baixinha do mundo que mora em meu coração, você, Eliana Marília Faria.



Um cheiro no coração!

“Sem a curiosidade que me move,
que me inquieta, que me insere na
busca, não aprendo nem ensino”.

"A educação necessita tanto de
formação técnica e científica como de
sonhos e utopias".

(Paulo Freire)

RESUMO

A presente investigação teve como objetivo “compreender os limites e as possibilidades de *empowerment* dos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Vila Manaus, a partir das discussões nos Círculos de Cultura”. Foi uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva, configurada nos moldes da pesquisa participante e estruturada a partir dos Círculos de Cultura de Paulo Freire. Os participantes deste estudo foram o universo de 12 Conselheiros Locais de Saúde, residentes no bairro Vila Manaus da cidade de Criciúma – SC. Os instrumentos de coleta de dados foram: observação participante com diário de campo, entrevista coletiva e os Círculos de Cultura. Estabelecemos três passos para atender a estes princípios metodológicos: **primeiro**: realização de um encontro com os conselheiros para apresentação da proposta; **segundo**: observação de duas reuniões do conselho, visando entender como os mesmos as organizam; **terceiro**: realização de 05 Círculos de Cultura, objetivando discutir os temas geradores: saúde, Programa Saúde da Família – PSF, participação popular e controle social e conselho de saúde. No último Círculo de Cultura foi realizada uma entrevista coletiva com a utilização de um roteiro norteador. Os dados foram analisados segundo categorias. Os resultados nos indicaram que os Círculos de Cultura são instrumentos que possibilitaram o processo dialógico entre os conselheiros, o que pode vir a contribuir com um possível *empowerment*. Destacamos que os limites dizem respeito à própria compreensão dos conselheiros sobre os temas abordados, situada, por vezes, na chamada consciência ingênua, e também ao fator tempo, tanto o pequeno tempo dos círculos realizados (em número e em duração), como a necessidade de retorno ao campo para verificar como estes sujeitos estão se organizando em seu Conselho; neste sentido, somente o tempo irá indicar o real significado da dinâmica realizada, o que nos encaminha a sugerir novas pesquisas com esses conselheiros.

Palavras-Chave: Círculo de Cultura, Conselho de Saúde, Controle Social, Educação Popular e *Empowerment*.

ABSTRACT

The present investigation aimed to "understand the limits and possibilities for empowerment of Locus Health Directors of the neighborhood Vila Manaus, from the discussions in the Culture Circles". It was a qualitative study of an exploratory-descriptive, configured according to the survey participant and structured from the Culture Circles of Paulo Freire. The participants in this study were the universe of 12 Local Health Board, residents in the neighborhood of the city of Vila Manaus Criciúma - SC. The instruments of data collection were participant observation with field diary, news conference and Culture Circles. We established three steps to address these methodological principles: **first**: conducting a meeting with advisers to submit the tender; **seconds**: observation of two board meetings in order to understand how they organize them; **third**: completion of 05 Circles of Culture, aiming to discuss the themes emerged: health, the Family Health Program - PSF, popular participation and social control and health advice. In the last Circle of Culture was held a press conference with the use of a guiding script. Data were analyzed according to categories. The results indicated that in the Culture Circles are tools that allowed the dialogue process between the board, which might contribute to a possible empowerment. We emphasize that the limits relate to their own understanding of the advisers on the topics covered, situated sometimes called the naive consciousness, and also the time factor, both the small circles of the time performed (in number and duration), as the need return to the field to see how these guys are organizing on its Board, in this sense, only time will tell the real meaning of dynamic assessment, which leads us to suggest further research with these counselors.

Key-words: Culture Circle, Board of Health, Social Control, Popular Education and Empowerment.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Sede comunitária vista externa.....	25
Ilustração 2 - Sede comunitária vista interna.....	25
Ilustração 3 - Vista interna da Sala de Catequese da Igreja Católica, durante um dos Círculos de Cultura.....	25
Ilustração 4 - Em vermelho, local onde entravam os pássaros.....	25
Ilustração 5 - O formado dos Círculos de Cultura.....	32
Ilustração 6 - Círculos de Cultura, utilizando imagem Data Show.....	32
Ilustração 7 - Círculos de Cultura, utilizando imagem em folha A3.....	33
Ilustração 8 - Esgoto a céu aberto à esquerda / esgoto drenado à direita.....	67
Ilustração 9 - Área com alagamento à esquerda / Área com boa drenagem de água à direita.....	67
Ilustração 10 - Rua pavimentada à esquerda / Rua sem pavimentação à direita..	67
Ilustração 11 - Substâncias químicas ilícitas, imagem captada da internet.....	67
Ilustração 12 - À esquerda imagem da ESF do bairro / À direita imagem captada da internet demonstrando uma reunião entre população e profissionais.....	76
Ilustração 13 - Logo que fica em frente à UBS com a descrição da sigla PSF.....	77
Ilustração 14 - Reunião entre os próprios conselheiros.....	85
Ilustração 15 - Imagem captada da internet ilustrando uma reunião das lideranças municipais de Criciúma.....	85
Ilustração 16 - Imagem captada da internet, ilustrando uma reunião entre profissionais e população.....	85
Ilustração 17 - Imagem captada da internet, ilustrando uma conferência de saúde.....	85
Ilustração 18 - Unidade de Saúde com quem os conselheiros se relacionam.....	91
Ilustração 19 - Cena de uma discussão entre os próprios conselheiros.....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Gênero dos Pesquisados.....	28
Quadro 2 - Estado Civil dos Pesquisados.....	28
Quadro 3 - Faixa Etária dos Pesquisados.....	28
Quadro 4 - Grau de Escolaridade dos Pesquisados.....	29
Quadro 5 - Profissão dos Pesquisados.....	29
Quadro 6 - Categorias específicas da categoria geral “saúde”	68
Quadro 7 - Categorias específicas da categoria geral P.S.F.....	77
Quadro 8 - Categorias específicas das categorias gerais, participação popular e controle social.....	86
Quadro 9 - Categorias específicas, da categoria geral Conselho Local de Saúde.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde.

AIs - Atos Inconstitucionais.

CEAAL - Consejo de Educación de Adultos da América Latina.

CLS - Conselho Local de Saúde.

CNS - Conferência Nacional de Saúde.

CS – Conselho de Saúde.

ESF- Estratégia Saúde da Família.

FRC - Formulário de Reconhecimento do Conselheiro.

LOS - Lei Orgânica de Saúde.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

PSF - Programa Saúde da Família.

SUS- Sistema Único de Saúde.

TCI - Termo de Consentimento Informado.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO AO ESTUDO: “EM FOCO A PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO”	14
1.1 O Caminho metodológico.....	20
1.1.2 O cenário da pesquisa e sua justificativa.....	23
1.1.3 Algumas informações sobre os participantes da pesquisa.....	27
1.1.4 A entrada no campo e os instrumentos de coleta de dados.....	30
1.1.5 A análise dos dados.....	33
1.1.6 Procedimentos Éticos.....	36
2 A EDUCAÇÃO POPULAR E A SAÚDE	37
2.1 Contextualizando a Educação Popular.....	37
2.2 O modelo de saúde: a educação na saúde.....	43
3 OS CONSELHOS DE SAÚDE EM QUESTÃO: PARTICIPAÇÃO POPULAR, CONTROLE SOCIAL E POSSIBILIDADES DE <i>EMPOWERMENT</i>	50
4 INSPIRAÇÕES EM PAULO FREIRE	57
4.1 As bases do pensamento de Freire.....	57
4.2 A educação libertadora de Paulo Freire.....	59
4.3 Os conselheiros como marginalizados.....	61
4.4 O opressor e o oprimido e sua superação.....	63
5 A CONSTRUÇÃO DOS CIRCULOS DE CULTURA E SUAS CATEGORIAS	66
5.1 Círculos de Cultura: discutindo a categoria geral Saúde	66
5.1.1 Um conjunto de saneamento básico.....	69
5.1.2 Saúde é Prevenção.....	71
5.1.3 Ter boa alimentação.....	73
5.1.4 Corpo e mente saudável.....	74
5.1.5 Ausência de doenças.....	75
5.1.6 Estar de bem com a vida.....	75
5.2 Círculos de Cultura: discutindo a categoria Programa Saúde da Família	76
5.2.1 Programa que trabalha com a família proporcionando prevenção de doenças.....	78

5.2.2 Uma troca: a comunidade com as doenças e o PSF tentando encontrar solução.....	79
5.2.3 Programa completo para trabalhar todo o problema.....	79
5.2.4 Programa pensado conforme a realidade da comunidade.....	81
5.2.5 É um programa lindo maravilhoso na conversa, mas na prática é tudo errado.....	82
5.3 Círculo de Cultura: discutindo as categorias Participação Popular e Controle Social.....	84
5.3.1 É discutir com as pessoas para encontrar resposta aos problemas da comunidade.....	86
5.3.2 Fiscalização da comunidade junto ao conselho de saúde.....	87
5.3.3 Controle sobre o trabalho dos profissionais.....	88
5.3.4 Ter direito de brigar pelo que eu tenho direito.....	88
5.3.5 Controle social, eu nem faço ideia.....	90
5.4 Círculo de Cultura: discutindo a categoria Conselho Local de Saúde.....	91
5.4.1 Grupo de pessoas que se unem para melhorar o que acham que está errado.....	92
5.4.2 Local de fiscalização em busca de melhorias comuns.....	93
5.4.3 Espaço de trocas de ideias entre Unidade de Saúde e Comunidade.....	94
5.5 A percepção dos conselheiros sobre os Círculos de Cultura e a compreensão dos limites e as possibilidades de “empowerment”.....	95
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
6.1 Recomendações da Pesquisa.....	107
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICE 01- Formulário de Reconhecimento dos Participantes.....	116
APÊNDICE 02 - Diário de Campo formulado pelo pesquisador.....	117
APÊNDICE 03 - Roteiro Norteador da Entrevista Coletiva.....	118
APÊNDICE 04 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante.....	119
ANEXO 01 - Parecer 266/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.....	120

1- INTRODUÇÃO AO ESTUDO: “EM FOCO A PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO”

"Educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que pouco sabem - por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais".

(Paulo Freire)

A conquista democrática na sociedade brasileira, na questão do acesso à participação popular e ao controle social relacionada às Políticas Públicas de Saúde, consubstanciada no Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto da organização de vários segmentos sociais das décadas de 70 e 80 do século XX. Principalmente do Movimento da Reforma Sanitária, liderado por um grupo heterogêneo de sujeitos que almejavam a criação de um sistema de saúde que atendesse a todos, em nível local. Ainda visavam à promoção, prevenção e reabilitação dos sujeitos, desvinculando a saúde do modelo biologicista, centrado no atendimento hospitalar, presente na época e que, todavia, apesar dos avanços a partir do SUS, ainda se faz presente.

Este caráter verticalizado pauta-se na transmissão de informes pertinentes ao corpo e a hábitos de vida saudáveis, que muitas vezes são repassados aos sujeitos com caráter punitivo, não dando-lhes voz, uma vez que, neste âmbito, eles não teriam nada a falar, visto se tratar de um conhecimento especializado.

Dar voz e vez para os sujeitos não significa simplesmente sentar-se com eles para escutar o que têm a dizer, a fim de interpretar e qualificar sua fala: isto é feito a partir do conhecimento técnico dos profissionais, prática que ocorre rotineiramente nos espaços que envolvem o encontro de trabalhadores da saúde com a população. Dar voz e vez aos sujeitos implica em uma questão primeiramente ética e humana, pois se os ouve – ouvir, que entendemos ser mais que escutar -; não se senta com os sujeitos simplesmente, se dialoga com eles; não se transmite informações, se trocam saberes; não se interpreta sua fala a fim de qualificá-la, mas

simplesmente se compreende o que o outro tem a dizer, assim estabelecendo uma relação de diálogo, no sentido de Paulo Freire, comentada por Fiori:

O diálogo feminiza e historiciza a essencial intersubjetividade humana; ele é relacional e, nele, ninguém tem iniciativa absoluta. Os dialogantes 'admiram' um mesmo mundo; afastam-se dele e com ele coincidem; nele põem-se e opõem-se [...]. O diálogo não é produto histórico, é a própria história. (FIORI, 2005, p.16).

Fazendo uma analogia com Fiori (2005), pode-se dizer que a educação prestada pelos profissionais de saúde para a população, na maioria das vezes, vai de encontro com a lógica freireana supracitada. O "diálogo" é tradicionalista, e neste sentido, para Freire, não é diálogo, são comunicados, de "mão única" nos moldes mecânicos. Ou, na visão de Rozemberg:

[...] neste modelo existe um que fala: a fonte ou **emissor**; um que escuta: o **receptor**; uma mensagem e um **canal** ou meio, por onde passará a **mensagem**. Para ser conduzida pelo canal, a mensagem é inicialmente **codificada** e, para ser recebida pela estrutura receptora ela é **decodificada** [...]. Ele é chamado de modelo mecânico da comunicação ou modelo transmissional (visa somente transmitir). (ROZEMBERG, 2006, p.756, grifos da autora).

Dentro desse contexto comunicacional, o sujeito passa a ser um mero espectador, está ali somente como um número a mais. Como se não tivesse a capacidade de expressar opiniões. Geralmente, nos encontros com os sujeitos-usuários nos diversos setores da saúde, são repassadas todas as informações até "encher a cabeça" do sujeito, como se esta fosse uma caixa registradora. Essa prática inviabiliza o processo de participação popular, caracterizando-se como educação bancária (FREIRE, 2005).

Por que, muitas vezes, não existe o diálogo entre o profissional de saúde e a população, com intuito de fomentar o controle social e a participação popular? Nosso contexto social valoriza somente o conhecimento dos profissionais de saúde, considerando-os detentores do saber, desvalorizando a cultura, a subjetividade e o conhecimento do sujeito, o que gera conflitos entre o saber técnico-científico e o saber do sujeito, dito conhecimento popular.

Essa prática educativa reflete o modelo cartesiano de se pensar e fazer saúde, centrado no saber biologicista-mediocêntrico, que faz a fragmentação do sujeito em partes anatômicas, não considerando sua subjetividade e a capacidade cognitiva de criar novas maneiras de se chegar à cura e a cuidados alternativos; o

único que é valorizado nessa prática é o saber científico (CECILÍO 1997).

O estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) na política pública brasileira indica uma alternativa a esta direção. A ESF se originou do Programa Saúde da Família (PSF), nascido oficialmente no Brasil em 1994, advindo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991 e disseminado a partir da segunda metade da década de 1990.

O PSF foi concebido como uma estratégia para a concretização das diretrizes e princípios do SUS (descentralização, integralidade, participação popular, universalidade, regionalização, equidade), para levar a saúde às comunidades em torno da assistência básica e de aproximação com a comunidade.

A lógica é que a equipe e as famílias construam vínculos e co-responsabilidades no cuidado individual e coletivo. É um trabalho em equipe, formada, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O trabalho segue a lógica da territorialização, em que cada equipe de ESF é responsável por um número delimitado de famílias, situadas na mesma região geográfica. O ACS – de quem não é exigido formação *a priori*, apenas uma formação em serviço após sua contratação – é elo fundamental entre as pessoas da comunidade e os profissionais do serviço de saúde, possibilitando uma troca de saberes entre esse agente e a população – saber popular – e os profissionais – saber técnico/científico (MOREIRA et. al., 2010).

É obrigatório que os ACSs sejam moradores da própria comunidade, exatamente por conhecerem o seu cotidiano. As atividades da ESF devem ser pautadas em um diagnóstico de saúde da região, e organizadas a fim de estabelecer prioridades. O conhecimento da população é essencial para a realização desse diagnóstico e respectivas prioridades, a partir da ótica de que as pessoas são co-participes de seu processo saúde–doença. As atividades são realizadas tanto nas unidades de saúde como nas visitas dos profissionais – em especial os ACSs – nas casas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Apesar da política idealizada, são vários os obstáculos encontrados pelos profissionais de saúde em seu processo de trabalho na ESF, como: dificuldade de realização do trabalho em equipe, atendimento centrado no saber médico e más condições de trabalho, principalmente os baixos salários e a falta de um plano de cargos e salários factível. Estes fatores são elementos componentes do contexto que dificulta as práticas educativas dialógicas e a concretização da própria ESF.

No contexto da formação destes profissionais as instituições formadoras não os preparam para a complexidade da ESF, especialmente na escuta sensível. Assim, no cotidiano de seu serviço, o mais comum é os profissionais estabelecerem para cada queixa uma conduta paliativa, não analisando sua história social como um todo, ficando o diálogo a mercê do acaso, e a necessidade do sujeito atendida por uma receita médica, um fármaco e a tão almejada requisição de exames, característica do modelo de saúde curativista, em que o sujeito-usuário é mero objeto de manipulação corporal e não sujeito ativo em seu processo saúde-doença. (SIPRIANO, 2005)

A atual Política Nacional de Saúde baseia-se na Constituição Federal de 1988, que, no seu artigo 196 estabelece que “**saúde é direito de todos e dever do Estado**”, consolidado no ano de 1990, após aprovação no Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 de 19 de setembro. Especificando esta Lei Orgânica, a Lei nº 8142 de 28 de dezembro do mesmo ano, dispõe, dentre outros aspectos, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e **sobre a participação da comunidade na gestão do SUS**.

Uma das prerrogativas desta Lei 8142 é a implementação dos Conselhos de Saúde, que se dividem em esferas governamentais, ou seja, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. De forma geral, as regras de constituição desses conselhos partem do princípio da representatividade paritária, conforme estabelece o Decreto nº 99.438 de 1990, que regula o Conselho Nacional de Saúde:

[...] garantia de representatividade, com escolha dos representantes feita pelos próprios segmentos; distribuição da composição, sendo 50% usuários, 25% para trabalhadores de saúde, e 25% para gestores e prestadores de serviços; eleição do presidente entre membros do Conselho. (BRASIL, CONASEMS, 2005, p. 63).

Os conselhos de saúde são os principais mecanismos de participação popular e controle social dentro das políticas públicas de saúde, representando um espaço com predomínio popular. Além disto, é obrigatória sua implantação para o repasse financeiro, como é o caso dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Apesar de não ser citado na Lei 8142/90, há ainda o Conselho Local de Saúde (CLS) que, na ordem hierárquica, ocupa a base da pirâmide, se localiza nos bairros, e, em termos de representatividade, segue a mesma lógica dos demais

conselhos, porém em nível local. Esse Conselho nem sempre está estruturado nos bairros, ou, quando existe, nem sempre tem voz ativa na tomada de decisões na saúde, atendendo, muitas vezes, a requisitos meramente político-partidários. Por outro lado, a população, que é majoritária em sua representatividade, muitas vezes não tem voz e vez na tomada de decisões.

Sua composição está pautada na representatividade majoritária de usuários (50% ou mais), almejando o predomínio popular. Mas, como formar conselhos de saúde atuantes, quando a maioria da população nem sabe o que significa a sigla SUS? Como equalizar a participação social através dos profissionais de saúde, que mal têm tempo para atender à burocracia dos serviços e realizar a assistência ao sujeito?

Estas questões apontam para a necessidade de uma mobilização coletiva na formulação desses conselhos. Mas, na prática, eles costumam ser idealizados pelo grupo político que ocupa o poder, não partindo da iniciativa dos principais envolvidos: profissionais e comunidade.

Segundo a Lei 8.142, a participação da população e o respectivo controle social acontecem através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. No entanto, consideramos que a participação popular através dos Conselhos Locais de Saúde, visando o controle social, tem muitos desafios a serem superados e problematizados por seus representantes, como a centralidade na fiscalização punitiva sobre os profissionais e aos estabelecimentos de saúde, o que entendemos impedir o processo de pactuação e solução dos problemas de saúde pelos atores sociais envolvidos.

Dornelles (1999), em sua tese discutindo a temática participação popular e controle social defende que o controle social seja

[...]as regras estabelecidas para a detecção, priorização e resolução dos problemas, e não simplesmente a fiscalização sobre a atuação de entidades governamentais ou não governamentais, embora também a contenha. O controle é exercido pelo coletivo na avaliação do processo de solução dos problemas detectados e no compromisso prévio dos atores sociais em contribuir para buscar soluções. (DORNELLES, 2001, p. 229-230).

Nessa pesquisa, apontamos para a problemática de que, apesar da garantia legal da participação popular, o controle social não se efetiva, já que não temos, na prática, um sistema de saúde participativo. Isso aponta para a necessidade de novas estratégias para que a população exerça o controle social e

tenha o “*empowerment* comunitário” (empoderamento comunitário).

Carvalho (2004) destaca que o conceito de “*empowerment* comunitário” suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação *visando* “[...] o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida”. (CARVALHO, 2004, p. 676). Esse mesmo autor situa Paulo Freire como um dos precursores do conceito de “*empowerment* comunitário”. Entendemos, assim, que este *empowerment* advém do processo de conscientização que, por sua vez, tem nos Círculos de Cultura uma metodologia eficaz.

O Círculo de Cultura de Paulo Freire não é apenas um método de alfabetização, atividade de Freire quando do início de sua atuação, nos anos 1950 no Brasil. É uma forma de conscientização. Conscientização, no sentido de Freire, “[...] implica que os homens assumam seu papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Exige que os homens criem sua existência com um material que a vida lhes oferece [...], está baseada na relação consciência-mundo” (FREIRE, 2001, p. 26).

Os círculos de cultura são feitos em várias experiências, formais e informais de educação. Freire (1980b, apud Henrique e Torres, 2009, p 117), diz:

[...] os Círculos de Cultura são precisamente isto: centros em que o Povo discute os seus problemas, mas também em que se organizam e planificam ações concretas, de interesse coletivo. [...] estabelece-se um dinamismo entre os Círculos de Cultura e a prática transformadora da realidade, de tal modo que passam a ativar-se e reativar-se mutuamente.

Ainda sobre os Círculos de Cultura, Brandão (2010, p. 69) destaca que “no círculo de cultura o diálogo deixa de ser uma simples metodologia ou uma técnica de ação grupal e passa a ser a própria diretriz de uma experiência didática centrada no suposto de que aprender é aprender a ‘dizer a sua palavra’”. Ele se funda em relações dialógicas.

Dentro dessa perspectiva, em nossa pesquisa desenvolvemos uma prática educativa baseada nos Círculos de Cultura de Paulo Freire, por entender que a saúde e a educação caminham juntas.

Nesse sentido, a proposta desta pesquisa foi estabelecer um processo de comunicação congruente com os membros do Conselho Local de Saúde de um bairro do município pertencente à região carbonífera, fundado nos princípios dos Círculos de Cultura.

As discussões centrais deste estudo foram sustentadas e fundamentadas na ótica da Educação Problematizadora de Paulo Freire, tangendo as interfaces que envolvem essas discussões como: educação popular e saúde, modelo de saúde, conselhos de saúde, participação popular, controle social e *empowerment*.

Diante do exposto, o presente estudo pretendeu responder a seguinte questão de pesquisa: ***Quais os limites e as possibilidades de empowerment dos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Vila Manaus, a partir das discussões nos Círculos de Cultura?***

Para responder essa questão de pesquisa, elegemos o seguinte objetivo geral: **Compreender os limites e as possibilidades de empowerment dos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Vila Manaus, a partir das discussões nos Círculos de Cultura.**

Visando sustentar o objetivo geral, lançamos os seguintes objetivos específicos:

- Constituir Círculos de Cultura no Conselho Local de Saúde do bairro Vila Manaus;
- Problematizar, nos Círculos de Cultura, o papel social dos Conselhos de Saúde;
- Problematizar, nos Círculos de Cultura, conceitos de: saúde, Programa Saúde da Família (PSF), participação popular, controle social e conselhos de saúde;
- Analisar a compreensão dos conselheiros sobre os assuntos discutidos nos Círculos de Cultura;
- Identificar a avaliação dos conselheiros sobre a trajetória vivida nos Círculos de Cultura.

Diante do exposto, para dar resposta à questão de pesquisa e atender os objetivos dessa pesquisa, trilhamos o caminho metodológico detalhado a seguir.

1.1 - O Caminho metodológico.

Todo pesquisador deve estar embasado por uma corrente de pensamento que aponte para um percurso metodológico e o conduza a organizar seu estudo sistematicamente por um caminho pré-programado. A abordagem teórico-

metodológica que embasa o presente estudo é a dialética, pois compreendemos que sua base filosófica tem forte proximidade com os pensamentos de Paulo Freire, autor que temos como referência dentro da proposta de estudo, principalmente no que se refere à categoria freireana dialogicidade, que tem no diálogo a base para o desenvolvimento da consciência crítica dos oprimidos, dimensão a ser perseguida pelo pesquisador.

Minayo afirma que a dialética “é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia [...], ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles”. (MINAYO, 2010, p. 167).

Do ponto de vista metodológico, a abordagem dialética procura a criação de instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, compreende a análise dos significados a partir das práticas sociais, valorizando os processos e as dinâmicas de criação de consensos e contradições. (MINAYO, 2010).

Dentro desse prisma, a opção metodológica adotada nessa pesquisa não poderia ser outra, senão a de natureza qualitativa. Falando sobre a pesquisa qualitativa, Chizzoti (2005) destaca que

A pesquisa qualitativa é uma designação que abriga correntes muito diferentes. Em síntese, essas correntes se fundamentam em alguns pressupostos contrários ao modelo experimental e adotam métodos e técnicas de pesquisa diferentes dos estudos experimentais. Os cientistas que partilham da abordagem qualitativa em pesquisa se opõem, em geral, ao pressuposto experimental que defende um padrão único de pesquisa para todas as ciências, calcado no modelo das ciências da natureza. (CHIZZOTI, 2005, p. 78).

Concordamos com o autor que, dentro do campo científico não podemos pensar em um modelo padrão para as pesquisas nos diversos campos da ciência, principalmente quando lidamos com sujeitos em seu *lócus* onde se concretizam suas práticas sociais, o que, muitas vezes, requer a criatividade de adaptação a possíveis intercorrências, e o poder de negociação entre o sujeito pesquisador e o sujeito pesquisado, como foi o caso específico desse estudo.

Outro aspecto a considerar sobre o método qualitativo, segundo Minayo (2010, p.57), é que

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias.

Esta mesma autora, comparando os métodos qualitativo e quantitativo, destaca que, “cada um dos dois tipos tem seu papel, seu lugar e sua adequação. No entanto, ambos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido de atribuir prioridade de um sobre o outro”. (MINAYO, 2010, p.57).

Concordamos com a autora que cada método tem sua especificidade e importância social, mas filosoficamente falando, na pesquisa qualitativa o investigador reconhece que a sua relação com o objeto de estudo é fundamentada na intersubjetividade e não se coloca como o rastreador ou perito. Reconhece, além disso, que os sujeitos do estudo possuem saber e experiência que propicia a produção de conhecimentos.

Neste sentido, as relações intersubjetivas do pesquisador e pesquisado foi uma característica fundamental e inovadora na produção de conhecimentos. A pesquisa qualitativa pressupõe, geralmente, provocar o esclarecimento de uma determinada situação, proporcionando ao pesquisado a tomada de consciência dos seus problemas e das condições que os geram (CHIZZOTTI, 2005).

Assim, como aponta Neto (2003), a pesquisa qualitativa requer do pesquisador atitudes como a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação entre os atores envolvidos no processo investigativo.

Para esse estudo de natureza qualitativa se requereu que o mesmo fosse exploratório e descritivo. A pesquisa exploratória e descritiva deriva do conhecimento das várias situações e relações que ocorrem na vida social, tanto individual como coletivamente, como de grupos ou comunidades complexas. Este tipo de estudo permite a observação, o registro, a análise e a correlação de fatos ou fenômenos, sem, contudo os manipular. Aponta descrições precisas da situação estudada e pretende descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma (CERVO, BERVIAN e SILVA, 2007).

Outra característica da pesquisa é o fato de ter sido estruturada nos

moldes da pesquisa participante. Alguns autores que discorrem sobre a pesquisa participante, como Minayo (2010), Brandão (1999), dentre outros, apontam Paulo Freire como um dos inspiradores dessa modalidade de pesquisa, o que nos credencia a sua aplicação, por ser Freire nosso principal referencial teórico. Boterf (1999), falando da pesquisa participante, diz que

Não existe um modelo único de “pesquisa participante”, pois trata-se, na verdade, de adaptar em cada caso o processo às condições particulares de cada situação concreta (os recursos, as limitações, o contexto sociopolítico, os perseguidores etc). (BOTERF, 1999. p.52).

Dentro da realidade do campo desta pesquisa, que consistiu no espaço de um Conselho Local de Saúde que estava se reestruturando, adotamos a metodologia participante dos Círculos de Cultura de Paulo Freire como instrumento mediador da discussão e, ao mesmo tempo, investigamos os limites e as possibilidade de empowerment dos conselheiros sobre o aspecto conscientizador nele presente.

Os Círculos de Cultura pensados por Freire agregam um método de educação, construído em cima da idéia de um diálogo entre educador e educando, onde há sempre partes de cada um no outro, não poderia começar com o educador trazendo pronto, do seu mundo, do seu saber, o seu método e material da fala dele.

Brandão (1981), falando do método de Freire, destaca que um dos processos do método “é a idéia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho. A educação deve ser um ato coletivo – um ato de amor, dá pra pensar sem susto -, não pode ser imposta”. (BRANDÃO, 1981, p. 22).

Nesse sentido, esse estudo caracteriza-se como uma prática educativa realizada a partir dos Círculos de Cultura, que almeja que os participantes do estudo tenham o *empowerment* no cenário em que estão inseridos.

Para dar maior visibilidade dos caminhos metodológicos seguidos, apresentamos no tópico a seguir o cenário do estudo encontrado e a justificativa de sua escolha.

1.1.2 - O cenário da pesquisa e sua justificativa.

O cenário da pesquisa foi o bairro Vila Manaus, situado na região periférica do município de Criciúma-SC. Em relação ao setor saúde, espaço

problematizador do objeto de estudo, o bairro possui em seu território: uma (01) Unidade Básica de Saúde com a Estratégia da Saúde da Família (UBS-ESF) implantada, que contempla em seu quadro profissional um (01) médico, uma (01) enfermeira, dois (02) técnicos em enfermagem, 01 (um) dentista, 01 (uma) auxiliar de consultório dentário e 05 agentes comunitárias de saúde. Dentro das premissas do Ministério da Saúde, a ESF deveria ser um espaço para fomento do controle social e participação popular, além de resolver 90% da demanda comunitária, como também dos problemas populacionais de saúde em nível local. (ANDRADE BARRETO, BEZERRA, 2006).

No que tange ao controle social e participação popular na área da saúde, o bairro possui um Conselho Local de Saúde (CLS) composto por dez (10) conselheiros moradores da comunidade e atualmente dois (02) representantes dos profissionais da ESF, sendo esses Agentes Comunitários de Saúde que trabalham na ESF e que também residem no bairro. Destacamos que esses profissionais foram convidados pelo presidente do CLS a participarem do conselho durante o andamento da pesquisa, pois, anteriormente, o conselho era composto somente pela população.

Encontramos no cenário da pesquisa um conselho em processo de renomeação dos membros, e com dificuldades em relação à compreensão de seus papéis, o que nos motivou ainda mais na promoção dos Círculos de Cultura.

Os membros do CLS reuniam-se uma vez por mês para realizarem suas reuniões e discussões. No percurso da pesquisa foi solicitado pelo presidente que nossas reuniões acontecessem uma vez por semana, pois o mesmo estava pela primeira vez fazendo parte de um CLS, e não tinha muito conhecimento do real papel de um conselheiro, nos pedindo ajuda no sentido de auxiliá-lo na discussão, entendimento da funcionalidade e organização do CLS. No entanto, sugeriu que as reuniões específicas para pesquisa (os Círculos de Cultura) acontecessem em um período de tempo de, no máximo, uma hora, uma vez que, posteriormente, eles discutiriam o tema de pauta do Conselho com nossa presença. Também por sugestão do presidente, as reuniões aconteceram a partir das 19 horas 30 minutos, nas sextas-feiras.

Após essa pactuação, as reuniões com os conselheiros aconteceram em locais distintos, sendo eles a Sede Comunitária (Ilustração 1 e 2) e na sala de Catequese da Igreja Católica (Ilustração 3).



Ilustração 1 - Sede comunitária vista externa. Criciúma-SC, 2011.



Ilustração 2- Sede comunitária vista interna. Criciúma-SC, 2011



Ilustração 3- Vista interna da Sala de Catequese da Igreja Católica, durante um dos Círculos de Cultura. Criciúma-SC, 2011.

Destacamos que foi realizado somente um (01) Círculo de Cultura na Sede Comunitária, devido a problemas de higiene, relacionado a resíduos fecais de pássaros (casal de corujas) que entravam pelo “oitão” desprotegido e por uma janela sem proteção, conforme destacado em vermelho na ilustração 4. Por esse motivo, o presidente do Conselho reservou a Sala de Catequese, onde aconteceram os demais Círculos de Cultura.



Ilustração 4 - Em vermelho, local onde entravam os pássaros. Criciúma-SC, 2011.

A escolha desse conselho de saúde se justifica como continuidade de Projetos de Pesquisa e de Extensão desenvolvidos na comunidade pelo Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Meio Ambiente, grupo vinculado à Universidade do

Extremo Sul Catarinense (UNESC) e no qual nos inserimos desde o ano de 2010. Estes projetos se inserem na discussão de educação em saúde e educação ambiental. Especificamente no eixo educação em saúde, houve encontros de profissionais da UNESC com os membros do antigo Conselho Local de Saúde (alguns dos quais permanecem conselheiros atualmente, após a eleição do novo Conselho no final de 2009), com profissionais da ESF local e alguns usuários do serviço, com o intuito de debater e esclarecer os princípios e diretrizes do SUS, que envolve o controle social, sendo o Conselho Local de Saúde um instrumento deste controle. Um dos temas destes encontros foi, justamente, o papel dos Conselhos de Saúde para este controle social.

No entanto, com o Conselho refeito, permanece uma questão para este Grupo de Pesquisa, em termos de como está se dando sua compreensão de seu papel social, o que irá pautar suas ações. Assim, a opção pelo Conselho Local de Saúde do bairro Vila Manaus se dá como uma continuidade de projetos de pesquisa e de extensão já desenvolvidos e em desenvolvimento na comunidade pelo grupo de pesquisa ao qual nos integramos.

Além desse grupo de pesquisa, fomos voluntários no projeto de Extensão que desenvolveu estudos neste mesmo Conselho de abril de 2010 até fevereiro de 2011. O projeto foi composto por professores e alunos dos cursos de Direito e Enfermagem da UNESC, e teve como objetivo realizar a capacitação dos conselheiros para o controle social através de oficinas educativas. Foi através da participação nesse projeto que criamos vínculo com os Conselheiros Locais de Saúde, principalmente com o presidente do conselho, que foi o principal articulador dos encontros dos Círculos, o que entendemos ter facilitado a entrada no campo de pesquisa.

Outro motivo de escolher o Conselho de Saúde do bairro Vila Manaus é que, historicamente, esse bairro se consolida como sendo de forte organização social e participação popular, servindo como um cenário de batalhas sociais em prol da qualidade de vida. Como destaca Guadagnin (2001, p. 109.),

Os moradores do bairro que começava a ser denominado Vila Manaus, durante a década de 80, estabeleceram neste espaço urbano periférico, um verdadeiro campo de batalhas para conquista do território, enquanto espaço físico. Foi também palco de batalhas pela conquista de territorialidades que a vida tecia nas relações sociedade-espaço-tempo, na busca de autonomia cidadã, na construção da cidadania. A primeira batalha dos ocupantes na

busca da qualidade de vida foi pelo direito a moradia. Além de moradia em si, outras lutas transcorreram e foram conquistadas graças à organização e participação comunitária.

A mobilização, organização e participação comunitária no bairro Vila Manaus sofreu forte influência da pedagogia libertária advinda da Igreja Católica, que influenciou a mobilização popular, com forte participação de padres.¹ Talvez isso justifique o fato da maioria dos participantes ser da religião católica, inclusive o presidente do conselho local é líder do Grupo de Jovens da Igreja Católica.

A partir de agora apresentamos alguns dados dos participantes. Ressaltamos que optamos por apresentar algumas das informações dos participantes através de ilustração em formato de quadros, lembrando que o olhar para essas informações foi qualitativo, fazendo sentido este recurso somente do ponto de vista visual.

1.1.3 - Algumas informações sobre os participantes da pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram 12 (doze) conselheiros, destes, 02 (dois) são representantes dos profissionais de saúde (Agentes Comunitárias de Saúde), presentes somente a partir do quarto Círculo de Cultura, de um total de 05 (cinco), como já destacado anteriormente, devido a um convite feito pelo presidente. Para facilitar o reconhecimento dos participantes, elaboramos um Formulário de Reconhecimento dos Conselheiros (FRC) (conforme Apêndice 01), sendo que as profissionais de saúde não realizaram seu preenchimento, por se inserirem tardiamente na pesquisa.

Dos demais conselheiros, 04 (quatro) participaram de todos os 05 (cinco) Círculos de Cultura, 04 (quatro) participaram de 04 (quatro) Círculos de Cultura, 01 (um) participou de 03 (três) Círculos de Cultura e um (01) participou de 02 (dois) Círculos de Cultura, totalizando 10 sujeitos, 12 com as profissionais de saúde.

¹ Informações fornecidas pelo autor Mario Ricardo Guadagnin, em diálogo no campus da UNESC, no ano de 2010.

Após análise do FRC, conforme o quadro 01, a maioria dos sujeitos é do gênero feminino.

Quadro 1 - Gênero dos Participantes.

Gênero	Numero Total
Masculino	04
Feminino	08

Fonte: Dados do pesquisador

Quanto ao estado civil dos participantes, a maioria está solteira ou divorciada, conforme elucidado abaixo:

Quadro 2 –Estado Civil dos Participantes.

Estado Civil	Numero total.
Solteiro	03
Divorciado	03
Casado	01
Separados	02
União estável	01

Fonte: Dados do pesquisador

No que se refere à faixa etária dos participantes, a maioria possui 50 anos ou mais, conforme apresentado abaixo:

Quadro 3 - Faixa Etária dos Participantes

Faixa Etária	Numero Total
20-29 anos.	01
30-39 anos	02
40-49 anos	01
50-59 anos	05
Não respondeu.	01

Fonte: Dados do pesquisador

Quanto à escolaridade, encontramos um perfil diversificado, conforme apresentamos:

Quadro 4 – Grau de Escolaridade dos Participantes.

Grau de Escolaridade	Numero Total
Ensino Fundamental completo	01
Ensino Fundamental incompleto	03
Ensino Médio Completo	----
Ensino Médio Incompleto	02
Superior Completo	01
Superior Incompleto	02
Pós- Graduação	01

Fonte: Dados do pesquisador

Nota-se no quadro que os participantes do estudo possuem do ensino fundamental incompleto a pós-graduação, sendo que, dentre os participantes, não encontramos analfabetos.

Todos os participantes que responderam o FRC, quando questionados a que segmentos pertencem dentro do Conselho Local de Saúde, responderam que fazem parte dos usuários, mas não representam segmentos sociais específicos².

O quadro abaixo apresenta a ocupação dos participantes:

Quadro 5 – Ocupação dos Participantes.

Ocupação	Total
Aposentado	01
Autônomo (Reciclagem)	01
Aux. Administrativo	01
Costureira	01
Diretora Escolar	01
Empregada Doméstica	01
Recursos Humanos	01
Serviços Gerais	02
Tec. em Enfermagem	01

Fonte: Dados do pesquisador

² Os segmentos sociais citados tratam-se de categorias tais como: Associações de Moradores, Conselho de Segurança Pública, Associação de Deficiente Físicos, dentre outros.

Destacamos que para manter o sigilo dos nomes dos participantes, os mesmos foram identificados nesse estudo com as consoantes CLS acompanhadas pelos números romanos de I a XII, exemplo CLS I, CLS II, e assim sucessivamente até o CLS XII. O sigilo, neste caso, se refere às falas dos conselheiros, uma vez que suas imagens foram registradas através de fotografias, porém, seus rostos foram encobertos para divulgação neste trabalho.

A seguir, destacamos o percurso percorrido para a entrada no campo de pesquisa.

1.1.4 - A entrada no campo e os instrumentos de coleta de dados.

A entrada no campo para coleta dos dados se deu após aprovação do projeto no Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o parecer 266/2010 (conforme Anexo 01). As técnicas de coleta de dados que compõem o estudo são: observação participante, entrevista coletiva e os Círculos de Cultura de Paulo Freire.

Estabelecemos três passos para atender aos princípios metodológicos, e que serviram de guia para o alcance dos objetivos, sendo eles:

Primeiro Passo - Apresentação da proposta e Assinatura dos Termos de Consentimento Informados e Esclarecido - TCIE e Preenchimento do FRC.

Foi programada antes da entrada no campo a realização de um encontro com os conselheiros para apresentação da proposta, e um encontro para preenchimento do TCIE e do FRC, que aconteceram no dia 27 de novembro e no dia 03 de dezembro de 2010, respectivamente. Devido ao número restrito de participantes nos encontros, optamos por agendar um novo encontro, para apresentação da proposta e assinatura do TCIE e preenchimento do FRC. O agendamento do próximo encontro, por sugestão dos próprios participantes, levou quase quatro meses para ocorrer, pois a comunidade estava em período festivo de final de ano e a maioria dos conselheiros participava na organização das festas, o que os mesmos entenderam ter contribuído para a pouca participação nos encontros anteriores.

O próximo encontro ocorreu dia 15 de abril de 2011 e, para nossa surpresa, compareceram somente dois conselheiros. Como última tentativa de resgatar os participantes para a pesquisa, foi agendado o primeiro Círculo de Cultura no dia 20 de abril de 2011, quando compareceram 08 conselheiros. Nesse momento foi apresentada a proposta e solicitada à assinatura do TCIE e o preenchimento do FRC e discutida a categoria saúde. Dos outros 04 (quatro) participantes, 02 (dois) assinaram o TCIE durante o segundo Círculo de Cultura, que aconteceu dia 29 de abril e, destes, 02 (dois) preencheram o FRC. Como já destacado, as 02 (duas) ACS assinaram o TCI somente no quarto Círculo de Cultura, que aconteceu no dia 13 de maio de 2011, e não preencheram o FRC.

Segundo Passo – Observação das reuniões dos Conselheiros:

Foi realizada a observação de duas reuniões dos conselheiros, ocorridas no dia 27 de novembro de 2010 e 03 de dezembro de 2010, para entender como os mesmos organizam suas reuniões, servindo de guia para montagem das discussões nos Círculos de Cultura, sendo que as informações das observações foram registradas em diário de campo sistematizado pelo pesquisador (conforme Apêndice 02).

Para dar suporte a essa técnica de coleta de dados, nos ancoramos em alguns autores, que a seguir apresentamos, ressaltando a importância dessa técnica em pesquisas qualitativas e as suas funções. Segundo falam Víctora, Knauth e Hassen (2000, p.62),

observar, na pesquisa qualitativa, significa examinar com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas ou um indivíduo dentro de um contexto com o objetivo de descrevê-lo [...] assim, a observação participante na pesquisa qualitativa traz consigo a dualidade [...] quer dizer, se traduz na necessidade de o pesquisador estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado.

Após compreendermos como os componentes do conselho organizam suas reuniões iniciamos o terceiro passo, que consiste na realização dos Círculos de Cultura.

Terceiro Passo – Realização dos Círculos de Cultura.

Realizamos 05 Círculos de Cultura, objetivando discutir os temas geradores elencados pelo pesquisador: **saúde, Programa Saúde da Família (PSF), participação popular, controle social e conselho de saúde**. Frisamos que a escolha destes temas geradores e de sua sequência de discussão foram de opção do pesquisador por entender que são de relevância para o processo de empowerment dos conselheiros, por tratar-se de temas necessários para sua atuação enquanto conselheiros de saúde.

Os Círculos de Cultura tiveram em média a duração de 40 minutos cada, sendo que no último foi realizada uma entrevista coletiva seguindo os princípios da coleta de dados da metodologia do grupo focal, com a utilização de um roteiro norteador (conforme Apêndice 03). Os temas participação popular e controle social foram discutidos em um mesmo Círculo.

Todas as informações coletas nos Círculos de Cultura foram registradas em diário de campo, gravadas com auxílio de um gravador de áudio Sony PX 720, que suporta arquivos em MP3 e WMA, e posteriormente transcritas, sendo digitadas no Microsoft Word e impressas para análise.

Para realizar a dinâmica dos Círculos de Cultura, formávamos uma roda de cadeiras, o que permitia a melhor visualização entre os membros (conforme Ilustração 5). Contamos com o auxílio de um aparelho de Data Show, para projeção de imagens selecionadas pelo pesquisador, que enredavam a discussão dos temas geradores propostos (conforme ilustração 6), e em alguns dos Círculos utilizamos imagens impressas em folha A3 (conforme Ilustrações 7), uma vez que o equipamento disponibilizado pela UNESCO não estar sempre disponível.



Ilustração 5 – O formado dos Círculos de Cultura. Ocorrido em 29 de abril de 2011, Criciúma – SC.



Ilustração 6 – Círculos de Cultura, utilizando imagem Data Show. Ocorrido 20 de abril de 2011, Criciúma – SC.



Ilustração 7 – Círculos de Cultura, utilizando imagem em folha A3. Ocorrido em 13 de maio de 2011, Criciúma-SC

Os dados coletados a partir desses instrumentos foram analisados conforme apresentamos a seguir.

1.1.5 - A análise dos dados.

Os dados coletados nas observações e nas falas transcritas das gravações foram organizados e analisados segundo os temas geradores, dos quais emergiram as categorias. Para Gomes (2003, p.70):

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. [...]. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas. Segundo nosso ponto de vista, o pesquisador deveria antes do trabalho de campo definir as categorias a serem investigadas. Após a coleta de dados, ele também deveria formulá-las visando à classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo. Em seguida, ele compararia as categorias gerais, estabelecidas antes, com as específicas, formuladas após o trabalho de campo.

As categorias gerais, estabelecidas antes do trabalho de campo, e que foram nossos temas geradores nos Círculos de Cultura, são as seguintes:

- 1. Saúde.**
- 2. Programa Saúde da Família – PSF³.**
- 3. Participação Popular e Controle Social.**
- 4. Conselho Local de Saúde**

³ Optamos por utilizar o termo Programa Saúde da Família e não Estratégia Saúde da Família por aquele ser mais conhecido por parte dos conselheiros.

Lembrando, o objetivo geral desta pesquisa é **Compreender os limites e as possibilidades de *empowerment* dos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Vila Manaus, a partir das discussões nos Círculos de Cultura.**

Para tanto, promovemos os Círculos de Cultura, que foram encontros com os conselheiros de saúde, com o objetivo de discutir temas pertinentes ao conselho de saúde enquanto dispositivo de controle social, visando sua tomada de atitude posterior. No último círculo foi avaliado, com eles, se esta experiência conseguiu alcançar seu papel conscientizador, na perspectiva dos próprios conselheiros assim entendendo os limites e as possibilidades de *empowerment*. Por isto, as quatro categorias elencadas se referem aos temas geradores que “alimentaram” os círculos. Isto porque não há como se compreender o papel conscientizador do círculo sem passar pelo entendimento destes conselheiros sobre os temas pertinentes à sua realidade enquanto conselheiros, o que foi alvo dos círculos. Desta forma, em consonância com a educação freireana, a própria experiência dos círculos de cultura tem o propósito de ser educativa. Assim, pretendeu-se que os próprios círculos atuassem no sentido de possibilitar uma conscientização destes conselheiros quanto ao seu papel no controle social. Então, foi importante compreender, a partir dos círculos, como foi se constituindo seu entendimento sobre aqueles temas geradores.

Para classificação dos dados foram criados três momentos, estabelecidos com base em Gomes (2003):

Ordenação dos dados: Mapeamos todos os dados obtidos na fase de coleta a partir das transcrições das gravações de áudio advindas das discussões dos Círculos de Cultura. O diário de campo, com registro da observação participante, serviu para nortear a descrição do processo metodológico.

Classificação dos dados: As informações relevantes à pesquisa foram agrupadas em categorias gerais e específicas. Lembrando, as gerais foram: ***Saúde, Programa Saúde da Família, Participação Popular e Controle Social e Conselho Local de Saúde.***

As categorias específicas que emergiram da análise da categoria geral saúde foram às apresentadas na página a seguir:

- **1 – Um conjunto de saneamento básico;**
- **2 - Prevenção;**
- **3 - Ter boa alimentação**
- **4 - Corpo e mente saudáveis;**
- **5 - Ausência de doenças;**
- **6 - Estar de bem consigo mesmo.**

As categorias que emergiram da categoria geral Programa Saúde da Família foram:

- **7 - Programa que trabalha com a família proporcionando prevenção de doenças;**
- **8 - Uma troca: a comunidade com as doenças e o PSF tentando encontrar solução;**
- **9 - Programa completo para trabalhar todo o problema.**
- **10 - Programa pensado conforme a realidade da comunidade;**
- **11 - Programa lindo, maravilhoso na conversa, mas na prática é tudo errado.**

As categorias emergentes das categorias gerais Participação Popular e Controle Social foram:

- **12 - É discutir com as pessoas para achar resposta aos problemas da comunidade;**
- **13 - Fiscalização da comunidade junto ao conselho de saúde;**
- **14 - Controle sobre o trabalho dos profissionais;**
- **15 - Ter direito de brigar pelo que eu tenho direito;**
- **16 - Controle social, eu nem faço idéia.**

E, por fim, as categorias emergentes da categoria geral Conselho Local de Saúde foram:

- **17 - Grupo de pessoas que se unem para melhorar o que acham que está errado;**
- **18 - Local de fiscalização em busca de melhorias comuns;**
- **19 - Espaço de trocas de idéias entre Unidade de Saúde e Comunidade.**

Análise final: Tratou-se da articulação das falas dos participantes da pesquisa, classificadas em categorias, com o conhecimento conceitual.

Para manter os princípios éticos dessa pesquisa realizamos os procedimentos colocados abaixo.

1.1.6 - Procedimentos Éticos.

Os principais objetivos foram garantir o respeito à pessoa, à justiça e à equidade. Foi garantido o anonimato das informações sempre que o momento requereu. A pesquisa atende a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos. Para tanto, todas as transcrições realizadas e gravações de áudio são de domínio de conhecimento do pesquisador e serão destruídas após o período de cinco (05) anos. Foi solicitado o consentimento dos participantes através do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (conforme Apêndice 04).

No próximo capítulo, será apresentado o referencial teórico, iniciando pela Educação Popular e a Saúde, tendo como principais autores de referência, Carlos Rodrigues Brandão, Eymar Mourão Vasconcelos, Eduardo Stotz, Victor Vicente Valla. No terceiro capítulo se abordará o tema Conselhos de Saúde, participação popular, controle social e *empowerment*, fazendo parte deste quadro de autores Ágda Wendhausen, Maria Valéria Correia, Soraya Cortês, Maria Elizabeth Kleba, Sergio Resende de Carvalho, Sandra Caponi e Marta Verdi. No quarto capítulo discutiremos as Inspirações em Paulo Freire, que tem como principal referencial teórico o próprio autor. Após essas discussões teóricas, a “análise dos dados” é apresentada no quinto capítulo através das categorias gerais e específicas sistematizadas em quadros e discutidas individualmente. E, por fim, apresentamos as considerações finais e as recomendações da pesquisa.

2- A EDUCAÇÃO POPULAR E A SAÚDE

2.1 - Contextualizando a Educação Popular

O Consejo de Educación de Adultos da América Latina (CEAAL), que se consolida em uma rede latino-americana com cerca de 200 organizações não governamentais, situado em 21 países do continente, vem, desde 1980, cumprindo a missão de ser espaço de articulação e sistematização do Movimento de Educação Popular na América Latina (CEAAL, 2009).

O CEAAL é representado por educadores populares de diversos países latino-americanos, destacamos que teve como primeiro presidente e inspirador o renomado educador brasileiro Paulo Freire:

Inspirada nas formulações de Paulo Freire, que foi seu primeiro presidente, essa rede vem, ao longo de sua existência, procurando reunir grande parte das instituições de educadores(as) que desenvolvem práticas de Educação Popular comprometidas com os processos de construção de uma cidadania ativa e de uma democracia integral em nosso continente (CEAAL, 2009, p.09).

Paulo Freire, como se percebe, não foi o inventor da Educação Popular mas, além de ter sido um de seus grandes inspiradores, acabou sistematizando teoricamente a experiência acumulada por esse movimento.

Vasconcelos (2007a), discorrendo sobre a sistematização teórica realizada por Freire, enfoca que foi feita “*de uma forma muito elaborada, elegante e amorosa*”. O mesmo está se referindo a obra *Pedagogia do Oprimido*, escrita por Freire em 1966, a qual Vasconcelos atribui o papel de difundir a Educação Popular por todo mundo,

[...] *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1966, difundiu a Educação Popular por todo o mundo. Por isso, em muitos países, a Educação Popular costuma ser chamada de pedagogia freiriana. A teorização da Educação Popular permitiu não apenas a sua difusão, mas o seu aperfeiçoamento, na medida em que apurou aquilo que lhe era mais fundamental e ajudou a organizar os seus princípios de forma coerente. (VASCONCELOS, 2007a, p.31).

A sistematização da educação popular centrada na educação de adultos, idealizada por Freire, tem suas bases na contra-hegemonia em relação à educação

dominante, desumanizadora e opressora, pautada nas prescrições, negando a ontologia do ser (FREIRE, 2005), que é ser mais no sentido freireano.

Falando da justificativa que levou Freire à formulação de uma pedagogia sistematizada do oprimido, Junior e Torres (2009) dizem:

[...] nas ideias do autor, uma forte crítica à realidade que nega a humanização, ou seja, a negação do ser e a relação de opressão desumanizadora, que implica o temer ser; ser o outro introjetado como consciência; seguir prescrições, ter a ilusão de que atua; não ter voz; proibição do ser. Por outras palavras, o ser subjetivo é negado na contradição do mundo objetivo. Nesse sentido, pode-se dizer que a crítica freiriana é a ontologia do ser e a realidade opressora que a nega. É a partir disso que o autor faz a justificativa para uma pedagogia do oprimido. (JUNIOR e TORRES, 2009, p.23-24).

O trabalho de Freire em educação popular com adultos, iniciado na década de 1950, no estado do Rio Grande do Norte, e posteriormente a publicação e divulgação de sua obra *Pedagogia do Oprimido* inspirou diversos autores no cenário nacional e internacional que discorreram o tema, como: Brandão (1981, 1984, 1994), Wanderley (1984, 2010), Macedo (1990), Gadoti (2000), Assumpção (2009), Holliday (2009), dentre outros.

Existem na literatura diversos “sinônimos” para dirigir-se à educação popular. Em alguns momentos chega-se a fazer uma confusão de nomes, conforme refere Brandão, “os nomes são muitos e debaixo deles: educação popular, educação de base, educação de adultos, educação fundamental, educação comunitária, educação permanente, há coisas e intenções iguais, semelhantes e até opostas”. (BRANDÃO, 1984, p.15)

Neste trabalho optamos pela expressão Educação Popular, pois entendemos ser a mais adequada por se dirigir diretamente a ações voltadas com o povo, e não para o povo. Para Machado e Paludo, (2010), com base em Freire,

a expressão “Educação Popular” designa a educação feita com o povo, com os oprimidos ou com as classes populares, a partir de uma determinada concepção de educação: a educação libertadora, que é, ao mesmo tempo, gnosiológica, política, ética e estética. (MACHADO e PALUDO, 2010, s/p).

Junior e Torres (2009), citando Brandão, apontam a educação popular da seguinte forma:

Educação Popular é a prática pedagógica que participa, por meio de diversas situações e instrumentos, do processo de um saber orgânico das

classes populares (quando [...] aprendem, a partir de sua própria política, a ler a sua própria história) que serve à produção do poder das classes populares. (BRANDÃO 1986 apud JUNIOR e TORRES, 2009, p.26)

Vasconcelos, já citado, é outro autor que traz significado para a Educação

Popular:

A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social (VASCONCELOS, 2007b, p.21).

Podemos dizer que a educação popular se traduz nas práticas pedagógicas realizadas com o povo e, nesse contexto, o povo são os oprimidos, os excluídos dos meios de produção, os marginalizados, os discriminados, dentre outros. Nesta perspectiva, os educadores seriam os diversos eruditos enfocados por Vasconcelos que, embasados na educação como prática de liberdade, seguem o pressuposto educacional freiriano de que “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, os homens se libertam em comunhão” (FREIRE, 2005, p. 58).

A educação popular da ótica freiriana é aquela realizada “com a” população, não “para a” população. Esta última caracteriza-se como uma forma de inculcar para o domínio, prática que, podemos dizer, acontece rotineiramente nos espaços que se dizem de participação e de educação popular nos diversos setores da sociedade, estabelecendo-se uma ação antidialógica que, segundo Freire (2005),

O primeiro caráter que nos parece poder ser surpreendido na ação antidialógica é a necessidade da conquista. O antidialógico, dominador, nas suas relações com o seu contrário, o que pretende é conquistá-lo, cada vez mais, através de mil formas. Das mais duras às mais sutis. Das mais repressivas às mais adocicadas, como o paternalismo. (FREIRE, 2005, p.157).

O que Freire elucida nesta passagem é a educação – que, ao nosso ver, muitas vezes se diz ser popular - prestada de forma verticalizada e pautada no monólogo do discurso do opressor, ocasionando o distanciamento dos saberes, propondo soluções de problemas rápidos e centrados nas resoluções unidirecionais, sem problematizar com os demais sujeitos, sem colocá-los como sujeitos sociais

capazes de conhecer os problemas de sua realidade, estabelecendo, assim, o paternalismo e a domesticação.

A educação no Brasil foi (ou ainda é) exemplo dessa domesticação. Especificamente na década de 1960, período em que o número de analfabetos apresentava-se em alta escala, devido à sociedade injusta e antidemocrática, foi quando o paradigma da Educação Popular ganhou impulso, principalmente com os trabalhos realizado por Paulo Freire, como enfoca Gadoti, (2001, p. 06):

O paradigma da educação popular, inspirado originalmente no trabalho de Paulo Freire nos anos 60, encontrava na conscientização sua categoria fundamental. A prática e a reflexão sobre a prática levaram a incorporar outra categoria, não menos importante: a da organização. Afinal, não basta estar consciente, é preciso organizar-se para poder transformar.

Gadoti faz alusão aos Círculos de Cultura, método de alfabetização desenvolvido e utilizado por Paulo Freire, que tinham como foco a ação dialógica entre educador e educando, mediados pelo processo de conscientização para o exercício da democracia, dentre eles o exercício de votar, pois, nesse período, os que tinham direito a votar eram somente os alfabetizados.

Freire, através de seu método de alfabetização (que alfabetizava em até 45 dias), mais do que alfabetizar, buscava localizar os sujeitos no contexto social opressor, denunciando uma realidade cruel e anunciando novas possibilidades de transcendência de nível de consciência. Freire fez forte crítica aos líderes populistas manipuladores das massas da época, que visualizavam os homens da seguinte forma: um homem alfabetizado = um voto. Comparando os alunos formados nos Círculos de Cultura a esses líderes, Freire (2001) destaca que os mesmo:

[...] são mais exigentes que os líderes populistas, vêem mais nitidamente a diferença entre promessas feitas às massas e a sua realização efetiva. Os políticos populistas não compreendem as relações entre alfabetização e conscientização. Obcecados por um único resultado – o aumento do número de eleitores – [...] (FREIRE, 2001, p. 23).

No entendimento de Freire (2005), nesta época o Brasil encontrava-se em um período de transição entre uma “sociedade fechada” para a abertura democrática. A caracterização de sociedade fechada se baseava em seu histórico de colonização e em sua correlativa falta de experiência democrática republicana, caracterizada pelo domínio dos grandes fazendeiros.

Já em meados do século XX, com a chegada da industrialização, o cenário econômico mudou, abrindo possibilidades de uma mudança também na estrutura política. E é neste período, início da segunda metade do século XX, que Freire iniciou seu trabalho de alfabetização de adultos – trabalhadores pobres – na região mais pobre do país, especificamente em Angicos. Seu trabalho tinha o sentido de libertação dos oprimidos, no entendimento de que, através de uma alfabetização que não ensinasse apenas a ler a palavra, mas também o mundo, os oprimidos poderiam transformar o mundo no processo de libertação. E por que os oprimidos? Porque, em uma leitura materialista histórica, este mundo não “interessa” aos oprimidos, somente aos opressores, uma vez a interpretação do mundo se dar mediante o lugar que nele ocupa o sujeito.

A experiência da alfabetização de Freire realizada em Angicos despertou a atenção do Estado brasileiro, que chamou Freire para coordenar o que seria um Plano Nacional de Alfabetização, numa clara postura de abertura e de transformação social. No entanto, em 1964 o Brasil sofreu o golpe militar, ditadura que durou 20 anos.

Na obra “Paulo Freire para educadores”, escrita por Barreto (2004), o próprio Freire deu depoimento sobre o Golpe Militar e traduziu bem sua crueldade e o que significou para o campo da educação:

O golpe de Estado de 1964 não somente deteve o esforço que fazia no campo da educação de adultos e da cultura popular, como me levou à prisão por cerca de 70 dias. Fui submetido, durante quatro dias, a interrogatórios que continuaram depois do IPM (Inquérito Policia Militar) do Rio de Janeiro. Livrei-me procurando refúgio na Embaixada da Bolívia, em setembro. Na maioria dos interrogatórios a que fui submetido, o que se queria provar - além da minha ‘ignorância absoluta’ - era o perigo que eu representava. Fui considerado como ‘subversivo internacional’, como um ‘traidor de Cristo e do povo brasileiro’. Um dos juízes perguntou-me: ‘Você nega que seu método é semelhante ao de Stalin, Hitler, Perón e Mussolini? Você nega que com seu pretensso método você quer mesmo é bolchevizar o país?’... O que ficava muito claro em toda esta experiência, da qual saí sem ódio e sem desespero, era que uma onda ameaçadora de irracionalismo estendia-se sobre nós: era uma forma ou distorção patológica da consciência ingênua, extremamente perigosa por causa da falta de amor que a alimenta, por causa da mística que a anima. (BARRETO, 2004, p.30-31).

Dentre as premissas dos golpistas, destacavam-se as represálias aos grupos sociais organizados, através de violentos ataques com uso de força física

militar e moral, com a criação dos famosos Atos Inconstitucionais (AIs).
Discorrendo sobre o Golpe Militar, Aranha (2006, p.314) enfoca que

Os brasileiros perderam o poder de participação e crítica, e a ditadura se impôs, violenta. Uma sucessão de presidentes militares fortaleceu o Executivo enquanto fragilizava o Legislativo. Diversas medidas de exceção acentuaram o caráter autoritário do governo: Lei de Segurança Nacional, Serviço Nacional de Informações, prisões políticas, inquéritos policiais militares, proibição do direito de greve, cassação de direitos políticos, exílios etc.

Apesar da represália militar, os diversos grupos populares, na década de 60, estavam significativamente representados, dentre eles destacavam-se: “intelectuais, políticos, grupos de estudantes, liberais, as esquerdas marxistas e grupos católicos” (FIGUEIREDO, 2009, p.71-72). No bojo de suas inquietações com as políticas de repressão e domesticação que vivenciavam, e impulsionados por uma “onda de mudança na época”, estes movimentos visavam construir uma sociedade participativa e democrática através de princípios educacionais de conscientização e politização. Muitos dos militantes desses movimentos, ao resistirem foram mortos, exilados e outros simplesmente calados.

Dentre esses grupos sociais destacamos nas entrelinhas o Movimento de Cultura Popular do Recife que, segundo Brandão (1981, p.17),

o primeiro que se fez no Brasil, na aurora dos anos 60. Na aurora do tempo em que, coletivamente, pela única vez alguma educação no Brasil foi criadora e sonhou que poderia servir para libertar o homem, **[se refere ao “método” de educação de Paulo Freire]** mais do que apenas para ensiná-lo, torná-lo “doméstico”. (grifos nossos).

Diante desta contextualização, pode-se dizer que no Brasil Paulo Freire foi um dos que impulsionou a Educação Popular, trazendo conceitos de libertação popular e problematizando a educação vivenciada pela sociedade, abrindo espaço para a organização de diversos movimentos sociais. Percebe-se que na década de 60 surgiu, impulsionado por Freire, um novo espaço para além das salas e bancos escolares, de se fazer educação, o que hoje conhecemos como Educação Popular.

Para além de ser um simples modelo alternativo de educação, a educação popular é sinônimo de luta de classes sociais que, por meio da organização política do povo, percorrem caminhos para sua hominização e politização. Dentro desse contexto, a educação popular no Brasil assume bandeira

de luta em prol dos oprimidos, principalmente com a fomentação da pedagogia do oprimido iniciada pelo educador Paulo Freire.

O que chamamos hoje de Educação Popular é historicamente originária das lutas populares contra-hegemônicas na América Latina, principalmente nos anos 60, período em que grande parte dos países pertencentes ao continente foi dominada por elites, governos de regimes militares e por líderes populistas que, em geral, utilizavam o poder político e o sistema educacional como forma de alienação e opressão das massas populares, a fim de domesticá-las.

A partir da contextualização da educação popular passaremos, no próximo tópico do capítulo, a discorrer sobre o modelo de saúde hegemônico, que está pautado no saber biomédico e na lógica fragmentária que se baseia no sistema capitalista, que vê o ser social como mero consumidor de serviços e produtos de saúde. Este viés entendemos influenciar a educação na saúde, a partir do privilégio da dimensão biológica e do consumo de tecnologias em saúde, descontextualizando os problemas de saúde dos sujeitos como multicausais, além de não ver o sujeito como capaz de lutar pela sua própria saúde. Isto se dá apesar dos avanços com a criação do SUS.

2.2 - O modelo de saúde: a educação na saúde

Na atualidade, os problemas de saúde são teorizados e explicados através de diversos prismas e redes causais que envolvem o processo saúde-doença. Apesar desse avanço, o ideário “do modelo hegemônico” proveniente da biomedicina, que entende os problemas de saúde através da causalidade linear, ainda predomina nos espaços institucionais e nas ações educativas na saúde. Esse modelo tem contribuído para fortalecer práticas na saúde voltadas a atender a dimensão fisiopatológica dos sujeitos, reduzindo a compreensão do processo saúde-doença ao entendimento deste como a ausência de doenças, desconectado dos fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais, emocionais e espirituais.

Essa realidade tem fortalecido as ações de saúde que privilegiam a dimensão biológica, desvirtuando o foco do modelo visto como contra-hegemônico, baseado na multicausalidade dos problemas de saúde que afetam os sujeitos.

Fazendo alusão a esse modelo explicativo dos problemas de saúde, Stotz (2007, p. 46), enfoca que,

[...] atualmente é o da multicausalidade do processo de adoecer e morrer, mas as respostas encaminhadas assumem, em regra, o sentido da causalidade linear. Assim, embora se saiba que as pessoas se tornam diabéticas em razão de problemas que são tanto imunológicos, como emocionais e sociais, estes problemas são quase sempre reduzidos à sua dimensão fisiopatológica.

Esse modelo de saúde, pautado na resolução paliativa e linear dos problemas de saúde que afetam os sujeitos, dá a impressão que o sujeito é apenas representado pela organização do corpo orgânico composto de sistemas e órgãos, como se fosse uma máquina com regras e formas de operar e manipular, para melhor funcionamento.

Esse modo de ver o ser humano na atualidade segue a lógica do desenvolvimento da sociedade capitalista a partir do século XVII.

O modelo de ser humano da biomedicina é o organismo humano, uma abstração analítico-mecanicista construída ao longo do tempo da modernidade, isto é, da organização da sociedade fundada no modelo de produção capitalista e no desenvolvimento correspondente das práticas científicas, políticas e institucionais que lhe deram forma legítima a partir do século XVII até os nossos dias (STOTZ, 2007, p.47).

Percebe-se que o modelo histórico de desenvolvimento econômico e produtivo capitalista do século XVII tem (e vem) influenciado no conceito do processo saúde-doença, vinculando-o ao entendimento do ser humano a partir do esquadramento do corpo em partes anatômicas, como se fossem peças de uma linha de produção, característica do modelo biomédico, que entende o homem como uma máquina.

Além dessa característica, as ações de saúde, incluindo-se as de educação na saúde, seguem essa mesma lógica, ficando voltadas a medidas sanitárias e informações fragmentadas do corpo e do seu cuidado e cultivo, para que seja produtivo e hígido, assim suprimindo as necessidades do mercado, para o qual a doutrina higienista serviu.

Chamamos a atenção para a doutrina higienista presente com mais fôlego nos séculos XVIII e XIX, que teve sua base biologicista apoiada no pressuposto de que os problemas de saúde do povo estariam relacionados à sua ignorância das normas de higiene. Diante disso, investiu-se em práticas educativas baseadas na mudança de atitudes e comportamentos individuais, com a crença de que todos os

problemas de saúde seriam solucionados (SMEKE & OLIVEIRA, 2001). As autoridades da época, embasadas na doutrina higienista e alimentadas pelo fascismo e autoritarismo, ditavam as regras da educação em saúde para os indivíduos.

Exacerbando a doutrina higienista, numa perspectiva hierárquica e autoritária de base fascista, o indivíduo deveria adequar-se às prescrições da Educação em Saúde por meio do eugenismo. Esse *higienismo da raça* buscava evitar, mediante a cooperação entre ciência, educação, propaganda e legislação, qualquer desordem social ou moral, passando por cima da vontade individual, familiar, ou de quem quer que fosse. Tinha diretrizes específicas para as crianças (pelotões de saúde nas escolas públicas), propunha hábitos de vida puritanos e o casamento eugênico, para impedir a multiplicação dos inaptos. (SMEKE & OLIVEIRA, 2001, p. 119, grifos das autoras).

Nota-se que além das ações serem preconceituosas racialmente falando, os problemas de saúde eram resolvidos à base da força, como se fossem casos de polícia. Teixeira (2008) traz o resultado parcial de sua pesquisa do percurso histórico da Fundação Nacional de Saúde, e localiza na década de 60 a influência do poder de polícia e da vigilância sobre as pessoas, realizados pelos guardas sanitários e visitadoras de saúde, que eram encarregados de orientar a população sobre hábitos de higiene e punir, quando necessário, os moradores (TEIXEIRA, 2008, p. 996). A autora atribui as marcas da atual educação em saúde a esses dois profissionais.

Esses profissionais eram responsáveis pela educação sanitária dos pobres, considerados os grandes responsáveis pela propagação de doenças devido às precárias condições de higiene dos subúrbios, sendo alvos das campanhas de vacinas obrigatórias (“à base da força”) e mutirões de limpeza para saúde, comandados pelas elites que dominavam e detinham o poder prescritivo sobre seus corpos e vidas (VASCONCELOS, 2001).

A educação sanitária (a que chamamos atualmente de educação em saúde) nasceu no contexto desse modelo de saúde, pautada na transmissão de informações básicas de cuidados de higiene domiciliar e pessoal, nos moldes bancários em que, no sentido freiriano, “não existe o diálogo, mas prescrições” (FREIRE, 2005, p. 36).

As práticas de educação sanitarista, ao nosso entender bancárias, impulsionadas pelo Estado, realizavam ações coercitivas que objetivavam mudanças de comportamento da população e, como já destacado, executava a limpeza nos subúrbios urbanos, locais conhecidos como de risco para a saúde, assim como

campanhas de vacinação e de hábitos de higiene. O povo, na maioria pobres e analfabetos, eram as “caixas registradoras” onde os técnicos depositavam seus saberes através de informes e demonstração das práticas de higiene, e o saber do povo era descontextualizado e desnecessário nesse cenário.

Oliveira e Oliveira (2010, s/p), discorrendo sobre esse cenário higienista, destacam que:

Neste período considerava-se o povo incapaz de maiores entendimentos, e as poucas atividades educativas relacionadas à saúde eram sempre na transmissão de informações visando controlar as classes sociais, trabalhadores, de acordo com os interesses das classes dominantes. Muitos processos educativos aconteciam nas fábricas, em forma de folhetos escritos para uma população de maioria analfabeta.

As ações destas atividades de transmissões de informações para o povo, realizadas muitas vezes através de campanhas de saúde, além de serem tomadas de forma verticalizada, sem o mínimo de consentimento da população, que tinha até suas casas invadidas, obrigavam o povo a seguir o jogo político da elite e os cuidados preventivos impostos pelo Estado. Nessa ótica, o ator popular não era visto como capaz de superar e compreender seus agravos de saúde, por ser pobre e ter pouca escolaridade; o conhecimento técnico era o que prevalecia, como enfoca Vasconcelos (2001, p.92), se referindo às campanhas de saúde:

Pela ausência do ator popular como elemento ativo nestas campanhas, as práticas educativas e técnicas eram extremamente normativas. Os técnicos tinham o saber científico que devia ser incorporado e implementado pela população ignorante. Em momento nenhum se via a preocupação de discutir as razões materiais, culturais e políticas de seus costumes para então negociar uma estratégia de ação eficaz. O homem do povo era um quadro em branco sobre o qual se devia escrever o verdadeiro conhecimento. Não se valorizava o saber prévio deste homem.

Entendemos que essa ausência do ator popular nas tomadas de decisões é fruto do modelo de saúde vigente, que a encara como de ordem apenas biológica, em que a figura do médico desponta como a principal para a resolução das questões de saúde, e o sujeito não tem vez de dizer sua palavra. Falando dessa hegemonia médica, Valla (1999) reporta-se ao ano 400 a.C., período em que o pensamento médico era baseado em Hipócrates que, segundo o autor, já diminui a importância da palavra do paciente:

[...], quando os médicos relacionados com o pensamento de Hipócrates, no esforço de se desvincular de qualquer conexão com medicina popular e

superstição, detiveram-se às mensurações objetivas, diminuindo a importância da palavra do paciente [...] (VALLA, 1999, p.11).

Desta forma, a saúde é vista unidimensionalmente, tanto em sua concepção – biologicista -, como em sua especificidade – objeto de intervenção prioritariamente de um profissional, o médico. Modernamente, o sistema capitalista é um elemento para se compreender este modelo de saúde, uma vez “a eficiência técnica” invadir também o campo da ciência, como também porque o homem não é visto como ser social histórico, sendo tratado como coisa a se manipular e como consumidor de tecnologias biomédicas (SMEKE & OLIVEIRA, 2001, p. 117).

Talvez a coisificação dos homens que, segundo Lessa (2002, p. 28), “corresponde à submissão dos homens ao mercado capitalista, forma social que nos transforma em “coisas” (reificação) e articula nossas vidas pelo fetichismo da mercadoria”, seja o grande desafio a ser superado no contexto da saúde, visando maior participação e controle social pela população dos serviços de saúde.

O SUS, que foi uma das maiores conquistas da sociedade organizada na década de 1980 - período de abertura política pós-ditadura militar -, serve de exemplo de superação da saúde como mera mercadoria (ainda que parcial), assegurado inclusive na Lei magna de 1988, no seu artigo nº 196, que declara “a saúde como direito de todos e dever do Estado”, passando a ser regulamentado posteriormente pela Lei nº 8080/90. Destacamos que anteriormente à criação do SUS, a saúde era privilégio de quem a pagava ou de quem contribuía com os Institutos de Aposentadorias e Pensões, ficando a maioria da população sem acesso aos seus serviços.

O SUS, além de ser uma conquista da participação organizada da sociedade, é a resposta ao modelo de saúde curativista e/ou hegemônico, centrado nas doenças e na instituição hospitalar. Norteados filosoficamente pelos princípios: universalidade, equidade e integralidade; e pelas diretrizes: regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular, o SUS é a própria garantia do direito à saúde gratuitamente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Também se instala com uma visão ampliada do processo saúde-doença, com o entendimento dos condicionantes sociais, econômicos, sociais e culturais, para além do meramente biológico, e centrado na atenção básica de saúde, e não nos serviços especializados, de alto impacto tecnológico.

Todavia, mesmo com estes avanços que o SUS significa para a política de saúde brasileira, continuamos vivenciando atualmente no SUS o modelo de educação em saúde curativista ou médico-cêntrico, em que o ouvir o sujeito e o resgatar seu conhecimento não é uma dimensão perseguida na rede básica de atenção à saúde.

A atenção básica em saúde atualmente é caracterizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que, como vimos, é advinda de um programa do Ministério da Saúde, criado em 1994, chamado inicialmente de Programa Saúde da Família (PSF), e renomeado em 2006, através da Portaria n° 648, que substitui a sigla “PSF” pela ESF, “por se considerar tratar-se de uma estratégia sem data de término, ao contrário do que um “programa” pré-supõe”. (MOREIRA, et al, 2010, p.04).

A ESF, de acordo com a Portaria n° 648 deveria configurar-se na principal porta de entrada da rede básica de saúde do SUS, no entanto, não vem cumprindo esse papel; o que evidencia esse fato são: a fragmentação do cuidado, o aumento do número desordenado de encaminhamentos a especialistas, e a pouca resolutividade do serviço, o que acaba sobrecarregando os prontos socorros e hospitais públicos. (SIPRIANO, 2005 , p. 84).

A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, regulamentada pela Portaria Ministerial n° 648 de 28 de março de 2006, recentemente sofreu modificações através da criação da Portaria n° 2.488 de 21 de outubro de 2011, que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”.

Dentre as principais reformulações da Portaria n° 2.488, pauta-se a ampliação das ESF em todo território nacional e o fortalecimento da atuação dos profissionais da ESF, com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é formado por um grupo de profissionais das mais diversas áreas, que atuam em âmbito da atenção básica.

A respeito de atenção básica à saúde, Cecílio (1997, p.471) coloca que

A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios.

Apesar da constatação do autor ser de 15 anos atrás, essa é uma realidade presente em nossos serviços básicos de saúde atualmente, o que aumenta nossa responsabilidade como profissionais comprometidos com o SUS e com a rede de atenção básica de saúde em buscar novas alternativas para melhoras, tanto gerenciais-administrativas, quanto assistenciais e participativas.

Por outro lado, não significa que somente a rede básica, através da ESF, irá dar conta de atender todas as necessidades da saúde, mas necessita-se ter um sistema resolutivo em todas as instâncias da saúde. No entanto, esse espaço continua sendo privilegiado para estimular e salientar a participação popular e a educação na saúde, que se faz necessária para melhorar a compreensão da população de como funciona o sistema de saúde, para que se possa concretizar a diretriz do SUS de participação, consubstanciada no controle social.

E é aqui que situamos a ação dos Conselhos de Saúde e suas possibilidades de *empowerment*, discutida no capítulo seguinte.

3 - OS CONSELHOS DE SAÚDE EM QUESTÃO: PARTICIPAÇÃO POPULAR, CONTROLE SOCIAL E POSSIBILIDADES DE “EMPOWERMENT”

A conquista da participação popular na elaboração das políticas públicas, e o controle social sobre as ações executadas pelo Estado nas diversas áreas da conjuntura política brasileira é expressão do processo de luta dos movimentos sociais organizados ao longo da história das políticas públicas.

No contexto nacional, a área da saúde se destaca, pois foi pioneira na implementação e regulamentação da participação popular e do controle social, através da criação dos “dispositivos, institucionalizados, [...] os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como foros de participação popular [...]”. (BARROS, 2005, p.09).

Esse pioneirismo da saúde, segundo Correia (2005, p.55), é atribuído à:

efervescência política do final da década de 70 e a organização do Movimento da Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos políticos de esquerda na luta contra a ditadura, com vistas a mudanças do modelo médico-assistencial privatista para um Sistema Nacional de Saúde Universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade”.

Com o clima de efervescência política e a extinção do regime militar, o Brasil passa a vivenciar um processo de redemocratização na década de 1980. Nesse período, pela primeira vez os militantes do Movimento da Reforma Sanitária e a sociedade civil em geral, que lutavam em prol de um novo modelo-assistencial de saúde, discutem, juntamente com o governo em 1986, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, a criação de um Sistema de Saúde Universal e participativo.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ficou marcada na história da saúde pública brasileira, pois foi um espaço de voz coletiva para a democratização dos espaços participativos na saúde. Os diversos movimentos sociais organizados almejavam que saúde fosse direito de todos e dever do Estado, além de ser direito no sentido de acesso aos serviços assistenciais, reivindicando por espaço de participação popular e de controle social. (VALLA, 1998, CORTES, 2002, WENDHAUSEN, 2002).

Dois anos após a 8ª CNS acontece a promulgação da Constituição Federal em 1988, com a participação de mais de 4.000 pessoas, que estabeleceram na constituinte, através do Artigo 196 que:

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 212).

A garantia de saúde como direito universal somente concretizou-se com a implantação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS), após aprovação no Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080. A participação popular e o controle social na saúde são promulgados na Lei nº 8142, também de 1990.

Os Conselhos de Saúde (CS) representam hoje o principal espaço de participação e controle social no SUS. Segundo Correia (2005, p. 55) “existem aproximadamente 5.537 Conselhos de Saúde, atingindo quase todos os 5.560 municípios brasileiros, envolvendo cerca de 86.414 conselheiros”.

Os CS são instâncias colegiadas constituídas em cada esfera de governo, com caráter permanente e deliberativo, o qual atua, segundo disposto da Lei nº 8142/90 em seu 1º Artigo, no inciso § 2º:

na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).

Essa lei ainda cria as Conferências de Saúde, espaços coletivos onde se reúnem a cada quatro anos os representantes dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos níveis correspondentes - municipal, estadual e federal - “convocadas pelo poder executivo ou pelo Conselho de Saúde”. (BRASIL, 1990).

No inciso § 4º dessa lei, no seu 1º Artigo, discorre-se sobre a representatividade dos conselhos de saúde, enfocando que: “a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”. (BRASIL, 1990).

A partir do enunciado na lei, o Conselho Nacional de Saúde, criado pelo decreto nº 99.438 de 1990, estabelece essa representatividade:

[...] garantia de representatividade, com escolha dos representantes feita pelos próprios segmentos; distribuição da composição, sendo 50% usuários, 25% para trabalhadores de saúde, e 25% para gestores e prestadores de serviços; eleição do presidente entre membros do Conselho. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 63)

Atualmente, a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, que *aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*, mantém os mesmos critérios paritários da representatividade destacados na citação.

Quanto à representação de órgãos ou entidades, a Resolução nº333, estabelece que, “poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 05).

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) de movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

Percebe-se que os Conselhos de Saúde, para serem formados, devem passar por um processo democrático na composição de seus segmentos; na prática, são criadas chapas com representantes majoritariamente da comunidade, que serão escolhidos através de eleições realizadas pelos próprios segmentos do conselho.

Como regra geral, a composição dos conselhos está pautada pela participação de 50% da comunidade, visando maior participação da população através do controle social sobre as políticas de saúde.

A Resolução nº 333 estabelece as competências dos conselhos nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, enfocando essas em XXIV, tópicos. Apresentamos os tópicos, I, IV, XXI e XXII, pois parecem ter maior relevância para a discussão proposta:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 09 e11).

Nota-se nos tópicos que o controle social é o eixo norteador das competências dos conselhos de saúde. A partir do tópico I, pode-se dizer que a comunidade é o centro de atuação dos conselhos e que esses devem incentivar sua atuação, visando à defesa do SUS e ao controle social. No tópico IV, o controle social é novamente destacado, mas agora como controle da sociedade sobre os recursos da saúde e a indicação de investimentos em setores específicos.

Os tópicos XXI e XXII apontam a informação e a educação para o controle social, aparecem como a forma de manter um processo contínuo de atualização dos conselhos e, por sua vez, dos conselheiros, perseguindo o controle social. São propostos no último tópico conteúdos programáticos, o que entendemos

ter como base um processo educativo, envolvendo um processo de ensino-aprendizado, o que parece ser um avanço na forma de pensar as políticas públicas.

Os avanços nas últimas décadas das políticas públicas de saúde, como a criação e a institucionalização dos conselhos, leis, regulamentações e decretos sobre a participação e o controle social são de grande relevância para o setor saúde. Mas concordamos com Wendhausen que, ao estudar esses espaços, relata que: “[...] a mera instituição legal destes órgãos colegiados mistos parecia não garantir, de modo automático, a possibilidade de participação dos usuários nas decisões da saúde.” (WENDHAUSEN, 2002, p. 48).

Por outro lado, não podemos negar que a institucionalização dos conselhos possibilitou ao longo da história a visibilidade dos movimentos sociais e a garantia de espaços reguladores para seu exercício. O que tem contribuído para o aumento da participação popular e do controle social junto aos órgãos do governo.

Correia, discutindo o tema controle social, destaca duas formas de entendê-lo. A primeira entende o controle social como o controle do Estado sobre a sociedade, e a segunda como o controle da sociedade sobre as ações do Estado. (CORREIA, 2005, p. 48-49).

Essa dupla concepção do controle social, entendemos estar presente na prática dos conselhos, o que pode confundir o entendimento dos conselheiros sobre o que realmente venha a ser o controle social. E, por outro lado, o lócus dos conselhos pode tornar-se espaço de manutenção de relações de opressão e manipulação política de seus membros, quando é entendido o controle social como controle da sociedade pelo Estado. Entendemos que o controle social é a prática realizada pelos conselheiros, com intuito de fiscalizar os recursos financeiros e deliberar ações as autoridade públicas, visando fortalecer as políticas públicas de saúde.

Outra realidade dos CS que obstaculiza o controle social é a presença do domínio da fala por parte dos técnicos, que geralmente representam o segmento do governo, “devido sua escolaridade acabam tendo uma relação direta com a possibilidade de fala dentro do conselho, em determinado contexto fazem calar, ou ao contrário, fazer falar”. (WENDHAUSEN & CAPONI, 2002, p. 1623).

A hegemonia dos técnicos dentro dos conselhos de saúde faz com que haja uma repressão das falas dos sujeitos que representam os usuários com graus escolares menores, pois, como destacam Wendhausen & Caponi, (2002, p. 1624),

“[...] diante do técnico competente, dificilmente uma pessoa comum sente-se à vontade para discordar ou colocar seu ponto de vista [...]”.

Essa relação de poder exercido dentro dos Conselhos de Saúde, além de inviabilizar o diálogo, estabelece um distanciamento entre os saberes dos usuários e dos técnicos, o que contribui para o fortalecimento da opressão e diminuição da participação popular e do exercício do controle social.

Apesar de não ser citado em lei federal e, de certa forma, ser pouco fomentado pelos órgãos responsáveis da saúde, existe, além dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, os Conselhos Locais de Saúde (CLS) aqueles localizados nos bairros dos municípios, “criados na maioria das vezes por lei municipal”. (SANTOS, 2005, p. 29).

O CLS, em termos de representatividade, segue a mesma lógica de ter 50% de usuários, o diferencial está no fato de estabelecer uma relação direta com os moradores do bairro, e com os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde e das ESF. Alguns autores, como Crevelim & Peduzzi (2005), Campos & Wendhausen (2007), identificam os profissionais das ESF como possíveis fomentadores da participação popular e do controle social.

Apesar de concordarmos com os autores, estudo realizado em 2007 demonstra que os profissionais de saúde apresentam dificuldades na educação com a população com vista à participação popular e ao controle social, permanecendo em suas práticas a educação vertical e patologizante. (DA ROS, et al, 2007). A constatação dos autores serve de reflexão no sentido de rever as ações dos profissionais da ESF, pois entendemos que esses profissionais também deveriam fazer parte dos CLS.

Além dessa problemática, os CLS apresentam muitas deficiências em sua atuação, como: desmobilização popular; falta de entendimento de seu papel; poucos cursos de capacitação; predomínio da visão biologicista de saúde; cooptação política; desarticulação entre usuários e profissionais, etc. (LOPES, MACHADO e GRILLO, 2005; OLIVEIRA, SOUZA e RIBEIRO, 2005; BRAVO, 2005).

A realidade indica que os espaços dos conselhos de saúde devem ser reformatados no sentido de que a comunidade possa ter o *empowerment* nesses espaços públicos de participação popular e de controle social.

Verdi e Caponi (2005, p.85) nos definem: “Empowerment, traduzido como empoderamento, é entendido como o processo de capacitação para a aquisição de poder técnico e político por parte dos indivíduos e da comunidade”.

Carvalho (2004a), estabelece dois enfoques para este termo: um, o psicológico, que ressalta o sujeito como alvo das ações educativas, o que pode fazer com que se percam as necessidades de transformações no meio, das condições sociais de existência. E o outro enfoque, o *empowerment* comunitário, inspirado também nas concepções educativas de Paulo Freire, implicando na “disputa pelo controle de recursos e na redistribuição de poder” (CARVALHO, 2004b, p.675), o que envolveria a participação, o controle dos indivíduos e comunidades, entrando em pauta a capacidade de indivíduos falarem sobre seus próprios problemas, sobre seus próprios processos.

Nesse sentido, entendemos que o Conselho de Saúde é uma instância privilegiada de promoção do empoderamento comunitário, pois é nesse espaço onde são discutidas as questões pertinentes da comunidade. Mas, para sê-lo, os conselheiros de saúde necessitam estar empoderados, sabendo ao certo a função do conselho e sua função enquanto conselheiros. Desta forma, se poderia concretizar o controle social no SUS, diminuindo a iniquidade na saúde, e fortalecendo esse espaço como aprendizagem da cidadania. Kleba, Comerlatto e Colliselli (2007, p. 336), destacam os conselhos de saúde

como espaços de aprendizado da cidadania. [...] a participação nesses fóruns tem sido considerada como processo de aprendizagem e de inclusão, verificando-se um processo de empowerment, de criação de forças, de valorização das diferenças, de reconhecimento da própria organização.

Se os conselhos de saúde forem entendidos como espaços de aprendizagem para se promover o empoderamento, pensamos que a educação libertadora de Paulo Freire vem a contribuir.

4 - INSPIRAÇÕES EM PAULO FREIRE

4.1- As bases do pensamento de Freire.

Pensar os espaços dos Conselhos Locais de Saúde a partir das bases educativas de Freire, em nossa visão, é uma forma de fortalecer o empoderamento dos sujeitos que formam essas instâncias. Isto porque o pensamento de Freire se fundamenta em uma visão de homem como um ser no mundo e com o mundo, um ser que está junto com outros seres no mundo. Então, ele não é apenas espectador do mundo, mas como o homem e o mundo são inacabados, ambos se fazem entrelaçadamente; homem e mundo serão o resultado das ações dos homens. Inserir-se no mundo de forma consciente, ver-se enquanto ser fazedor do mundo e de si mesmo é o processo da conscientização, que levará ao que se chama atualmente de empoderamento.

Em diálogo com Sérgio Guimarães, o qual resultou na publicação do livro *Diálogos*, Freire relata que seus pais foram seus primeiros professores, e ao ensiná-lo, geralmente embaixo de sombras de árvores, partiam das palavras que faziam parte de seu universo como criança. (FREIRE & GUIMARÃES, 1982).

Talvez isso justifique o enredo filosófico de sua pedagogia do oprimido, que tem como pressuposto o diálogo entre educador e educando, na compreensão de que o processo educacional deve partir do resgate dos temas do mundo do educando. O diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo. É o encontro de homens cuja vocação ontológica é o “ser mais”, no sentido de transcender-se sempre, uma vez sua característica de incompletude. Esta vocação ontológica é negada em situações de opressão, que negam a palavra, a pronúncia do mundo. O diálogo é o encontro dos homens para pronunciarem o mundo, o seu mundo imediato que vai “aumentando” na medida em que as pessoas conseguem se localizar nele. Exatamente porque todos têm uma leitura do mundo, a palavra precisa se pronunciada por todos, e não por porta-vozes.

É neste encontro, chamado diálogo, que as pessoas irão pronunciar o mundo e, na pronúncia que vejo o outro fazer, eu re-faço a minha própria pronúncia. É este processo que confere ao homem a possibilidade de ser mais, de realizar, então, sua vocação ontológica. Mas, para dar partida a este diálogo, o mundo precisa ser aquele em que o indivíduo se veja, precisa ser o mundo do sujeito. Este

irá ganhando em complexidade, a partir das re-elaborações de sua pronúncia feitas dialogicamente. Ou seja, as pessoas começam a fazer relações de seu mundo com o mundo maior, na exata medida em que conseguem ver-se fazedoras de seu mundo. (FREIRE, 2005).

Assim, Barreto (2004), resgatando as bases do pensamento freireano, destaca que para Freire o ser humano é visto como: **“Um ser de relação; Um ser em busca de sua “completude”; Um ser capaz de transcender e O sujeito de sua história”**. (BARRETO, 2004, p. 54-5. Grifos nossos).

Freire entende **o ser humano como um ser de relação** com outros seres e com o mundo, no sentido que ninguém está só no mundo, cada um de nós é um ser no mundo e com o mundo. O autor compreende que o homem é o único ser **capaz de reagir de forma desafiadora** frente aos problemas do mundo, para suprimir suas necessidades, por isso supera o mais desenvolvido dos animais. O ser humano em Freire está no mundo e com o mundo, já os animais apenas estão no mundo, não percebem a realidade como desafiadora. (FREIRE, 2005).

Essas características dos seres humanos os tornam seres em busca de sua completude, pois **o ser humano é um ser inconcluso** e, à medida em que transforma o mundo, não só muda o mundo, mas a si mesmo. Para Freire, “onde há vida existe sempre o inacabamento, mas somente entre homens e mulheres o inacabamento se tornou consciente”. (FREIRE, 2001. p. 41).

O inacabamento possibilita ao homem **ser capaz de transcender** a partir da tomada de consciência que tem de sua própria finitude. A transcendência do ser humano está ligada intimamente com a raiz de sua finitude e na consciência que tem dessa finitude. Nesse sentido, Freire entende o ser humano como um ser religioso, destaca o ser inacabado que é e cuja plenitude se acha na ligação com o seu Criador, ligação que, por sua essência, jamais será de domesticação ou domínio, mas sempre de libertação. (BARRETO, 2004).

Outro caráter do pensamento de Freire é o ser humano como sujeito de sua história, pois ao “contrário dos animais ele pode tridimensionalizar o tempo, reconhecendo, desta forma, o passado, o presente e o futuro”. (BARRETO, 2004. p. 55).

Essas formas de Freire ver o ser humano são indispensáveis para um educador popular que pretende realizar uma educação libertadora.

4.2 - A educação libertadora de Paulo Freire

Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão (FREIRE, 2005, p. 58)

Segundo o pensamento de Paulo Freire, existem duas formas de educação: a “educação bancária” e a “educação libertadora”.

A educação bancária é pautada na ação antidiológica e na prática do depósito de informes pelo sujeito, que pensa tudo saber, no sujeito que se pensa que nada sabe. Nessa lógica educacional as pessoas passam a ser simples objetos de manipulação, o que contribui para a alienação, a opressão e a dominação dos sujeitos. Sobre essa visão de educação, Freire (2005, p. 67) diz:

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância - o que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro.

A educação libertadora, ao contrário, é mediatizada pelo diálogo como problematizador da realidade concreta dos sujeitos, e o saber é compartilhado, o que oportuniza a conscientização e a libertação dos sujeitos. Freire (2005), falando sobre os pressupostos dessa forma de educação, relata que:

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo “encha” de conteúdos; não pode basear-se numa consciência espacializada, mecanisticamente compartimentada, mas nos homens como “corpos conscientes” e na consciência como consciência intencionada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo (FREIRE, 2005, p. 77).

Um dos aspectos que compreendem a educação libertadora é a transformação da consciência ingênua para a consciência crítica que opera nos homens em suas práxis, consciência que não é o simples fato de reflexão intelectual

e individual. O processo de transformação da consciência para Freire somente se dá na interação dos homens entre si e o mundo – possibilitadas pelo encontro dialógico -, e nas relações de transformação de suas realidades concretas, em uma atitude de ação, reflexão, ação – a práxis. (FREIRE, 2005).

Freire destaca que é através da consciência intencionada ao mundo que os homens são capazes de resolver seus problemas. Consciência para Freire (2005, p. 63) é “[...] estar com o mundo e este procedimento é permanente e irrecusável. Portanto, a consciência é, em sua essência, um ‘caminho para’ algo que não é ela, que está fora dela, que circunda e que ela apreende por sua capacidade ideativa”. Isto significa que o movimento da consciência conduz o homem para fora dele mesmo, para algo que o transcende. Então, superar seus problemas no mundo passa, necessariamente, por localizar-se nele e não por fazer uma reflexão puramente interna. O autor critica o “subjetivismo”, compreendido como uma forma de pensar as questões do mundo localizadas “dentro do indivíduo”, como se o mundo fosse somente aquilo que o homem pensa dele. Assim como critica o “objetivismo”, como se o mundo não dependesse do homem, fosse uma estrutura determinada por leis alheias a sua ação nele. É necessário ver dialeticamente as instâncias subjetivas e objetivas formando o mundo.

Freire fala, então, de níveis da consciência na relação homem-mundo. A este respeito, Moreira (2010, p.13), explica:

O primeiro nível seria a consciência intransitiva, própria de indivíduos que vivem o limite de sua existência biológica, cujo objeto de sua consciência seria sua sobrevivência física. Depois viria a consciência transitiva ingênua, em que o homem consegue pensar-se no mundo, mas ainda está imerso nele. Por fim, a consciência transitiva crítica seria a que possibilita o homem de inserir-se no mundo, ver seu lugar nele, ver-se enquanto produto e produtor do mundo, emergindo nele. Dependendo, então, do nível de consciência que apreende o mundo, haverá uma ação do homem nele. A questão fundamental que Freire aponta é a compreensão de que os oprimidos não são ignorantes, são portadores de um saber, mas, em sua maioria, de um saber característico da consciência intransitiva ou da consciência transitiva ingênua. Seria tarefa de uma educação libertadora a passagem para a consciência crítica, através da conscientização. A educação libertadora seria uma ação para o alcance pelo homem da consciência crítica, mediado pela conscientização, o que seria construída em diálogo, sendo ela mesma possibilitadora do diálogo, e portanto, vindo e promovendo a experiência democrática.

Dentro da lógica da educação libertadora de Freire, a conscientização, que resulta da problematização do ser no mundo, somente se efetiva através do diálogo entre os homens.

Na prática libertadora, o diálogo é central, mas para se ter diálogo no sentido freireano é necessário ter fé nos homens, não aquela fé mágica religiosa, mas a fé em seu poder de fazer e refazer. “Fé na sua vocação de ser mais, que não é privativo de alguns eleitos mas direitos dos homens. A fé nos homens é um dado a priori do diálogo”. (FREIRE, 2005. p. 93).

O educador popular dialógico se nutre da fé nos homens, mas essa fé não é ingênua, uma vez estar enraizada e consubstanciada na problematização e criticidade, que envolve a transformação da consciência ingênua para a consciência crítica.

Freire entende a educação como um ato político, para ele não existe neutralidade no processo educacional. As opções feitas pelos educadores de escolherem determinados temas a serem ministrados, em detrimento de outros, é em si uma opção, e toda opção é um posicionamento político, que não deve ser confundido com político partidário. (BARETTO, 2004).

Nesse sentido, o educador popular, ao estar com as camadas marginalizadas, e ao optar pela educação libertadora, sabe que seu foco será a transformação da consciência ingênua em consciência crítica, num processo de conscientização.

O pensar ingênuo “vê o tempo histórico como um peso, como uma estratificação das aquisições e experiências do passado, de que resulta dever ser o presente algo normatizado e bem comportado”. (FREIRE, 2005, p. 95). O pensar ingênuo se acomoda a esse hoje normalizado. No pensar crítico, a transformação da realidade deve ser permanente, para a permanente humanização dos homens. (FREIRE, 2001).

4.3 - Os conselheiros como marginalizados

A Educação Popular é uma especificidade de uma educação que parte da crítica de uma sociedade desigual, e é voltada para as pessoas excluídas do modelo econômico vigente, com o objetivo de mediar sua formação como sujeitos na transformação da realidade em que vivem. No campo da saúde, por exemplo, a

hegemonia do poder médico na equipe de saúde é rompida nesta perspectiva, e as pessoas comuns são concebidas como portadoras de um saber necessário para a resolução de seus problemas de saúde e na sua promoção, pois esta agora é vista de uma forma alargada, não mais a partir do modelo biologicista, mas considerando-se seus aspectos sociais, psicológicos, econômicos, político e culturais.

Para Vasconcelos, a educação popular

[...] busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. (VASCONCELOS, 2001, p.15).

Nesta ótica, é central a valorização do saber das classes populares, advindo de sua inserção na vida cotidiana, do enfrentamento de seus problemas e da transformação da realidade. Esta valorização é o que torna esta população ativa na relação educativa em saúde, assegurando que o processo pedagógico – e não apenas seu conteúdo – seja revolucionário e assegurando a participação e a diversidade.

É por isto que entendemos que os espaços dos CLS são propícios à atuação dos educadores populares, pois trata-se de uma instância formada majoritariamente pelas massas populares, o que nos permite uma proximidade com esses sujeitos que geralmente sofrem com a marginalidade.

A marginalidade, sob o prisma freireano, não é uma opção dos homens, é uma condição imposta de domínio, do homem pelo próprio homem dentro de uma estrutura social. Os homens que dominam oprimem outros homens para poderem dominar, essa relação torna os dominados marginalizados. Sendo assim, “os homens marginalizados podem ser vistos como objetos de violência”. (FREIRE, 2001, p. 86).

A estrutura social baseada nos princípios capitalistas compreende que ser marginalizado é esta *fora de*, excluído de, mas essa visão, no nosso entendimento, não se sustenta, já que os homens, para serem marginalizados, precisam, necessariamente, estar no interior de uma estrutura social desumanizada.

Marx e Engels (2007), principais críticos do capitalismo, fazem alusões ao caráter desumanizador e reificador a que o sistema capitalista remete o homem e a sociedade, reduzindo os homens ao estado de coisas. Essa realidade possibilita que

os homens dominadores tenham a visão dos outros homens como inferiores e fora da estrutura social.

Freire (2001), ao discorrer sobre o homem marginalizado, diz que ele: “não é um ser fora de. É, ao contrário, um ser no interior de, em uma estrutura social, em relação de dependência para com os que falsamente chamamos de autônomos e que, na realidade, são seres inautênticos”. (FREIRE, 2001, p. 86).

Nesta passagem, o que Freire faz é a denúncia de uma estrutura social desumanizada, composta por seres humanos inautênticos (opressores) “que detêm o poder”, focados em causar dependência nos homens simples do povo (oprimidos), dependência essa no sentido assistencialista ou emocional.

Dentro do raciocínio desenvolvido até aqui, podemos dizer que os conselheiros locais de saúde, principalmente de bairros periféricos (à margem) da cidade, são os oprimidos/dominados, pois geralmente são homens simples do povo, com baixo grau de instrução, baixa renda e que sofrem os efeitos do domínio e da marginalidade.

Nessa condição os conselheiros oprimidos podem ser alvos dos seres que Freire chama de inautênticos ou opressores que, com sua falsa generosidade, podem fazer sua cooptação e manipulação, impedindo uma verdadeira participação popular e o controle social. Essa relação entre homens que oprimem e outros que são oprimidos somente existe dentro de uma sociedade dividida em classes sociais.

4.4 - O opressor e o oprimido e sua superação.

Na relação das lutas de classe sociais, sob o olhar freireano, então, existem dois tipos de homens: os oprimidos e os opressores. Os oprimidos são os homens que têm sua vocação de ser mais roubada, negada pelas injustiças, “na exploração, na opressão, na violência dos opressores”. (FREIRE, 2005, p. 32). Nesse sentido, os opressores são os homens que roubam a possibilidade do ser mais, inviabilizando a humanização e a liberdade.

Os opressores, por terem a consciência opressora, são, por excelência desumanos, pois a opressão sempre pressupõe oprimir outros homens. Por esse motivo, ao mesmo tempo que desumanizam os oprimidos para poderem “ser mais ou ter mais”, desumanizam-se juntamente nesse ato. (FREIRE, 2005).

Freire, ao justificar sua pedagogia do oprimido, faz a analogia da

opressão como um agente causador de patologia que está hospedado no oprimido. O autor afirma que o oprimido “hospeda” o opressor em si, por esse motivo, vive uma “dualidade onde ser é parecer e parecer é parecer com o opressor [...]” (FREIRE, 2005, p. 34).

Essa dualidade vivida pelo oprimido faz com que o opressor, aos olhos do oprimido, seja um ser superior e intransponível. E ser mais, nesta visão, passa a ser visto como ser igual ao opressor. Nesse estágio de consciência, o oprimido passa a admirar o opressor, como um exemplo de superação inquestionável, ao qual deve servir.

A situação dos oprimidos, como não poderia ser diferente, está “imersa” na realidade em que vivem, a da opressão. A contrariedade presente nessa realidade, quando percebida pelos oprimidos, não resulta de imediato na busca da superação da contradição. Os oprimidos, quando se localizam como contrários ao outro, buscam se equipar a ele, não buscando sua libertação, inviabilizando o nascimento de um “homem novo”, capaz de lutar pela sua liberdade e a do opressor. O “homem novo”, para o oprimido nesse estágio, significa “ser eles mesmos, mas, tornando-se opressores de outros” (FREIRE, 2005, p. 35).

Somente mudando a relação estabelecida – de libertação e não mais de opressão – é que o oprimido poderá libertar-se a si mesmo e ao opressor, porque este, não tendo mais o oprimido aceitando a opressão, terá que rever sua relação com ele. Assim é que, para Freire, são os oprimidos que, juntos, libertam a si mesmos e aos opressores. Estes, porém, poderão ver-se, nestes processos, como agora oprimidos, por não aceitarem viver em uma realidade com uma lógica que não seja a da opressão. O oprimido, porém, terá que ter cuidado para não cair nesta armadilha, de não oprimir o antigo opressor, mas de estabelecer com ele também uma relação de libertação.

Dentro dessa lógica os conselheiros de saúde que sofrem com a opressão advinda das relações sociais travadas pelas lutas de classes estão susceptíveis a caírem nessa armadilha. Pois ao tomarem consciência dos mecanismos que os oprimem, isso não significa que libertaram-se da “hospedagem” do opressor; por esse motivo, a próxima atitude pode ser tentar oprimir seu opressor. Nesse sentido, entendemos que o processo de politização e conscientização presente nas dinâmicas dos Círculos de Cultura pode subsidiar a superação da relação de domínio advinda da relação opressor e oprimido.

No capítulo a seguir apresentaremos a discussão e análise dos dados provenientes desta pesquisa.

5- A CONSTRUÇÃO DOS CÍRCULOS DE CULTURA E SUAS CATEGORIAS.

Neste capítulo, discutimos os resultados da pesquisa realizada junto aos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Vila Manaus. Assim, apresentamos as dinâmicas dos Círculos de Cultura onde foram debatidas as categorias gerais e as específicas que apresentamos a seguir:

5.1- Círculo de Cultura: discutindo a categoria geral Saúde.

O Círculo de Cultura em que discutimos a categoria geral saúde ocorreu no dia 20 de abril de 2011, às 19 horas e 45 minutos. Este Círculo de Cultura contou com a presença de 08 conselheiros, com a duração de 43 minutos e 44 segundos. O objetivo deste Círculo foi compreender o entendimento dos conselheiros sobre a temática saúde. Não utilizamos materiais com conceitos pré-estabelecidos sobre saúde, pois o foco da sistemática freireana é captar os temas geradores a partir do entendimento dos sujeitos (BARRETO, 2004). A discussão da temática saúde é de relevância para atuação dos conselheiros, tendo em vista que a maneira como os mesmos compreendem saúde irá nortear suas práticas em busca de melhorias ou não para o controle social, participação popular e possível *empowerment*. Neste sentido, a categoria geral saúde foi a discussão disparadora para utilização da dinâmica dos Círculos de Cultura.

Neste Círculo de Cultura utilizamos o recurso áudio visual de um aparelho Data Show, onde foram projetadas as seguintes perguntas, separadamente: **O que é saúde? O que é ter saúde? Quais os fatores que interferem em nossa saúde?** Além das perguntas, foram projetadas imagens reais do bairro, apontando para alguns fatores que interferem na saúde como: esgoto a céu aberto, alagamentos, substâncias químicas ilícitas, falta de pavimentação e desigualdade social. Entendemos que as imagens a seguir foram de suma importância, pois facilitaram a expressão dos conselheiros sobre as questões da pesquisa.



Ilustração 8 - Esgoto a céu aberto à esquerda / esgoto drenado à direita.

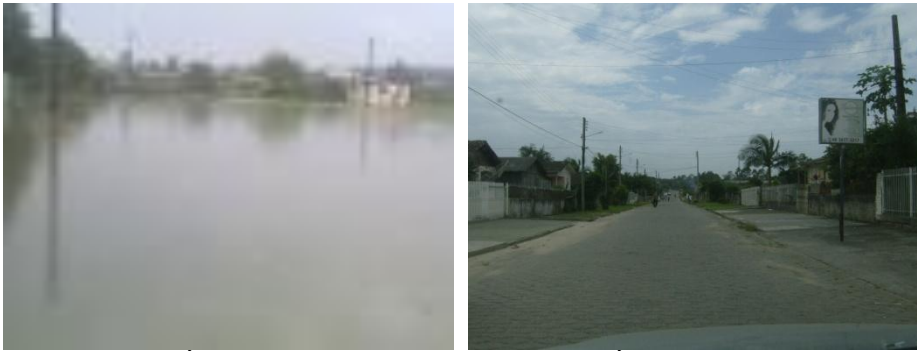


Ilustração 9 – Área com alagamento à esquerda / Área com boa drenagem de água à direita.



Ilustração 10 – Rua pavimentada à esquerda / Rua sem pavimentação à direita.



Ilustração 11 – Substâncias químicas ilícitas, imagem captada da internet.

Além da utilização de imagem ser parte integrante da proposta inicial de Freire nos anos 1950 na alfabetização de adultos, Barreto (2004) destaca sobre a proposta freireana que,

Havia muita coisa nova na alfabetização que Paulo Freire propunha. Uma destas novidades era o uso de recurso audiovisual. Um epidiascópio, aparelho capaz de projetar imagens impressas em papel, foi levado para a sala de alfabetização do “Poço da Panela” onde servia para projetar imagens de desenhos e palavras relativos aos assuntos tratados. Naquela época, os audiovisuais começavam a ser usados na educação e a eles se creditava o poder de influenciar positivamente nos processos de aprendizagem. (BARRETO, 2004, p. 86).

Com os avanços tecnológicos no campo educacional, em nosso período epocal, os educadores que trabalham com educação popular contam com mais recursos didáticos e o data show é um instrumento para facilitar o processo de aprendizagem dos educandos, o que, nesta pesquisa, demonstrou ser eficaz e fundamental para os sujeitos se localizarem dentro de suas realidades concretas onde tecem a vida.

A partir deste momento, apresentamos a discussão das categorias específicas formuladas a partir da discussão da categoria geral saúde. Para melhor visualização das categorias específicas, formulamos o quadro abaixo:

Quadro 6 – Sub-categorias específicas da categoria “saúde”:
Um conjunto de saneamento básico.
Prevenção.
Ter boa alimentação.
Corpo e mente saudável.
Ausência de doenças.
Estar de bem com a vida.

Fonte: Dados do pesquisador.

Perante a exposição das categorias específicas do estudo, passaremos à apresentação e discussão de cada uma delas individualmente, pois desta forma entendemos ficar melhor o entendimento e a visualização do leitor. Lembrando que os dados foram classificados em categorias conforme estipuladas por Gomes (2003), visto no item deste trabalho em que se fala na metodologia.

Reforçando, a necessidade de investigar o entendimento dos Conselheiros Locais de Saúde sobre a temática saúde fez-se necessária, pois o seu entendimento está intimamente ligado à forma como atuam em suas práticas diárias no papel de conselheiros. Outro fato que justificou essa discussão fundou-se em nosso entendimento de que, para que os conselheiros estejam empoderados devem ter, no mínimo, uma breve socialização do que seja saúde. Neste sentido, após discussão da categoria geral saúde, os conselheiros apontaram para a saúde como:

5.1.1 - Um conjunto de saneamento básico.

Nesta categoria específica, os conselheiros apontam para os fatores condicionantes e determinantes da saúde, em especial para **o saneamento básico**, conforme elucida a fala abaixo.

“Não é só o não estar bem, envolve um conjunto de saneamento básico [...]” [CLSI]

Percebe-se na fala anterior uma aproximação com a legislação brasileira no que tange sobre a saúde. Conforme estabelece o Art. 3º da Lei nº 8080 de 19 setembro de 1990, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes,

Art. 3.º [...], entre outros, a alimentação, a moradia, **o saneamento básico**, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, grifos nossos).

O apontamento aos determinantes e condicionantes de saúde leva-nos suscitar um olhar para além das questões específicas da dimensão corporal, o que fortalece o modo de atuação dos conselheiros, uma vez que a dimensão a ser perseguida não é somente a busca de fármacos e exames para manutenção da saúde, prática que acontece rotineiramente nos espaços de saúde. (SIPRIANO, 2005).

Pensar em saneamento básico é também olhar para questões ligadas ao meio ambiente e à coletividade, tendo em vista que a falta do mesmo traz vários problemas sociais que afetam diretamente a saúde das pessoas dentro de uma comunidade, como aponta o conselheiro:

[...] o lixo, esgoto, tudo isso é saúde. Porque se, embora eu estou bom, graças a Deus, eu não sinto muita coisa, um pouquinho o corpo dói, mais tudo bem, isso é a idade. Mais eu penso no vizinho também, que nem agora, há pouco tempo encheu, trancou a boca de lobo lá de casa, lá da rua, e encheu e a água foi parar lá dentro de casa. Então eu penso que não fui só eu quem fui atingido, mais três vizinhos, quatro vizinhos, isso também faz parte de saúde. E quem passa na rua pra lá e pra [cá] com água pelo joelho, também pode ser que foi atingido por causa do xixi do rato, porque ali existe muito rato, tem uns vizinhos ali que são bastante afetados por ratos na casa, entende? Então tudo isso é saúde. [CLS VI].

Em pesquisa realizada por Grisotti e Patrício (2006) com conselheiros de saúde, o saneamento básico e a coletividade também foram citados pelos sujeitos da pesquisa como um dos fatores relacionados à saúde, como mostra a fala abaixo:

A saúde é qualidade de vida; a doença é social; falta de consciência coletiva sobre suas condições de saúde; as pessoas pensam ainda em saúde como ausência de doenças e não como direito à qualidade de vida e de ser feliz; desinformação; não conhecimento de seu corpo e de suas reações; falta de saneamento básico e de alimentação. (GRISOTTI e PATRÍCIO, 2006, p. 97).

Talvez o que tenha contribuído para a indicação do saneamento básico como sinônimo de saúde seja a projeção das ilustrações 8 e 9 que o pesquisador apresentava com o auxílio do Data Show e estimulava os conselheiros a indagarem sobre o que eles percebiam nas mesmas.

Essas imagens que são fotografias reais da área geográfica do bairro, enfocam um local com esgoto a céu aberto e outro com esgoto drenado; quando foram projetadas, alguns conselheiros recordaram do processo histórico da construção da rede de drenagem do “esgoto” e de alguns episódios tristes, conforme as falas:

“O Manaus das antigas...” [CLS I].

“Esse ai é o Manaus de 20 anos atrás” [CLS III].

“Tem uma questão que eu posso responder, da drenagem, isso ali eu participei ativamente dia a dia. Quando foi feito o projeto, de drenagem do esgoto a céu aberto, não existia nenhuma casa em volta, tanto é que ali onde são aquelas casas, foi mais de 120 caminhões de terra para poder chegar no nível. Era só pirita. A

partir do momento em que foi feito, aí sim [se refere à canalização de esgoto]. Depois de feito, as pessoas não tinham onde morar, começaram a erguer suas casinhas através de lonas, e fizeram suas casinhas. Aí sim, eu concordo que não teve um acompanhamento administrativo para localizar certinho como deveria. Quer dizer, o valo ainda existia. Eu fui morar bem do lado, e vivi essa situação; como não teve um acompanhamento administrativo, a população foi para cima: ‘nós vamos asfaltar, vamos limpar, aterrar e ficar bom para morar’. E está na situação que está ali ó.” [CLS III].

Percebe-se na última fala do CLS III, o poder de mobilização dos moradores da Vila Manaus na época da canalização, em reivindicar o saneamento básico e, por outro lado, a denúncia da falta de um planejamento administrativo na construção da rede de drenagem de esgoto, o que nos parece apontar essas lutas para o *empowerment* comunitário estabelecido por Carvalho (2004). Outro fato relatado que nos chamou atenção foi o afogamento de uma criança no córrego, que a levou a óbito, como enfoca a fala:

“Alguém tem noção por que foi feito essa coisa feia aí? Ninguém tem noção? Porque nós víamos nossas crianças, no dia a dia, no verão dentro do rio brincando, e eu fui um que tirei uma criança morta, inclusive, aí de dentro”. [CLS III].

Nota-se, na fala dos sujeitos, o descontentamento dos mesmos com a estética do local, e a indignação com a morte de uma criança, o que mais uma vez demonstra o espírito coletivo dos conselheiros no que tange às questões sociais e de saúde.

Outra questão que parece estar implícita nas falas é a importância da prevenção, pois canalizar o córrego significa prevenir doença e até morte, no caso. Nesse sentido, a seguir enfocamos outra categoria específica, intitulada “saúde é prevenção”.

5.1.2 - Saúde é Prevenção.

Outra forma que os conselheiros percebem a saúde é como prevenção, conforme indica a fala.

“Prevenção” [CLS II].

Nesta categoria específica, percebemos uma aproximação com a Política Nacional da Atenção Básica, que tem como foco a promoção, prevenção e proteção e reabilitação na saúde, o que indica, talvez, as práticas pertinentes à Estratégia da Saúde da Família, com a qual os conselheiros de saúde têm uma íntima relação e serve como principal porta de entrada aos serviços de saúde dos usuários a nível local.

Atualmente, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), caracteriza a atenção básica por

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As recomendações da portaria nº 2.488 apontam para que as pessoas tenham autonomia em seu processo de cuidar da saúde, o que nos parece vir ao encontro da proposta dos círculos de cultura, que tem como uma de suas dimensões a autonomia dos sujeitos.

Percebe-se que a prevenção foi destacada pelos mesmos não como algo provindo de alguém, mas como de co-responsabilidade dos próprios sujeitos, o que entendemos ser um fator positivo dentro dos avanços do Sistema Único de Saúde com a criação da ESF, conforme elucida a fala abaixo, contanto que este pensamento não esvazie a responsabilidade do setor público de promover ações para a prevenção:

“Nós devemos nos cuidar, prevenir”. [CLS III].

A percepção dos conselheiros sobre saúde parece ter forte associação à prevenção, conforme apresentamos a seguir em outra categoria específica.

5.1.3 - Ter boa alimentação.

Nessa categoria específica os conselheiros destacam fatores alimentares como forma de ter saúde, o que podemos interpretar como uma forma de prevenção de agravos à saúde, o que fortalece o entendimento dos conselheiros de saúde com foco na prevenção.

A fala abaixo traz o pensamento de um dos conselheiros, que apontou uma boa alimentação como um fator que contribui com a saúde:

“Boa alimentação contribui para a saúde” [CLS VII].

Apesar de concordarmos que uma boa alimentação é importante para a manutenção da saúde e é um dos determinantes da mesma, cabe uma reflexão sobre a educação em saúde ofertada pelos profissionais de saúde nas ESF, que pode ter influência no pensamento dos conselheiros. A educação em saúde prestada pelos profissionais de saúde muitas vezes se pauta na transmissão de informes sobre hábitos de vida saudável, como os alimentares e de higiene, não arraigando em suas práticas a educação para o controle social, o que fragiliza o processo de *empowerment* dos conselheiros, e parte majoritariamente do saber especializado dos profissionais. (SMEKE & OLIVEIRA, 2001, VASCONCELOS, 2001).

Em pesquisa realizada sobre a forma de educação em saúde desenvolvida pelos profissionais da atenção básica, Meyer et, al (2006, p. 1336-7), destacam que:

A lógica que se persegue é a da busca de meios mais eficazes para dar conta de objetivos que continuam circunscritos ao universo da higienização e normatização dos comportamentos, como se uma consideração ampliada de sua determinação pudesse gerar uma forma, também ampliada, de prevenção de riscos e adesão a comportamentos saudáveis ainda definidos e legitimados, em primeira instância, pelo conhecimento técnico-científico. Continua-se, pois, buscando enriquecer estratégias didáticas tecnicamente informadas, pelas “necessidades de saúde” reconhecidas no âmbito das ciências médicas.

A discussão desta subcategoria nos parece indicar que há muito que percorrer para a prestação de uma educação em saúde empoderadora pelos

profissionais, uma vez que o um dos locais onde os sujeitos buscam saber sobre a saúde são as ESF.

5.1.4 - Corpo e mente saudável.

Outra forma de perceber a saúde pelos sujeitos do estudo foi a correlação do corpo e mente saudável, o que nos reporta ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como um completo bem estar físico, mental e social. Como indica a fala:

“Estar com o corpo e a mente saudável” [CLS IV].

Em artigo de revisão bibliográfica, realizado por Segre e Ferraz (1997), em que discute sobre o conceito de saúde, o mesmo faz críticas ao conceito estipulado pela OMS:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, *irreal, ultrapassada e unilateral*. (SEGRE e FERRAZ, 1997, p. 539).

Concordamos com a crítica do autor sobre o conceito de saúde elaborado pela OMS, principalmente sobre o aspecto da irrealidade, pois com o advento da globalização e do avanço do capitalismo na modernidade, quem teria um completo bem estar físico, mental e social? Pensar saúde sobre esse prisma é, no mínimo, ter a visão de paraíso celestial, o que podemos dizer de certa forma, é ter uma visão mágica de saúde, o que, no sentido freireano, impede que as pessoas compreendam a sua realidade concreta, principalmente entendendo os fatores que as oprimem. (FREIRE, 2001). O conselheiro acima não fez referência a um completo bem estar do corpo e da mente, mas uma vez que este conceito da OMS se popularizou, pode advir daí esta compreensão.

5.1.5 - Ausência de doenças.

Outra categoria específica que emergiu da discussão da categoria geral saúde foi a saúde como ausência de doenças. Conforme a fala abaixo:

“Não estar doente”. [CLS V].

O entendimento de saúde como ausência de doenças pelos conselheiros não nos traz nenhum estranhamento, pois o modelo de saúde que vivenciamos ainda está pautado no curativismo, que tem como foco a cura de doenças após seu estabelecimento. Talvez esse pensamento se justifique pelo fato das pessoas geralmente irem até os serviços de saúde na busca da tão almejada requisição de exames e de fármacos. (CECILIO, 1997).

Essa forma de entendimento provinda do modelo biologicista e unidirecional, que está voltado meramente a questões do corpo biológico, como as doenças de ordem orgânica, é um dos nós críticos para construção de vínculo entre profissionais e população, o que fragiliza a construção do *empowerment* entre ambos. (STOTZ, 2007).

5.1.6 - Estar de bem com a vida.

Uma última categoria específica que emergiu da discussão com os conselheiros sobre saúde foi estar de bem com a vida, que nos parece não ter ligação com alguma teorização, mas cabe aqui ser enfocada, tendo em vista que os Círculos de Cultura, mais do que uma sistemática de coleta de dados nessa pesquisa, foi locus de dar voz e vez aos conselheiros. Vejam as falas:

“Estar de bem com a vida”. [CLS III e CLS VI]

Não podemos, a partir das falas acima, dizer o que seria estar de bem com a vida, pois entendemos que depende do ponto de vista de cada sujeito, perpassando pelas questões subjetivas que envolvem o viver de cada indivíduo dentro de sua individualidade, que é englobada por várias facetas como: processos culturais, econômicos, psicológicos, espirituais, dentre outros. A fala abaixo traz

alguns dos elementos para a compreensão do que seria estar de bem com a vida na visão dos conselheiros:

“[...] é estar bem comigo mesmo no interior, com Deus, com a família e com a comunidade em si” [CLS III]

Percebemos neste Círculo de Cultura que os conselheiros se dividem em dois estilos de pensamento, o primeiro voltado para as questões preconizadas pela PNAB e o segundo grupo para o conceito da OMS e do modelo curativista.

Antes da finalização deste Círculo de Cultura, as imagens abaixo foram apresentadas com intuito de preparar os sujeitos para o próximo Círculo de Cultura, onde discutimos a categoria geral Programa Saúde da Família – PSF, que apresentaremos a seguir.



Ilustração 12 – À esquerda imagem da ESF do bairro / À direita imagem captada da internet demonstrando uma reunião entre população e profissionais.

5.2 - Círculo de Cultura: discutindo a categoria Programa Saúde da Família.

O Círculo de Cultura onde discutimos a categoria geral PSF ocorreu no dia 29 de abril de 2011, às 19 horas e 39 minutos, com a duração de 33 minutos e 11 segundos e estiveram presentes 09 conselheiros. O objetivo foi discutir a categoria geral PSF, visando resgatar o entendimento dos participantes sobre o mesmo e focar a importância do intercâmbio entre os conselheiros e os profissionais do PSF. Como já dissemos em nota anteriormente, foi utilizada a sigla PSF em vez de ESF, pois os sujeitos tinham no seu dia a dia o contato com a

mesma. Para realização desse Círculo utilizamos folhas A3, onde imprimimos as seguintes questões: **O que é o Programa Saúde da Família? Para que serve o PSF? Quem faz parte do PSF? A população participa do PSF?** Além das questões impressas nas folhas A3, imprimimos a imagem da UBS (Parte esquerda da Ilustração 18, acima colocada e Ilustração 19, na próxima página) objetivando a visualização dos conselheiros das iniciais PSF que fica em frente à UBS. O fato de utilizarmos folhas A3 para sistematização da discussão se justifica, pois não contamos nesse Círculo de Cultura com o recurso audiovisual de Data Show, pois a Universidade estava utilizando todos os aparelhos disponíveis.



Ilustração 13 – Logo que fica em frente à UBS com a descrição da sigla PSF.

Apresentamos abaixo o quadro das categorias específicas provenientes da categoria geral Programa Saúde da Família e posterior discussão das mesmas:

Quadro 7 - Categorias específicas da categoria geral Programa Saúde da Família.

Programa que trabalha com a família proporcionando prevenção de doenças.

Uma troca: a comunidade com as doenças e o PSF tentando encontrar solução.

Programa completo para trabalhar todo o problema.

Programa pensado conforme a realidade da comunidade

É um programa lindo maravilhoso na conversa, mas na prática é tudo errado.

Fonte: Dados do pesquisador.

5.2.1 - Programa que trabalha com a família proporcionando prevenção de doenças.

Nesta categoria específica os conselheiros apontam o PSF como um programa que trabalha na prevenção de doenças da família e comunidade, partido esse entendimento da comparação do PSF com outros serviços de saúde, como elucida a fala do conselheiro:

“É um programa, no meu ponto de vista, que trabalha mais com a prevenção. Vem o diferencial de outras unidades que tentam resolver o problema quando ele já está existente. O Programa Saúde da Família trabalha mais com a família, proporcionando a prevenção. Mas acho que o objetivo, no meu ponto de vista, o objetivo diferencial do PSF para uma unidade regional, para os outros postinhos, é que é mais isso, trabalha com a comunidade a prevenção da doença, para que ela não aconteça, para tentar evitar, no meu ponto de vista”. [CLS V].

Na fala do CLS, podemos registrar uma forte aproximação com os princípios da ESF preconizados pela atual Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que, dentre eles, enfoca a ESF como local de atuação na prevenção de agravos à saúde, além da promoção, proteção e reabilitação da comunidade. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Destacamos que apesar dessa aproximação com os indicativos da portaria ministerial, que entendemos ser teoricamente bem elaborada e não seguir o modelo curativista e fragmentador do sujeito, existe grande predomínio, na fala do CLS V, do entendimento do PSF como um local que somente faz a prevenção de doenças. Não que esse quesito não seja importante para a vida das pessoas, mas não são citadas pelo mesmo questões como a participação popular e o controle social, o que entendemos fragilizar o processo de empoderamento dos conselheiros.

Cabe aqui um questionamento: será que as práticas do PSF local estão somente voltadas para a prevenção ou mesmo cura de doenças e por isso a fala do CLS traz essa dimensão? Talvez, para responder essa questão seja necessária outra pesquisa, mas a próxima categoria específica parece assim apontar.

5.2.2 - Uma troca: a comunidade com as doenças e o PSF tentando encontrar solução.

Essa categoria específica evidencia que talvez a prática do PSF local esteja vinculada a ações de cura de doenças já existentes, não a prevenção como também deveria, o que conota o PSF como um local de troca, onde a comunidade traz suas doenças e os profissionais a busca da solução. O que nos indica que o PSF não vem cumprindo seu papel político, apenas técnico, conforme a fala:

“Tipo assim, tem o posto ali dentro com os funcionários capacitados para estar prestando atendimento, mas se não tiver a comunidade para usufruir desse atendimento, não funcionaria o PSF. Então, é uma troca. A comunidade com as doenças, com os problemas, e o PSF tentando encontrar a solução”. [CLS II].

Essa forma de conceber o PSF nos parece muito restritiva em relação às ações preconizadas pela PNAB, o que, de certa forma, mais uma vez demonstra que o modelo curativista ainda se faz dominante. E talvez a fala dos conselheiros se justifique, pois o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais do PSF pode estar pautado em práticas curativistas e atividades educativas centradas em hábitos de higiene e no atendimento exercido majoritariamente pelo profissional médico. Desta forma, o PSF não se torna um local para fomento da participação popular e controle social (ANDRADE BARRETO, BEZERRA, 2006).

Isso indica que nós, que acreditamos na educação popular libertadora e empoderadora, temos que nos empenhar ainda muito para que o idealizado no SUS seja concretizado, e que a participação popular através do PSF seja realmente consubstanciada no controle social.

5.2.3 – Programa completo para trabalhar todo o problema.

Nesta categoria específica, apesar dos conselheiros locais de saúde apontarem o PSF como um programa completo, e que faz o atendimento a toda a família através de uma equipe composta por diversos profissionais, e citarem os programas educativos a portadores de doenças crônicas como a hipertensão, permanece forte a ideia do PSF como local exclusivo para o tratamento de doenças,

reforçando a teoria do modelo curativista, que persegue o atendimento especializado e individualizado conforme destaca a fala do conselheiro a seguir:

“Seria que ali, pensa-se assim que é uma unidade onde a família toda poderia ter o atendimento, desde o dentista, o clínico, e o especialista sei lá, o ginecologista, e trabalhando em cima disso, lá atrás, com aqueles programas... hipertenso. Enfim, um programa completo, para trabalhar todo o problema.” [CLS V].

Além da permanência da ideia do PSF como lócus de prevenção ou cura de doenças, percebe-se certo grau de dificuldade de entendimento por parte do CLS de que quais seriam os profissionais do PSF, pois dentro desta proposta não existe um médico especialista em outra área que não em saúde da família ou medicina comunitária. Segundo o Ministério da Saúde, uma equipe de saúde da família deve ser composta por:

[...] no mínimo: um (01) Médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, um (01) Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um (1) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e de seis (06) a doze (12) Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A falta de conhecimento por parte dos CLS pode trazer dificuldades na sua atuação como conselheiros de saúde, no sentido de que, se os mesmos não sabem ao certo quais os profissionais que ali devem atuar segundo a proposta do PSF, como irão reivindicar junto às autoridades quando alguns deles não compuserem o quadro profissional? Além desse fato, podemos dizer que, segundo o entendimento deste conselheiro, o PSF é um programa completo não por atender o sujeito dentro de sua complexidade da vida, mas por tratar dos problemas relacionados às doenças, seja na prevenção como na reabilitação. Aqui há a desinformação quanto o que compete ao nível de atenção básica em saúde e o que compete aos outros dois níveis, de maior complexidade, faltando então, o entendimento da lógica da própria política de saúde, elaborada para que a atenção básica seja a porta de entrada ao sistema de saúde, desafogando os demais níveis e aumentando o poder de resolutividade no atendimento de todo o sistema

5.2.4 - Programa pensado conforme a realidade da comunidade.

A categoria específica emergida da discussão a ser problematizada traz pela primeira vez elementos que englobam a participação da comunidade, mesmo que seja no sentido de participação indireta, conforme elucida a fala do conselheiro:

“É um programa pensado conforme a realidade da comunidade. E através das agentes comunitárias, elas sabem, eu acredito que parte dali a programação, porque elas têm a essência”. [CLS I].

Nessa categoria específica o CLS destaca uma das premissas do PSF, que é realizar suas ações conforme a demanda da comunidade, destacando os (as) Agentes Comunitários(as) de Saúde como os (as) responsáveis por trazer as demandas da população para serem pensadas e resolvidas junto aos demais profissionais. Essa forma de entender e valorizar o trabalho das ACS dá indício que esse profissionais são os que mantêm maior contato com a população em geral essa premissa se fortalece no sentido que no processo de realização dos Círculos de Cultura, os únicos representantes dos profissionais de saúde no Conselho Local de Saúde são duas agentes de saúde.

Concordamos com o CLS que as ACS têm – ou deveriam ter - a essência da programação, uma vez que suas atribuições, segundo o Ministério da Saúde são,

[...] os ACS contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Apesar do conselheiro apontar o PSF como um programa pensado conforme a realidade da comunidade, nos parece que quem pensa as ações de saúde são somente os profissionais de saúde, ficando nesse contexto a população de fora do processo de discussão, não se caracterizando como co-autores do processo. Esta situação nos parece estar ligada com o que Freire chama de dependência emocional na relação opressor e oprimido (no caso profissionais e comunidade), segundo a qual o oprimido vê o seu opressor como detentor do saber, e ele próprio pensa nada saber. (FREIRE, 2005).

5.2.5 - É um programa lindo maravilhoso na conversa, mas na prática é tudo errado.

Nesta categoria específica, os conselheiros tecem críticas ao PSF, no sentido de focar que na teoria está bem estruturado e formulado, mas na dimensão prática não se efetiva, conforme destacou um dos conselheiros:

“A teoria é bonita, é muito bonita, e a prática a gente vê que não é isso. Aí tem lance legal que, tipo assim, o que as agentes comunitárias fazem, que é bem interessante essa coisa da visita, de estar lá na casa. Eu lembro que quando eu ganhei a minha filha eu fiquei esperando um tempão elas chegarem, porque eu lembro quando a fulana ganhou neném todo mundo lá do postinho veio ver, eu fiquei esperando e não apareceu ninguém [se refere quando teve bebê], a minha menina já está com cinco anos.” [CLS V].

Percebe-se, na fala da conselheira, o descontentamento pela falta de efetividade e resolubilidade do PSF quando traz em sua fala o depoimento pessoal que não recebeu visita domiciliar puerperal por parte dos profissionais do PSF. Isso indica que existem problemas a serem repensados no PSF. Mas, por outro lado, essa forma de entender o PSF pode ser positiva, analisando-se dialeticamente, pois se os conselheiros sabem como funciona na teoria fica mais fácil planejar e dialogar sobre as ações de saúde junto aos profissionais do PSF e cumprir seus papéis como conselheiros locais de saúde

Os conselheiros demonstraram ter conhecimento das preconizações iniciais do PSF quando foram implantados no cenário brasileiro, que preconizava que os profissionais fossem moradores da comunidade onde o PSF estivesse instalado, estando esses disponíveis para realizar atendimento a população. Mas essa premissa não se efetivou totalmente, uma vez que dos profissionais que compõem o PSF, é exigido residir no bairro de localização do PSF somente os Agentes Comunitários de Saúde.

Os conselheiros também parecem ter passado por momento de discussão com autoridades políticas locais, com quem discutiram sobre a temática saúde, conforme elucidada a fala abaixo:

“O real do PSF, quando a gente foi com o Acélio [Acélio Casagrande, ex-Secretário de Desenvolvimento Regional e ex-

secretário de saúde do município de Criciúma] em Brasília, tivemos a oportunidade de participar de um monte de coisa, é assim: médico mora na comunidade, a enfermeira tem que estar aqui para ver pressão final de semana, é um programa assim, lindo, maravilhoso, mas só na conversa, na prática é tudo errado.” [CLS VIII].

O desencantamento por parte dos conselheiros com o atual desenvolvimento do PSF no que se refere a sua efetividade prática é gritante, o que deve estar ligado ao fato dos mesmos terem participado da implantação do PSF no bairro, relatando que uma vez já funcionou próximo do idealizado, trazendo depoimentos de um bom relacionamento e interação com os profissionais e comunidade, conforme as falas:

“No início assim, quando o PSF veio pra cá, na época da enfermeira X, e tantos outros, a gente via que o diferencial da nossa Unidade aqui era tão grande em relação aos outros, justamente por que... assim ô... a enfermeira naquela época, nossa, ela estava tão presente, ela não morava aqui, mas ela era tão da comunidade quanto nós. Atuante, no horário de almoço ela estava um dia na casa de um e um dia na casa de outro, eles realmente interagiram com a comunidade. E aí tínhamos os técnicos, que eram todos da comunidade, então a gente via que era um programa que realmente funcionava. Porque tu conheces o problema, tu conheces a realidade da tua comunidade, acho que fica mais fácil pra ti poderes trabalhar. Às vezes até um não que tu dizes, mais tu estás dizendo um não para o teu vizinho, tu dizes um não de forma gentil, com jeitinho. E era bem legal, assim era bem interessante, e não acontece mais isso hoje”. [CLS V].

Percebe-se na fala do conselheiro que existia – ao menos se pensava existir - uma grande interação entre os profissionais e a comunidade; talvez essa percepção da falta da interação profissional e comunidade atualmente possa ser um ponto positivo para uma aproximação com os profissionais, uma vez que isso é destacado como ponto que fragiliza a efetividade do PSF. Quando questionado como está o funcionamento do PSF atualmente, um dos conselheiros relata que:

“Ah, não está funcionando, já da discussão que a gente teve na reunião passada, a respeito do horário do médico, ele é contratado para trabalhar oito horas e fica quatro horas, falha. E

aí a enfermeira, que era para estar fazendo as visitas na casa, estar fazendo todo aquele acompanhamento, fica trancada numa sala dando assistência para os acadêmicos. E deixa a comunidade de fora, o agente comunitário, que é para estar lá visitando e trazendo os problemas, e ir em busca das soluções, está em casa sei lá eu fazendo o quê, segundo o nosso colega. E assim uma falhinha aqui e outra ali, meu filho, vira o PSF da Vila Manaus.” [CLS III].

Nesta fala é citado que os profissionais do PSF deixam a comunidade de fora, o que entendemos ser um ponto a ser repensado pelos conselheiros e profissionais no sentido de se aproximarem, pois, como destacado anteriormente, os profissionais que estão atuando como conselheiros são somente duas ACS. Entendemos que esse distanciamento não contribui para o fortalecimento da participação popular e a conquista do controle social, fragilizando assim o processo de empoderamento dos conselheiros, uma vez que os profissionais de saúde são identificados como fomentadores do controle social e participação popular, segundo autores como: Crevelim & Peduzzi (2005), Campos & Wendhausen (2007).

Também pode-se levantar a questão que a percepção expressa por este conselheiro provavelmente não coincide com a percepção dos profissionais de saúde da UBS, os quais, provavelmente, têm suas próprias explicações para os fenômenos apontados. Esta possível discrepância recoloca a necessidade de proximidade entre profissionais e conselho.

Constatamos, na discussão dessas categorias específicas, que o PSF, na visão dos conselheiros, tem lacunas a serem superadas para se tornar um espaço para o fomento do controle social e participação popular e que existe um distanciamento tangencial entre profissionais e comunidade, o que pode contribuir para a falta de efetividade no funcionamento do PSF e do *empowerment* dos conselheiros.

A seguir iremos discutir as categorias específicas participação popular e controle social.

5.3 - Círculo de Cultura: discutindo as categorias Participação Popular e Controle Social.

A discussão deste Círculo de Cultura ocorreu no dia 06 de maio de 2011, teve a duração de 43 minutos e 36 segundos e contou com a participação de 07

conselheiros de saúde. O objetivo deste encontro foi compreender o entendimento dos CLS sobre a participação popular e o controle social, o que ocorreu, a exemplo dos demais Círculos, a partir da discussão destas categorias. Optamos por discutir as duas categorias em um único momento, pois compreendemos que facilitaria o entendimento por parte dos conselheiros, dado o seu entrelaçamento, e não correríamos o risco de os conselheiros compreenderem essas categorias como coisas distintas. Foi utilizado nesse encontro o recurso audiovisual de um aparelho Data Show, onde projetamos imagens dos próprios sujeitos e algumas captadas via internet, as quais apresentamos a seguir:



Ilustração 14 – Reunião entre os próprios conselheiros



Ilustração 15 – Imagem captada da internet ilustrando uma reunião das lideranças municipais de Criciúma.



Ilustração 16 – Imagem captada da internet, ilustrando uma reunião entre profissionais e população.



Ilustração 17 - Imagem captada da internet, ilustrando uma conferência de saúde.

Entendemos que a utilização destas imagens contribuiu para a formulação das ideias por parte dos conselheiros, pois ao elencarmos as categorias específicas deste Círculo, as mesmas parecem ter uma intervinculação com as imagens projetadas. Além da utilização das imagens, foram projetadas as seguintes questões visando nortear a discussão proposta: **O que é participação popular? Através de que espaços a população participa na área da saúde? Para quê a participação popular na área da saúde? O que é controle social?**

Após discussão e sistematização dos dados referentes a este Círculo de Cultura, emergiram as categorias provenientes da discussão Participação Popular e Controle Social, que apresentamos no quadro abaixo:

Quadro 8 - Categorias específicas das categorias gerais, participação popular e controle social.
É discutir com as pessoas para encontrar resposta aos problemas da comunidade
Fiscalização da comunidade junto ao conselho de saúde.
Controle sobre o trabalho dos profissionais
Ter direito de brigar pelo que eu tenho direito
Controle social, eu nem faço ideia.

Fonte: Dados do pesquisador.

5.3.1 - É discutir com as pessoas para encontrar resposta aos problemas da comunidade.

Esta categoria específica traz o entendimento dos conselheiros sobre o que vem a ser a participação popular, em que os mesmos apontam a participação popular como um grupo de diversos segmentos sociais que se reúnem para discutir e buscar respostas dos problemas da comunidade, junto à administração pública, conforme elucida a fala do conselheiro abaixo:

“É pegar, em minha opinião assim, arranjar todas as pessoas, como diz E.D., tanto de grupo de jovens, como o de igreja e tudo e, como é que eu vou dizer... e discutir. Buscar lá na administração, no caso da prefeitura, respostas para os problemas que se têm numa comunidade”. [CLS VIII].

A fala do conselheiro indica que existe certa compreensão de que a participação popular serve, além de outras coisas, para buscar soluções para os problemas da comunidade. Por outro lado, não vê o próprio conselho local de saúde como um espaço reivindicatório popular, ou seja, o mesmo parece não ter ligação como um espaço participativo, havendo a necessidade de reunir outras pessoas, extra-conselho, para busca de melhorias.

Entendemos que essa atitude de agregar outras lideranças, na essência, parte de um princípio democrático, mas nos dá a ideia que o foco não é a discussão entre os agentes da comunidade e sim fazer volume de pessoas para fortalecer a cobrança junto às autoridades, com se fosse uma espécie de pressão, que também se faz necessário em alguns momentos específicos. O que nos preocupa nesse entendimento é que os conselheiros não parecem se sentir representantes da comunidade, através do conselho local de saúde, e nesse sentido, o *empowerment* que se faz é o psicológico, no qual as pessoas são agrupadas e alvos de determinadas atividades, sem discutir as necessidades de transformação do meio e de condições sociais de existência. (CARVALHO, 2004a).

Outro fato que nos chama atenção é que os conselheiros não citaram a participação popular como uma garantia legal instituída, o que pode estar relacionado com a falta de conhecimento das leis da saúde, o que, de certa forma, prejudica o processo de *empowerment*, uma vez que saber as bases legais do SUS é um passo para poder dialogar com os técnicos (no caso, os da administração), que, muitas vezes, como dizem Wendhausen & Caponi (2002), se colocam como os detentores do saber devido sua escolaridade.

5.3.2 - Fiscalização da comunidade junto ao conselho de saúde.

Os conselheiros de saúde, nessa categoria específica, identificaram o Conselho Local de Saúde como um espaço de exercício do controle social enfocando a fiscalização e o controle junto ao poder público, no sentido de controlar o atendimento e as questões que tangem à saúde, conforme elucida a fala abaixo:

***“[...] controle social seria a fiscalização, digamos, da comunidade junto ao conselho de saúde, ou o conselho de saúde junto ao poder público fiscalizando, controlando. Controlando nosso atendimento, controlando a nossa saúde.”
[CLS V].***

Essa forma de entendimento parece ser propositiva para o processo de *empowerment*, uma vez que o controle social, como foi focado pelos conselheiros, seria o controle social destacado como o controle da sociedade sobre o Estado, o que fortalece a ação dos conselheiros, uma vez que não é o controle do Estado

sobre a sociedade, o que restringiria a atuação dos conselheiros a meros espectadores. (CORREIA, 2005).

A fiscalização destacada pelos conselheiros, dentro dos quesitos legais, é uma das atribuições dos conselhos de saúde, conforme destaca a Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes para implantação dos conselhos destacando que,

[...] os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.4-5).

A dimensão resgatada pelos conselheiros de saúde, nessa categoria, parece nos dar pista que existe um processo de apropriação da legislação da saúde no que diz respeito ao controle social e participação popular diferenciado entre os membros do conselho, o que pode estar vinculado ao grau de escolaridade, pois o conselheiro que expôs a fala anterior possui ensino superior incompleto, e parece ter maior facilidade de se apropriar de informações sobre a legislação da saúde.

Mas por outro lado, existem conselheiros que possuem grau de escolaridade inferior, que entendem o conselho como somente controlar o trabalho dos profissionais, como uma briga individual, e outros nem fazem ideia do que seja, conforme apresentaremos nas próximas categorias.

5.3.3 - Controle sobre o trabalho dos profissionais.

Nesta categoria específica, o controle social aparece como forma de fiscalização dos conselheiros sobre o trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, conforme indicam as falas a seguir:

“[...] nós temos que estar controlando, que não temos médica, sei lá, controlando as agentes comunitárias, que levam uma consulta às duas horas, e não voltam mais para o postinho e assim vai”. [CLS VIII].

A forma como esse conselheiro concebe o controle social parece indicar que a fiscalização não está voltada para controle dos insumos materiais e recursos financeiros da saúde, mas sim para punir os profissionais da ESF. Essa forma de ver

o controle social é prejudicial para o processo de criação de vínculo com os profissionais da UBS, assim como para o fortalecimento do Conselho Local de Saúde, uma vez que uma ação fiscalizadora com esse foco pode trazer conflitos entre comunidade e população, além de inviabilizar a ação dialógica que faz parte do processo de conscientização, na ótica freireana.

Esse mesmo conselheiro aponta o controle social além da fiscalização dos profissionais da ESF, como a fiscalização do trabalho da agente social, conforme a fala:

“Ficar de olho no trabalho que a assistente social faz, nos remédios que ela dá, nas fraldas...” [CLS VIII].

Essa forma de se expressar demonstra o distanciamento que existe entre os profissionais da ESF com o conselho, pois citar um profissional que não é do quadro de funcionários da ESF nos dá a ideia que o conselheiro não conhece os profissionais que ali trabalham. Ou, por outro lado, pode ter associado à palavra social do controle social com a assistência social, e ter formulado esse raciocínio.

5.3.4 - Ter direito de brigar pelo que eu tenho direito.

Nesta categoria específica o controle social apareceu como um briga individual, na conquista ao acesso à saúde e seus bens de consumo como medicação, consulta médica e exames, e até mesmo informação, conforme elucida a fala:

“Eu acho que controle social é tu sabes o que tens, vamos supor assim, eu vou ali na Unidade fazer o controle do que acontece, do que não acontece, do que eu tenho direito, do que eu não tenho, esse eu acho que é o controle. Vamos supor, eu tenho direito em especialistas, eu tenho direito de remédio, eu tenho direito das coisas, exames, e eu posso brigar porque eu tenho direito, eu acho que isso deve ser controle social”. [CLS IX].

Esse entendimento de controle social como forma individual, de lutar para ter acesso a bens de consumo de saúde, pode estar relacionado com a dificuldade de acesso aos mesmos por parte dos próprios conselheiros. E, por outro lado, não podemos negar que é um reflexo da sociedade capitalista em que vivemos, onde o

culto ao consumo de mercadorias se faz. Por outro lado, esta visão reafirma a constituição federal no tocante a direitos de cidadania.

5.3.5 - Controle social, eu nem faço ideia.

Nesta categoria específica, os conselheiros relaram não terem ideia do que é o controle social, ou que sabiam e se esqueceram, conforme as falas abaixo:

“Eu nem faço ideia” [CLS X].

“Eu sabia, mas esqueci”. [CLS I].

Talvez essa falta de conhecimento esteja relacionada ao fato dos dois conselheiros que se manifestaram estarem fazendo parte pela primeira vez do Conselho Local de Saúde. Nesse sentido, a discussão dos Círculos de Cultura pode ter contribuído com o aprendizado dos mesmos, uma vez que outros conselheiros tinham noção do que seria o controle social.

Outra reflexão que podemos fazer deste Círculo de Cultura mediante as categorias específicas formuladas é que os CLS apresentam deficiências em sua compreensão sobre temas centrais para sua atuação, como já destacado no referencial teórico, mas que cabe aqui lembrá-las como: falta de entendimento de seus papéis; poucos cursos de capacitação; predomínio da visão biologicista de saúde; desarticulação entre usuários e profissionais, etc. (LOPES, MACHADO e GRILLO, 2005; OLIVEIRA, SOUZA e RIBEIRO, 2005; BRAVO, 2005).

A seguir, apresentamos as categorias específicas, elaboradas a partir da categoria geral Conselho Local de Saúde.

5.4 - Círculo de Cultura: discutindo a categoria Conselho Local de Saúde.

O Círculo de Cultura em que discutimos a categoria geral Conselho Local de Saúde ocorreu no dia 13 de maio de 2011 e teve a duração de 1 hora e 5 minutos e estiveram presentes 11 conselheiros de saúde. O objetivo deste foi compreender o que os participantes entendiam sobre o Conselho Local de Saúde, a partir da discussão coletiva desta temática.

Utilizamos nesse Círculo de Cultura como recurso didático impressões em folha A3 das imagens abaixo, visando facilitar a compreensão da temática e localizar os conselheiros dentro de suas realidades, no sentido de compreenderem a importância de interagirem com os profissionais da Unidade de Saúde.



Ilustração 18 – Unidade de Saúde com quem os conselheiros se relacionam.



Ilustração 19 – Cena de uma discussão entre os próprios conselheiros.

Além da impressão das imagens em folhas A3, foram impressas as seguintes questões, que nortearam a discussão: **O que é o Conselho Local de Saúde? Para que serve o Conselho Local de Saúde? Quais os papéis dos Conselheiros Locais de Saúde? Quem faz parte da composição dos Conselhos? Para que serve as reuniões do Conselho Local de Saúde? Existe um local que deve ser registrado o que foi discutido nas reuniões? Se sim, por que e onde? Junto a quem ou órgãos públicos, o conselho de saúde deve buscar solução para os problemas de saúde da comunidade?**

Após análise categórica dos dados provenientes da discussão da categoria geral Conselho Local de Saúde, formulamos as categorias específicas que seguem apresentadas no quadro 09, e posteriormente iniciamos a discussão de cada categoria.

Quadro 9 - Quadro Categorias específicas, da categoria geral Conselho Local de Saúde.

Grupo de pessoas que se unem para melhorar o que acham que está errado.

Local de fiscalização em busca de melhorias comuns.

Espaço de trocas de ideias entre Unidade de Saúde e Comunidade.

Fonte: Dados do pesquisador.

5.4.1 - Grupo de pessoas que se unem para melhorar o que acham que está errado.

Nesta categoria específica os conselheiros reportam-se ao Conselho Local de Saúde como um espaço em que um grupo de pessoas se reúne para melhorar o que está errado, conforme transcreve a fala do conselheiro:

[...] “é um grupo de pessoas que se unem para, juntas, formar um conceito para melhorar o que acham que está errado, é meu modo de pensar. Não apenas para criticar o que é certo ou que está errado, mas buscar novas fórmulas para melhorar ainda mais o que está sendo feito”. [CLS XI]

A fala do conselheiro traz a ideia de coletividade e organização da comunidade na busca de soluções de seus problemas, se aproximando do conceito de empoderamento comunitário, discutido pelos autores do referencial teórico deste estudo como: (VALLA, 1998, CORTES, 2002, WENDHAUSEN, 2002, CARVALHO, 2004a/b).

Carvalho (2004,) localiza Paulo Freire como um dos percussores da temática empoderamento no cenário brasileiro, como já apontado em outra etapa deste trabalho. Freire, por sua vez, dentro deste estudo, é o principal alicerce teórico que enreda a pesquisa. A fala do conselheiro parece apontar para as bases do pensamento freireano, uma vez que o mesmo visualiza o conselho como um espaço de discussão coletiva, e a iniciativa deve partir da coletividade, não de um único sujeito. Dentro desta lógica coletiva apontada pelo conselheiro podemos dizer que existe uma proximidade com a legislação brasileira no que diz respeito ao papel dos conselheiros, que dentre eles, é destacado na Resolução nº 333 de 04 de novembro

de 2003: “implementar a mobilização contínua da sociedade em defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS” (BRASIL, 2003).

Neste sentido, entender o conselho de saúde como um grupo de pessoas em busca de melhorias, como destacado na fala do conselheiro, não deixa de ser uma forma de estar defendendo os princípios constitucionais.

5.4.2 - Local de fiscalização em busca de melhorias comuns.

Outra forma de entendimento dos conselheiros de saúde sobre o Conselho Local de Saúde nessa categoria específica é como lócus de fiscalização para melhorias comuns, sendo essa fiscalização apontada como pacífica, sem restringir ou prejudicar ninguém, conforme demonstra a fala:

“[...] fiscalizar mais de uma forma, que não agrida ninguém, que não prejudica ninguém. Que seja para o bem comum, que haja melhorias”. [CLS I].

Essa forma de compreender o conselho se aproxima com o preconizado pela legislação brasileira no que diz respeito à fiscalização, que é uma das principais formas de efetuar o controle social na saúde, principalmente sobre os recursos financeiros, além de ser uma forma de combate à corrupção e fortalecimento da cidadania. (BRASIL, CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2008).

Outra análise que fizemos mediante o relato do conselheiro de saúde é o fato do conselheiro apontar o conselho local de saúde como espaço de fiscalização para o bem comum, isso indica que a fiscalização, nesse caso, não se restringe a mera fiscalização de instituições governamentais e não governamentais, apesar de também ter sua importância. (DORNELLES, 2001). Aqui a fiscalização parece ser algo que perpassa por uma pactuação coletiva e dialógica no intuito de solucionar os problemas que afetam a coletividade.

5.4.3 - Espaço de trocas de ideias entre Unidade de Saúde e Comunidade.

Essa última categoria específica foi a que pudemos observar com mais nitidez as “conseqüências” dos Círculos de Cultura, no sentido de que, quando iniciamos a pesquisa, os conselheiros não associavam os profissionais do PSF como membros integrantes do conselho e sujeitos com quem poderiam dialogar para trocar ideias. Os profissionais de saúde nem ao menos faziam parte do conselho, fato que se alterou durante a pesquisa, mediante o convite do grupo à unidade de saúde para que participasse do mesmo, o que ocorreu com a participação de duas agentes comunitárias de saúde neste Círculo que está sendo descrito. Nesse sentido, esta categoria pode ser compreendida como a Unidade de Saúde sendo “eles” e a comunidade sendo “nós”, o próprio conselho, até a entrada das profissionais de saúde.

O que percebemos por parte dos conselheiros, na maioria das vezes, durante as discussões nos círculos de cultura, foram críticas aos profissionais do PSF e um distanciamento tangencial entre ambos. Sendo que nessa categoria específica os mesmos apontaram o conselho local de saúde como um espaço de trocas de ideias, almejando chegar a um objetivo comum para melhorias na comunidade e para, juntos, levarem ideias ao Conselho Municipal de Saúde, conforme a fala a seguir:

“[...] o conselho, ele se torna um espaço onde a gente vai trocar ideias, unidade de saúde e comunidade, e tentar chegar num objetivo único, comum e melhor para a comunidade. Acho que esse espaço que existe para essa troca de ideias, isso é o conselho. E através do conselho que a gente tem esse contato mais próximo com o Conselho Municipal, para estar levando as ideias e fazendo essa troca de conhecimentos, de informações.”
[CLS III].

Entendemos que o fato dos conselheiros associarem os conselhos de saúde como espaço de troca de ideias e conhecimento para o bem comunitário, aponta o espaço do conselho como lócus de aprendizagem e, participar desses fóruns de discussão, consideramos como um processo de *empowerment*, de criação de forças, de valorização das diferenças e reconhecimento da própria organização local. (KLEBA, COMERLATTO E COLLISELLI, 2007).

Na discussão desde Círculo de Cultura pudemos perceber que os conselheiros entendem o lócus circunscrito do Conselho de Saúde como espaço coletivo de troca de saberes, e de atuação para a melhoria das condições de saúde da comunidade, através da fiscalização pacífica no sentido de dialogar sem opressão a terceiros. Percebe-se na fala dos conselheiros o entendimento de que para que se efetive a atuação do conselho é necessário uma intervinculação do conselho e Unidade de Saúde. Essa forma de entender a possibilidade de diálogo no conselho, nos parece, contribui para o processo de apropriação de conhecimentos e para a busca do inédito viável do sentido freireano, de conduzir o conselho de forma mais democrática e com fé no poder de fazer e refazer dos homens.

A seguir, discutiremos os dados provenientes do último Círculo de Cultura, que se trata de uma entrevista coletiva na qual procuramos investigar a percepção dos conselheiros sobre os círculos. E também, o item abaixo, procuramos investigar os limites e as possibilidades mediante a totalidade dos dados, ou seja, de todos os círculos de cultura realizado.

5.5 - A percepção dos conselheiros sobre os Círculos de Cultura e a compreensão dos limites e as possibilidades de *empowerment*.

Este item tem por proposição discutir os dados advindos da entrevista coletiva realizada com os participantes no dia 20 de maio de 2011; esse momento teve a duração de 23 minutos e 51 segundos e contou com a presença de 08 conselheiros. Destacamos que desta discussão não emergiram categorias específicas, pois entendemos que ela trata da totalidade do processo de abstração dos próprios Círculos de Cultura, no sentido de compreendermos os limites e as possibilidades dos mesmos para o *empowerment* dos conselheiros. Para realização desta entrevista utilizamos, como já relatado no caminho metodológico, um roteiro norteador (conforme Apêndice 03), onde elaboramos as seguintes questões norteadoras: **O que significou os Círculos de Cultura para vocês? Como vocês avaliam os momentos dos Círculos de Cultura? Vocês sentiram que tiveram voz e vez nos Círculos de Cultura? Os Círculos de Cultura e os assuntos nele**

discutidos possibilitaram pensar em seus papéis enquanto Conselheiro Local de Saúde?

Mediante a apresentação sistemática da entrevista coletiva passaremos a discutir os dados advindos da mesma.

Ao questionarmos os sujeitos do estudo sobre o que significou os momentos dos Círculos de Cultura, alguns conselheiros fizeram alusão aos círculos como momentos de troca de conhecimento, informações e experiência entre si, como indicam as falas abaixo:

“Para mim, em minha opinião, boa, no sentido que a gente aprendeu um monte de coisa. Coisa que a gente imaginava que sabia e discutindo a gente viu que, na verdade, a gente não tinha esse conhecimento, e essa troca de conhecimento foi bem interessante”. [CLS V]

“Conhecimento, também. A gente interagiu entre a gente e trocou informação, experiência, [...]” [CLS I].

As falas dos conselheiros se aproximam do pensamento filosófico educacional de Freire, no sentido dos sujeitos se localizarem como seres de relação com outros seres e, através do diálogo, construir novos saberes através de um intercâmbio entre homem e mundo. O fato dos conselheiros entenderem os Círculos de Cultura como um espaço de troca de conhecimento, informação e experiência nos credencia a compreender que a dinâmica efetuada possibilitou *o diálogo, o que pode ser um dos caminhos para o empowerment* dos conselheiros, uma vez que nesse espaço o que se persegue é a ação dialógica que permite aos homens ter o direito de dizer a sua palavra. (FREIRE, 2005).

Outro aspecto mencionado pelos conselheiros sobre os Círculos de Cultura é a percepção do mesmo como espaço onde se pode saber o que é certo e o que é errado, no sentido, de ter captado as informações necessárias de uma pessoa com conhecimento especializado, para se conseguir o que almeja, sem, contudo, utilizar de práticas sectárias, ou a “pau e ferro”, como aponta a fala do conselheiro abaixo:

“Saber o que é certo e o que é errado, sempre conversando e dialogando pra conseguir as coisas, e não indo direto “a pau e ferro” como diz o E.D. Porque chegar de paulada a gente não consegue nada, mas dialogando, conversando”. [CLS VIII].

O que chama atenção na fala deste conselheiro é o fato do mesmo, nos primeiros Círculos de Cultura, apontar a resolução dos problemas através da imposição punitiva sobre os profissionais de saúde, e resolver as questões mediante pressão e cobranças sectárias, **“a base do pau e ferro”**. Talvez essa mudança de percepção do conselheiro esteja ligada ao poder do diálogo que permeou a dinâmica dos Círculos de Cultura, onde o homem, ao pronunciar o mundo, na pronúncia que vê o outro fazer, refaz sua própria pronúncia. É este processo que confere ao homem a possibilidade de ser mais, de realizar, então, sua vocação ontológica. (FREIRE, 2005).

No entanto, também podemos levantar outra possibilidade, expressa no entendimento do conselheiro de que **“sempre conversando e dialogando pra conseguir as coisas”**. Então, o diálogo não seria aqui o mesmo diálogo estabelecido por Freire, uma vez que ele seria apenas um meio para se conseguir as coisas, no sentido de barganha, de uma forma mais fácil, sem oferecer resistência que uma postura “a base do pau e ferro” elicia.

Os conselheiros localizam os Círculos de Cultura ainda como instância que os possibilitou aprenderem onde ir buscar soluções de seus problemas, como nos parece na fala abaixo:

“É, foi bom porque a gente aprendeu bastante coisa, e sabe onde ir agora, como fazer através do nosso Círculo. Se a gente não participasse, a gente não aprenderia. Foi bom, conversando a gente chegou em muitos lugares e em certas coisas que a gente queria saber, foi bom”. [CLS X].

Podemos perceber, através desta fala, que os Círculos de Cultura abarcam em seu aspecto filosófico a dimensão de localizar os sujeitos na busca de sua completude, pois o fato do conselheiro relatar que se não tivesse participado dos círculos não aprenderia, isso indica que novos saberes por ele foram abstraídos.

É claro que esse saber advindo dos círculos pode ficar em nível de mera informação, sem que transforme o sujeito, mas, por outro prisma, pode contribuir para o ser mais no sentido freireano. Freire entende o homem como um ser inconcluso e essa característica dos seres humanos os tornam seres em busca de sua completude, pois o ser humano, à medida em que transforma o mundo, não só muda o mundo, mas a si mesmo. Para Freire, “onde há vida existe sempre o inacabamento, mas somente entre homens e mulheres o inacabamento se tornou consciente”. (FREIRE, 2001. p. 41).

Os conselheiros avaliaram os Círculos de Cultura como uma experiência inédita, relatando que já faziam círculos e não sabiam. Ainda indicaram que a utilização do aparelho data show e os materiais utilizados foi positiva, se sentindo satisfeitos com a maneira de condução, ao ponto de que se fosse feita alguma mudança “estragaria”, com indica a fala:

“Pra gente, assim, foi uma experiência inédita, assim a gente já participava dos círculos sem saber que era o círculo na verdade, e foi dado o nome aos encontros que a gente já costumava fazer. O interessante assim, o data show, a presença de vocês com material e com o conhecimento de vocês passando para gente. Tudo assim só conta de forma positiva, se mudasse acho que estragaria”. [CLS V].

Outra dimensão captada da fala do CLS V são resquícios da educação bancária, pois, quando o conselheiro relata que passamos conhecimento para eles, nos dá a ideia de transmissão, onde existe aquele que sabe depositando naquele que pensa nada saber (FREIRE, 2005).

E isto nos alerta no sentido de termos claro o que nós próprios fizemos. Os círculos realizados tiveram mais o intuito de compreender a lógica dos conselheiros sobre determinados pontos, que consideramos cruciais para sua prática enquanto conselheiros de saúde, e apostamos que o encontro destes sujeitos mediatizados pelo mundo possibilitaria uma re-ad-miração do mundo, o que, de fato, pelas falas dos sujeitos, parece ter ocorrido. Mas nossa própria intervenção foi reduzida, atuamos no sentido de fazer emergir sua visão de mundo, compreendida como podendo ser re-feita em comunhão naqueles momentos. Nossa intervenção foi um misto de fazer emergir e pontuar alguns aspectos importantes

das categorias gerais elencadas, no sentido de esclarecimentos, às vezes, e outras vezes colocando novos elementos para discussão. Mas foram apenas 4 Círculos desenvolvidos, e com temáticas diferentes, o que nos coloca o limite de nossa atuação para fazer com que estes Círculos tivessem sido, efetivamente, mediações para uma efetiva conscientização.

E, cremos, quando os conselheiros dizem que eles já faziam Círculos de Cultura, embora não o soubessem, fica para nós uma contradição, a que não temos elementos para uma confirmação neste momento: os círculos freireanos implicam em uma metodologia que dificilmente estes sujeitos dominam, nos indicando que não eram propriamente Círculos de Cultura o que eles realizavam, e o que pode indicar que aquilo que nós fizemos também não foi propriamente Círculo de Cultura rigorosamente no sentido freireano. O que ocorreu foram momentos de comunhão de sujeitos ao admirarem o mundo, e isto ocasionou sua re-admiração. Porém, o pesquisador não entrevistou de maneira pontual para que se pudesse levar a cabo o processo de conscientização, o que não poderia ocorrer no espaço de quatro Círculos apenas, e com assuntos diferenciados. Temos clareza de que o realizado foi uma aproximação aos Círculos, não o processo todo em si. Mas que ocasionou uma nova admiração do mundo por parte deles e também nossa.

Outra forma de avaliação dos Círculos de Cultura que os conselheiros desenvolveram foi comparando a eles as oficinas de capacitação realizadas por um grupo de pesquisadores da UNESCO, através de um projeto de extensão, no qual fomos voluntários. Pelo relato dos conselheiros, parece-nos que os momentos das oficinas não eram agradáveis e os mesmos não tinham muito espaço para dizerem suas palavras, como indica a fala:

“Uma coisa assim que a gente ouvia, que a gente dizia, vai ter oficina, o pessoal da Universidade vem hoje, muitos assim diziam: ai, meu Deus, que abuso, lembra que a gente ouviu isso M.A? Falavam ai que não sei o quê, só vão lá falar, falar [...]. Mas gente, assim, são assuntos bem diferentes, uma coisa é a gente saber a ação que tem que ter, mas tem que andar com o conhecimento independente de idade se tu estudaste ou não estudaste, independente”. [CLS I].

Diante da fala do conselheiro, parece que o mesmo localiza os Círculos como espaços que propiciam o diálogo e não algo colocado de forma verticalizada, como talvez a palavra oficina induz, ao menos antes de iniciado seu processo, o que podemos perceber na fala de um conselheiro ao dar seu depoimento sobre a ideia que fazia das oficinas: **“[...] eu pensava que oficina era ir lá, era para arrumar carro, eu não pensava que era para sentar e conversar, eu pensava que era para trabalhar”.** [CLS X].

Enquanto participante do projeto que desenvolveu as oficinas – como já explicado na Metodologia, como forma de inserção no campo de pesquisa - podemos, enquanto pesquisador, fazer uma análise comparativa destas com a dinâmica dos Círculos de Cultura. Neste sentido, os Círculos parecem ter sido espaços dialógicos e as oficinas se centraram mais na transmissão de informes. Contudo, não podemos afirmar que os Círculos de Cultura foram momentos empoderadores, mas que o real *empowerment* desse conselho somente o tempo e suas histórias poderão nos confirmar.

Um dos conselheiros, ao fazer a avaliação dos círculos, sugeriu que os mesmos deveriam continuar, isso indica que esse momento foi significativamente positivo para os conselheiros, como se percebe na fala:

“Até uma pena que vai parar porque deveria continuar, não digo toda sexta, mas de vez em quando a gente fazer. Pra gente ter encontro de vez em quando, para discutir”. [CLS X].

Outro aspecto a considerar sobre os círculos, mediante a fala do conselheiro, é o poder de construção de vínculo que o mesmo possibilita, uma vez que sem a construção do vínculo entre educador e educando o processo de conscientização não é efetivado, dentro da pedagogia libertadora freireana.

Um dos conselheiros, ao avaliar os Círculos de Cultura, recorreu à avaliação aritmética, dando o valor numérico máximo para os encontros, conforme a fala:

“Por exemplo, se eu fosse dar nota de 1 a 10, eu daria 10. Por que daria 10? Eu nem sabia que existia isso aqui, e aqui eu aprendi muita coisa que eu não sabia que existia. Se fosse para “quebrar o pau” eu quebrava, mas sem saber se eu tinha razão

ou se tinha direito ou não tinha, eu aprendi coisas aqui”. [CLS IX].

Percebe-se que o valor numérico estipulado pelo conselheiro está relacionado ao fato da aprendizagem que os Círculos de Cultura lhe propiciaram, o que podemos dizer que, para esse conselheiro, o Círculo de Cultura foi um legitimador para continuar “quebrando o pau”, na medida em que agora faz com conhecimento de causa, advindo, podemos dizer, “do pessoal da universidade”. Isto sinaliza que não houve uma mudança de lógica neste conselheiro neste aspecto, o que houve foi a incorporação do opressor nele.

Na oportunidade da entrevista coletiva, investigamos se os momentos dos Círculos de Cultura permitiram aos sujeitos terem voz e vez no processo de discussão, os quais apontaram unanimemente que sim, conforme as falas abaixo:

“Sim, sem dúvida”. [CLS X].

“Todo mundo trocou, todo mundo falou alguma coisinha, trocamos informação”. [CLS I].

“Com certeza, com certeza”. [CLS VIII].

“Todo mundo falou alguma coisinha de vez em quando” [CLS V].

Essa avaliação dos conselheiros confirma uma das intenções desse estudo, de que os Círculos de Cultura sejam um espaço que permita que todos os conselheiros tenha voz e vez no processo de discussão.

Quando questionados sobre as discussões dos temas geradores propostos, Saúde, Programa Saúde da Família, Participação Popular, Controle Social e Conselho Local de Saúde, se esses temas vieram a contribuir com suas atuações enquanto conselheiros, os mesmos relataram que:

“Com certeza”. [CLS I].

“Ah, com certeza, e não só pensar como agir, a gente se organizou diferente”. [CLS X].

“Como agir, portanto que, assim, a visão que a gente tem hoje, eu digo, o nosso conselho vai ser bem diferente. Eu tenho bastante fé, e acredito que vai ser bem diferente o jeito que

vamos conduzir. A gente via o conselho de um jeito e hoje vemos de outro". [CLS I].

As falas dos CLS X e I trazem o que significou os Círculos de Cultura para os mesmos, no sentido de seus depoimentos apontarem que houve mudanças na forma de se organizarem e agir. Ainda parecem ter criado grandes expectativas para o andamento futuro do conselho local de saúde, o que podemos dizer que essa motivação do conselheiro pode vir a contribuir para o empoderamento de seus membros.

Após a discussão e análise da entrevista coletiva, apresentaremos a seguir as considerações finais e as recomendações da pesquisa.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A participação popular e o controle social através dos Conselhos de Saúde são grandes conquistas históricas do povo brasileiro, após várias batalhas travadas nos diversos setores que englobam a saúde e a democracia. Neste sentido, estudar essas temáticas foi um privilégio para o pesquisador, pois, discutir sobre essa abordagem com os Conselheiros Locais de Saúde é uma forma de contribuir e dar continuidade às conquistas históricas preconizadas pelo SUS.

Iniciamos essa pesquisa por acreditarmos em uma educação popular em saúde que leve em conta o saber do outro e o seu poder de fazer e refazer o mundo, assim fazendo a sua própria história e a história do mundo. Olhar para o outro sob esse prisma nos encaminhou à procura de uma proposta educacional que permitisse aos conselheiros terem voz e vez, encontrada essa dinamicidade nos Círculos de Cultura freireanos.

Os Círculos de Cultura na presente pesquisa, mais do que um instrumento de coleta de dados, demonstraram ser espaços que permitem aos sujeitos terem voz e vez no processo de discussão das questões problematizadas, permitindo o diálogo e esse pode ser um dos caminhos para o *empowerment* dos conselheiros.

Os Círculos de Cultura serviram ainda de escopo para superarmos o desafio de realizar uma discussão teórica, conciliando o campo científico da saúde e o da educação popular. Isto porque a problemática do estudo pretendeu aproximar essas duas áreas científicas, sendo que no eixo da saúde apontamos para a falta de efetividade na atuação dos Conselheiros Locais de Saúde no que tange ao cumprimento de seus papéis, principalmente no que diz respeito à participação popular e ao controle social.

Ainda dentro do processo problematizador do estudo, agora inclinando o eixo teórico ao campo da educação popular, direcionamos nosso foco para o modelo de educação popular em saúde, que faz o enfrentamento ao modelo majoritário de educação em saúde, pautado em ações com foco biologicista e unidirecional, onde o saber do sujeito não é levado em consideração. Estando este modelo presente nos espaços onde acontecem os encontros entre conselheiros e profissionais de saúde, o que dificulta o *empowerment* dos Conselheiros Locais de Saúde.

Diante da concreticidade da problemática aqui lembrada, a proposição do estudo, de compreender os limites e as possibilidades de *empowerment* do Conselho Local de Saúde, a partir da discussão nos Círculos de Cultura freireanos, nos levou a querer entender como os Conselheiros Locais de Saúde percebem as temáticas: **Saúde, Programa Saúde da Família, Participação Popular, Controle Social e Conselho Local de Saúde.**

Assim, os sujeitos do estudo percebem **saúde** a partir de quatro pontos distintos: primeiro, associam a saúde à **prevenção, enfocando o saneamento básico e uma boa alimentação** como sinônimos de saúde, se aproximando da PNAB; o segundo ponto ao qual os conselheiros correlacionam a saúde é **estar com o corpo e a mente saudáveis**, o que entendemos poder estar associado ao conceito da OMS que se popularizou; o terceiro ponto destacado é a saúde como **ausência de doenças**, o que correlacionamos ao modelo de saúde biologicista, que se faz atualmente hegemônico nos espaços de saúde brasileiro; o quarto ponto destacado enfoca saúde como sinônimo de **estar de bem com a vida**, fato que não associamos a nenhuma discussão teórica.

A temática **Programa Saúde da Família – PSF** foi percebida pelos conselheiros sob três prismas: o primeiro voltado para o modelo de saúde biologicista, entendendo o mesmo como um programa **que trabalha com toda a família, proporcionando prevenção de doenças**; ainda dentro deste prisma biologicista enfocaram mais duas concepções, sendo elas: o PSF como **uma troca onde a comunidade traz as doenças e o PSF tentando encontrar solução** e a última, **um programa completo para trabalhar todo o problema relacionado à parte corporal**. O segundo prisma destacado nesta temática se refere ao PSF como **um programa pensado conforme a realidade da comunidade**, no sentido dos profissionais pensarem em uma programação e a executarem, sem um diálogo prévio com a comunidade. O terceiro e último prisma desta temática aponta o PSF como **um programa lindo, maravilhoso na conversa e na prática é tudo errado**, percebendo-se a desilusão e insatisfação com o PSF. De modo geral, podemos dizer que o PSF é visto pelos conselheiros em seu aspecto técnico e não político, o que nos coloca a questão sobre o papel efetivo que o PSF cumpre na comunidade.

Na discussão das temáticas **participação popular e controle social** ficou evidente que os conselheiros associam a participação popular a **um processo de discussão entre as pessoas para encontrar resposta aos problemas da**

comunidade; essa forma de entendimento nos parece estar ligada a um pensamento coletivo, o que indica e pode dar pista ao *empowerment* comunitário. Já o controle social é percebido pelos conselheiros de três formas: primeiro, os que associam o mesmo à **fiscalização da comunidade junto ao conselho de saúde e ao controle do trabalho dos profissionais**; a segunda forma como **o direito de brigar pelo o que se tem direito**; e a terceira diz respeito aos conselheiros **que não sabem o que é o controle social**.

A última temática discutida nos Círculos de Cultura foi a do **Conselho Local de Saúde**, compreendido este pelos conselheiros, a partir de três eixos: primeiro, **como um grupo de pessoas que se unem para melhorar o que acham que está errado**; segundo, como um **local de fiscalização em busca de melhorias comuns** para a comunidade; e o terceiro como **espaço de trocas de ideias entre Unidade de Saúde e Comunidade**. Apesar de os sujeitos enfocarem o conselho como local de discussão, existe o distanciamento entre unidade de saúde e conselho, até então formado apenas pela comunidade, o que foi modificado no decorrer da pesquisa. Mas cabe uma trajetória neste sentido.

As discussões teóricas sobre essas temáticas e a entrevista coletiva desenvolvida nos possibilitaram compreender os limites e as possibilidades dos Círculos de Cultura, no sentido de realizarmos uma dinâmica que permitiu aos próprios conselheiros expressar seus entendimentos, falar de sua ad-miração do mundo e o re-ad-mirarem.

Nesse sentido, um dos limites percebidos na realização dos Círculos de Cultura diz respeito à delimitação do nível de consciência que os sujeitos encontravam-se, e qual nível se encontram após as dinâmicas, para um possível *empowerment*, já que o empoderamento depende de vários aspectos, inclusive do tempo. Assim, temos clareza que não serão em apenas quatro encontros que os conselheiros poderão concretizar a transformação de sua consciência ingênua, apresentada em alguns aspectos – para uma consciência crítica. E também temos clareza que nossa própria atuação nos círculos, se houvesse sua continuidade, poderia ser mais efetiva no levantamento de questionamentos possibilitadores de uma re-ad-miração do mundo, deles e do próprio pesquisador.

Por outro lado, na ótica freireana, a consciência crítica necessária para o que se está apontando aqui como empoderamento só se faz em experiências de dialogicidade. Para tanto, é necessária a horizontalidade no olhar ao outro,

respeitando-se seus saberes, os lugares de onde cada um fala e que mostram sua visão de mundo. É no embate destas visões que se vai construindo a consciência crítica, que leva ao que se conhece hoje por empoderamento, o que pareceu ter sido uma possibilidade nos Círculos de Cultura desenvolvidos.

Outro limite - que transcende os próprios Círculos de Cultura, e que diz respeito a questões vinculadas à concretização das políticas públicas de saúde - é a falta de efetividade no processo dialógico – seja no interior do próprio conselho de saúde, entre conselho e unidade de saúde, entre gestores e profissionais, entre profissionais entre si, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde -, além de resultar em problemas de ordem da administração dos recursos públicos, o que distancia as pessoas da construção de consensos paritários, prevalecendo assim, as decisões de um dos polos, geralmente o dos gestores e/ou dos técnicos. Neste sentido, as dinâmicas dos Círculos de Cultura podem dar abertura para questionar a forma como nós, profissionais e pesquisadores, lidamos, tanto com os demais profissionais de saúde, como com os usuários que atuam tanto nas unidades de saúde como nos espaços participativos do SUS, no sentido de vê-los como sujeitos capazes de efetivamente realizarem o controle social.

Os Círculos de Cultura parecem ser um espaço que possibilita aprender, estar com o outro e ver o outro como possuidor de um saber, o que é indispensável para a efetivação do controle social. Este seria o desafio de assumir nosso papel enquanto educadores populares e, ao mesmo tempo, de educandos dentro do espaço democrático do SUS. Ser educador popular implica em construir vínculo com a comunidade e, por outro lado, ser educando consiste em estar disposto a aprender com o outro que, muitas vezes, pensa que nada sabe.

Talvez dar voz e vez e valorizar o saber, tanto dos profissionais das unidades de saúde como dos usuários, seja a principal possibilidade dos Círculos de Cultura, sendo o primeiro passo para uma educação em saúde pautada no “*empowerment*”.

Os objetivos propostos nessa pesquisa foram alcançados, mediante o caminho metodológico traçado. E o referencial teórico escolhido foi fundamental para a compreensão dos resultados. No entanto, podemos dizer que este estudo não se conclui, pois não tivemos a possibilidade de apreender a totalidade do eixo temático desta pesquisa, uma vez não termos voltado ao campo para averiguarmos como estes sujeitos estão se organizando no conselho de saúde. Neste sentido,

esse estudo está aberto para novos olhares, críticas, sugestões e, principalmente, disponível para aqueles que ousarem reinventá-lo.

6.1 Recomendações da Pesquisa.

A Pesquisa desenvolvida nos permitiu trilhar caminhos dentro das temáticas: conselhos locais de saúde, controle social, participação popular, programa saúde da família e questões que tangem à legislação brasileira a respeito da saúde. Além de possibilitar reflexões, ainda que não discutidas nesse estudo, sobre ensino, pesquisa e extensão. Dentro dessas vertentes indicamos as seguintes recomendações aos diversos espaços de construção de conhecimento e a alguns atores sociais:

- **Recomendações ao ensino nos cursos da saúde:** Diante da discussão teórica a partir de Freire, sugerimos que os cursos de graduação em saúde se apropriem do autor. Tendo em vista que geralmente a formação dos profissionais de saúde tem um viés tecnicista e biologicista, nesse sentido a educação libertadora de Freire pode ser um instrumento para a desvinculação desse viés tão presente nos profissionais técnicos.
- **Recomendações à pesquisa:** Que os pesquisadores se apropriem das dinâmicas dos Círculos de Cultura, que entendemos ser uma possibilidade de pesquisa participante, que estejam prontos e abertos para aprender com aqueles que pensam que pouco ou nada sabem, ousem, inventem e reinventem os Círculos de Cultura.
- **Recomendações à extensão:** Que os pesquisadores extensionistas estejam abertos para novas possibilidades de aprendizagem, como os Círculos de Cultura, e que se estabeleçam projetos que tenham continuidade e que a extensão seja uma forma de construir o empoderamento comunitário.
- **Recomendações aos conselheiros:** Que continuem com a garra em defesa de um Sistema Único de Saúde, mais justo, resolutivo e humano,

incorporando na dinamicidade dos conselhos a dialogicidade propiciadora de conscientização e de empoderamento.

- **Recomendações à gestão municipal:** Que fortaleça os Conselhos Locais de Saúde com projetos municipais que venham a incentivar a criação de novos conselhos locais de saúde, e que incluam esses como membros natos do Conselho Municipal.
- **Recomendações ao Ministério da Saúde:** Que acrescente os Conselhos Locais de Saúde nas legislações e resoluções de saúde, no sentido de fortalecer esses espaços populares, uma vez que nada encontramos de citação nas bases legais da saúde sobre os conselhos locais de saúde, a não ser citações relatando que é importante que sejam criados. Que efetivem legalmente esse espaço de base popular, adotando-o como projeto de política social para o fortalecimento do controle social e de participação popular.
- **Recomendações aos educadores em saúde:** Que os educadores em saúde se apropriem do referencial da educação popular como norteadora de suas práticas, pois diante da sociedade desigual e injusta em que vivemos, este referencial continua sendo uma ótima referência.
- **De nossa parte, como uma recomendação ao próprio pesquisador,** que efetivamente reitera sua prática na educação popular, cabe o compromisso de retorno ao conselho estudado, para compreender de que forma o mesmo está hoje organizado. E, claro, mais do que uma compreensão passiva, fica seu compromisso de efetuar uma compreensão ativa, seja em sua própria atuação, seja na continuidade das atividades de seu Grupo de Pesquisa.

Ao fim e ao cabo, finalizamos esse estudo com uma das célebres frases de Paulo Freire: ***"Educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que pouco sabem - por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais"***.

(Paulo Freire).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS et al, (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- ASSUMPÇÃO, Raiane (Org). **Educação popular na perspectiva Freiriana**. 3ª Serie Educação Popular. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **História da Educação e da Pedagogia: Geral e Brasil**. São Paulo. 3. ed. Moderna. 2006.
- BARRETO, Vera. **Paulo Freire para Educadores**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004.
- BARROS, Elizabeth. Prefácio. In.: CORREIA, C,V, Maria. **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 9-10.
- BOTERF, L, Guy. Pesquisa participante: Propostas e reflexões metodológicas. In BRANDÃO, R, Carlos (Org). **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- BRAVO, M,I,S. Os Conselhos de Saúde no Rio de Janeiro. In.: **Olho Mágico**. Centro de Ciências de Saúde, Universidade Estadual de Londrina, v. 1, n. 1 (set. 1994), Londrina: CCS/UEL/Rede UNIDA, 2005.
- BRANDÃO, Carlos, Rodrigues. **O que é educação**. 31. ed. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- _____. Círculo de Cultura. In: STRECK, R, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, J, Jaime (orgs). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. rer.amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. P. 69-70.
- _____. **O que é Método Paulo Freire**. 38. ed. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense 1981.
- _____. **Pensar a Prática: escritos de viagem e estudos sobre educação**. Coleção Educação Popular, nº1. São Paulo: Loyola, 1984.
- _____. (Org). **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- BRASIL, Controladoria Geral da União – CGU. **Olho vivo no dinheiro público: Controle Social: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. Brasília – DF, Controladoria Geral da União, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONSEMS. **O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios**. Brasília, Ministério da Saúde, ano 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União (DF); 2011outu 10; Seção 1:204. Disponível em <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>. Acesso em 30 de dezembro de 2011.

_____. **Portaria nº648, de 28 de março de 2006**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União (DF); 2006 mar 3; Seção 1:171.

_____. **Guia do Conselheiro: Curso de Capacitação de Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde**. Série F. Comunicação e Educação na Saúde. Brasília –DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002

_____. Congresso. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação popular da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Brasília, 1990.

_____. Congresso. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União, 2003, Brasília – DF, nº 236, p.57, Nov 2003. Seção I.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, A **Participação em Saúde: Concepções e Práticas de Trabalhadores de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família**. Texto & Contexto Enfermagem, abril/jun; 16 (2), p. 271-9, Florianópolis – SC, 2007.

CARVALHO, R, Sergio. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro., v. 9, n. 3, pp. 669-678, 2004b ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2010.

_____. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro. vol.20, n.4, pp. 1088-1095, 2004a ISSN 0102-311X. Disponível em www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/24.pdf. Acesso em 28 de abril de 2010.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p. 469-478, Jul./Set. 1997.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P, A, DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CONSELHO DE EDUCAÇÃO DE ADULTOS DA AMERICA LATINA. (Apresentação). Vigência e Perspectivas da Educação Popular na América Latina no Século XXI. In: PONTUAL, Pedro, IRELAND, Timothy. (organizadores). **Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas**. Brasília: Ministério da Educação:UNESCO, 2009. P 09-11.

CORREIA, C,V, Maria. **Desafios para o Controle Social:subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CORTES, Soraya, M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**. Porto Alegre. v. 4, n7, p. 18-49, jan./jun, 2002.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CREVELIM, A.M; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.10, n 2, p. 323-331, 000-000, 2005.

DA ROS, M.A, et al. A Estratégia Saúde da Família como Objetivo de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro. v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr, 2007.

DORNELLES, Soraia. **Tecnologia de participação popular em saúde: a experiência do Planalto Serrano**. 2001. 321 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FIGUEIREDO, A, Daniel. História da Educação Popular: Uma Leitura Crítica. In: ASSUMPÇÃO, Raiane (Org). **Educação Popular na Perspectiva Freiriana**. São Paulo: Intituto Paulo Freire, 2009. P. 55-74.

FIORI, M. Ernani. Aprender a dizer a sua palavra. In: FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 48 reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. P. 07 – 22.

FREIRE. Paulo. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro, 2001.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 48ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, Paulo; GUIMARÃES, Sérgio. **Sobre Educação (Diálogos)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

GADOTI, Moacir. **Para chegarmos lá juntos e em tempo: Caminhos e significados da educação Popular**. Texto escrito para o Grupo de Trabalho em Educação Popular da ANPED. Disponível em www.paulofreire.org/twiki/pub/Institu/SubInstitucional1203023491It003Ps002/Chegar_juntos_EJA_2001.pdf. Acesso em 03 de maio de 2010.

_____. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo Perspec.** [online]. 2000, vol.14 ,n.2, pp. 03-11. ISSN 0102-8839. Disponível em www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf. Acesso em 24 de maio de 2010.

GOMES, Romeu. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, C, S Maria (Org.) 22. ed. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis - RJ: Vozes, 2003. P. 67-80.

GRISOTTI, Márcia; PATRICÍO, M, Zuleica. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006. 159p.

GUADAGNIN, Mário Ricardo. **Territorialização e Refuncionalização da Vila Manaus (Criciúma- SC)**. 2001. 183 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HENRIQUES, L, F, C , TORRES, M, Michelangelo. Potencialidades do Círculo de Cultura na Educação Popular. In: ASSUMPÇÃO, Raiane (Org). **Educação popular na perspectiva Freiriana**. 3ª Serie Educação Popular. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009. P. 115 – 142.

HOLLIDAY, J, Oscar. Resignifiquemos as Propostas e Práticas de Educação Popular Perante os Desafios Históricos Contemporâneos. In: PONTUAL, Pedro, IRELAND, Timothy. (organizadores). **Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas**. Brasília: Ministério da Educação:UNESCO, 2009. P 233-240.

JUNIOR, P, Israel; TORRES, M, Michelangelo. Atualidade do Pensamento de Paulo Freire na Educação Popular. In: ASSUMPÇÃO, Raiane (Org). **Educação Popular na Perspectiva Freiriana**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009. P. 19-54

KLEBA, E, M; COMERLATTO, D; COLLISELLI, L. Promoção do Empoderamento com Conselhos Gestores de um Pólo de Educação Permanente em Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n 002, p.335-42, abril./junho, 2007.

LESSA, Sergio. **Mundo dos Homens: trabalho e ser social**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

LOPES, R.V; MACHADO, R.T; GRILLO, J.C. Controle Social: Análise preliminar da dinâmica de um Conselho Local de Saúde. In.: **Olho Mágico**. Centro de Ciências de Saúde, Universidade Estadual de Londrina, v. 1, n. 1 (set. 1994), Londrina: CCS/UEL/Rede UNIDA, 2005.

MACEDO, Donaldo; FREIRE, Paulo. **Alfabetização leitura do mundo leitura da palavra**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

MACHADO, C, Rita; PALUDO, Conceição. A Sistematização como um dos Métodos da Educação Popular. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL- ANPED-SUL, 3, 2010, Londrina. **Anais** (CD) Associação Nacional de Pesquisa em Educação –SUL. 2010 s/p.

MARX, K & ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. Traduzida do alemão por Rubens Enderle, Nélio Sheneider, Luciano Cavini Martorano. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

MINAYO, C, Maria. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec , 2010.

MOREIRA, Janine. Sobre “O Leitor”: uma reflexão a partir da liberdade existencialista e da educação libertadora. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL E FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 4, 7, 2010. Torres/RS. **Anais...** (homepage). Torres: Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2010. (17 páginas).

MOREIRA, Janine et.al. Educação Permanente em Saúde: a universidade como mediação para o empoderamento. In: CONGRESO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 7, 2010. Havana/Cuba. **Anais...** (CD). Havana: Universidad de La Habana, 2010. (10 páginas.).

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, C, S Maria (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2003. P. 51-66.

OLIVEIRA, M, A, M, Joseane; OLIVEIRA, M, C, Maria. **Educação em Saúde: Do Campanhismo ao Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuais-coautorais/eixo05/Joseane%20Maria%20Andrade%20Mouzinho%20de%20Oliveira%20e%20Maria%20Cecilia%20M.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2010.

OLIVEIRA, M.L.L; SOUZA, E.F; RIBEIRO, R.S. A Legitimação da Participação em Conselhos Locais de Saúde. In: **Olho Mágico**. Centro de Ciências de Saúde, Universidade Estadual de Londrina, v. 1, n. 1 (set. 1994), Londrina: CCS/UEL/Rede UNIDA, 2005.

ROZEMBREG, Brani, Comunicação e Participação em Saúde. In: CAMPOS et al, (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p . 741- 766.

SANTOS, Fátima Regina Reiser. **Concepções e Práticas de Participação dos Usuários Integrantes dos Conselhos Locais de Saúde**. 2005. 101f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

SEGRE, Marco; FERRAZ, C, Flávio. O conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, out. 1997.

SIPRIANO, Claudio Alex. **Metodologia da Assistência de Enfermagem sobre a Ótica do OTDP: Instrumento fundamental do processo de trabalho da enfermagem**. 2005. 121 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.

SMEKE, M,L,Elizabeth, OLIVEIRA, S,L, Nayara. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. P. 115-135.

STOTZ, Eduardo. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. P 46-57.

TEIXEIRA, Carla Costa. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, vol. 13, n. 3, p. 965-974, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/18.pdf>. Acesso em 03 de março de 2009.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, 1999 vol.15 (Sup 2), P. 7-14. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15s2/1283.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2010.

_____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 14 (sup.2), p. 7-18, 1998.

VASCONCELOS, M, Eymard. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. P. 18-29.

_____. O Paulo da Educação Popular. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. P 31.

VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org). Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: _____. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. P. 73-99.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.1, p.82-88, jan./mar. 2005.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. G. A. **Pesquisa qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. **Educar para transformar: Educação Popular, Igreja Católica e Políticas no Movimento de Educação de Base.** Rio de Janeiro: Vozes, 1984.

_____. **Educação Popular: metamorfoses e veredas.** São Paulo: Cortez, 2010.

WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde.** Itajaí: UNIVALI, 2002.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.

APÊNDICE 01- Formulário de Reconhecimento dos Participantes.



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO-PPGE
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO.**

FORMULÁRIO DE RECONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS

Nome: _____

Caracterização:

Sexo () feminino () masculino

Estado civil:

() casado () separado () divorciado () viúvo

() solteiro () união estável

Idade: _____

Escolaridade:

() Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto.

() Ensino médio completo () Ensino médio incompleto

() Ensino superior completo () Ensino superior incompleto

() outros _____

Qual segmento abaixo você representa no conselho de saúde de seu bairro?

() usuário – Você é representante de algum segmento, se sim qual? _____

() profissionais de saúde

() gestão pública

() outro, qual _____

Qual sua profissão? _____

APÊNDICE 02 – Diário de Campo formulado pelo pesquisador.

<p>DIÁRIO DE CAMPO</p> <p>EDUCAÇÃO POPULAR: O CÍRCULO DE CULTURA E A PERSPECTIVA DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE POSSIBILIDADES DE <i>EMPOWERMENT</i></p>

Atividade:	
Data:	Hora:
Local:	Observador:

ANOTAÇÕES

Elementos descritivos.	Elementos Reflexivos

APÊNDICE 03 – Roteiro Norteador da Entrevista Coletiva



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE- UNESC PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPGE CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO.

ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA COLETIVA

- 1- O que significou os Círculos de Cultura para você?
- 2- Como vocês avaliam os momentos dos Círculos de Cultura?
- 3- Você sentiu que teve voz e vez nos Círculos de Cultura?
- 4- Os Círculos de Cultura e os assuntos nele discutidos possibilitaram pensar em seu papel enquanto Conselheiro Local de Saúde?

APÊNDICE 04 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante.



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE- UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPGE
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Estamos realizando um projeto para a Dissertação de Mestrado intitulado **“Educação Popular: Os Círculos de Cultura e a perspectiva do Conselho Local de Saúde, possibilidade de empowerment”**. O (a) sr(a) foi plenamente esclarecido(a) de que, participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos **“Identificar a perspectiva dos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Vila Manaus do município de Criciúma sobre o aspecto conscientizador do Círculo de Cultura de Paulo Freire”**. Embora o(a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido(a) ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. O(a) sr(a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza sua identificação, ressalvando-se o direito de indicar quando quiser que sua identidade seja preservada. Autoriza ainda a gravação da voz, retirada de fotografias e filmagens na oportunidade dos Círculos de Cultura.

A coleta de dados será realizada pelo acadêmico Cláudio Alex de Souza Sipriano (fone: 3442-0271 e 91371346) do Mestrado em Educação da UNESC e orientado pela professora Janine Moreira (3431-2584). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC) _____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante

ANEXO 01 – Parecer 266/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP**Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP****Resolução**

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 266/2010

Pesquisador:

Janine Moreira

Cláudio Alex Sipriano

Título: 'Educação Popular: o círculo de cultura e a perspectiva do conselho Local de saúde. Possibilidades de empoderamento'.

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 29 de setembro de 2010.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP