



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**SE A SAÚDE FOSSE NOSSA: PROCESSOS EDUCATIVOS
NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE DE SÃO CARLOS- SP**

THALYSE SANTANA PEREIRA

SÃO CARLOS

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**SE A SAÚDE FOSSE NOSSA: PROCESSOS EDUCATIVOS NA
CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E EDUCAÇÃO POPULAR
EM SAÚDE DE SÃO CARLOS- SP**

THALYSE SANTANA PEREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de pesquisa:

Práticas Sociais e Processos Educativos

Orientadora:

Profa. Dra. Aida Victória Garcia Montrone

São Carlos

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestra candidata Thalyse Santana Pereira, realizada em 28/06/2017:

Profa. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone
UFSCar

Profa. Dra. Aline Guerra Aquilante
UFSCar

Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli
USP

Ao SUS na face de cada vida, dedico este trabalho.

"O poente é um caleidoscópico colorido, somente precisamos entrar dentro dele. Subir, subir, subir até..."

Dona Filomena nos dedos de Gastão Wagner de Souza Campos

A presente dissertação é um trabalho desenvolvido no Grupo de Pesquisa “Práticas Sociais e Processos Educativos”, cadastrado na CAPES desde 1997.

AGRADECIMENTOS

Eu inicio os agradecimentos com a constatação da gratidão que me acomete a alma por cada pessoa que me ensina. Inauguro os agradecimentos escritos aqui com a memória de uma coincidência que me importa constar. Na faculdade de psicologia, certa vez meu professor de Psicologia do Esporte solicitou que eu fotografasse uma aula importante que tivemos e assim eu fiz. No dia seguinte quando estava na casa da minha mãe organizando os arquivos para enviar as fotos para o e-mail do professor, ela viu a fotografia do professor, o reconheceu e se lembrou do aniversário de 1 ano dele, em que sua irmã (minha tia) era sua babá. Na ocasião do aniversário do primeiro ano dele, os restos da comida da confraternização foram doadas para minha tia que alimentou minha mãe por uma semana com aquela doação.

Coincidentemente, anos depois, nas aulas por ele ministrada, eu não recebia deste professor os restos da comida (uma generosidade louvável também), mas tinha diante de mim uma oportunidade que minha mãe nunca teve: a de receber o que aquele professor teve de investido em toda sua vida – o conhecimento, a formação e a educação; que na ocasião de cada aula eram partilhados comigo sem reservas, sem restos, com tudo e com toda dedicação, assim, festiva estava eu que descobria um universo novo pelo acesso aos conhecimentos e vivências propiciados naqueles encontros. Agradeço com um profundo senso de gratidão e reconhecimento de que a pessoa que partilha o que sabe, partilha uma construção que demandou tempo, empenho e vida. Esse valor é inestimável e ultrapassa a satisfação da fome (o que já é muito bom e essencial). Assim:

Agradeço a minha orientadora Victoria por partilhar comigo tudo que me faltava de clareza, rigor e disciplina. Sou grata por me ajudar nos meus passos cambiantes de pesquisadora inexperiente. Agradeço por me abraçar e ter sido sensível até ao meu silêncio e timidez. Obrigada por ouvir o silêncio do meu sussurro e ter me ajudado com a prorrogação do prazo de defesa da dissertação, sem que eu precisasse chorar alto e constrangida. Obrigada pela oportunidade e também por me inspirar a seguir em frente.

Agradeço a professora Aline por oferecer seus olhos para ler atentamente cada palavra escrita nessa dissertação, valorizando cada vírgula e somando delicadamente para o aprimoramento deste texto. Sou grata por valorizar o que consegui aprender e por me ensinar o que ainda não sei. Isso me ensina além. Me faz perceber que cada movimento de apreender na vida, pode ser suave e farto de sentido. Obrigada por isso.

Agradeço a professora Lislaine (que vou chamar também de Lis), por ser tão pronta em estar e por se dispor de tanta boa vontade para também me emprestar os olhos nessa leitura que certamente enriquece e me possibilita melhorar. Sou grata por me oferecer a nobreza de seu olhar, por partilhar com tanta generosidade os saberes que te constitui.

Agradeço aos professores suplentes da banca Luiz e Débora por fazerem da retaguarda uma honra memorável.

Agradeço as participantes e ao participante deste estudo: Maria Waldenez, Iraí, Fernanda, Lilian Ribeiro, Rukma e Adilson. Vocês me apresentaram mais que um campo de pesquisa e estudo; me apresentaram trajetórias, sonhos, mutualidade, trabalho e fé. Estive entre o acolhimento. Minha gratidão a cada uma (um) por tudo isso que não cabe na palavra, mas coube em cada olhar. Sou grata por terem protagonizado de forma tão farta meu aprendizado e me ensinado até as habilidades sociais que estavam tímidas em algum lugar escondido em mim.

Agradeço ao professor Gastão por ter enriquecido o processo de construção desta dissertação, tanto por sua presença na qualificação, quanto pela humanidade de cada aula sua. Sou uma privilegiada por te ouvir, sou grata a você.

Agradeço ao Grupo e Linha de Pesquisa “Práticas Sociais e Processos Educativos”, aos professores (as) aos (às) colegas, por terem me aberto as portas e os braços. Sou grata pela intersubjetivação e encontro das consciências.

Agradeço à CAPES, agência financiadora da pesquisa pelo auxílio financeiro.

Agradeço ao meu amigo Lucas José que me ‘deu uma mãozinha’ pagando minha inscrição para o mestrado, me lembrando das datas e me anunciando possibilidade e, até me ajudando com a carona de ambulância para chegar até aqui. E cheguei. Sou grata a você por me apontar que havia estrada.

Agradeço aos professores e professoras que durante minha graduação foram anúncios de possibilidade a mim. Sou grata, pois me ensinaram mais que psicologia, compartilharam caminhos. Eu trouxe comigo um pouquinho de cada um (a).

Agradeço ao meu amigo Eric, que depois de eu estar na estrada, me ajudou a ter teto, a ter chão pelo qual foi possível erguer condições. Obrigada meu amigo.

Agradeço aos meus amigos ‘de sempre e para sempre’ pela companhia na caminhada: Antônio Henrique, Fabiana, Karini e Aline.

Agradeço meus amigos em São Carlos/SP que fizeram o trabalho braçal da minha estada aqui. Ao Lennon, Tainara, Jorge e Martha, por me oferecerem um lar e uma família tipicamente família (*made in* mundão sem fronteira). À Renata e ao Daniel por terem me mostrado que o livro dos gregos da estante deles falava uma verdade que generosamente fizeram muitas vezes na prática e, fizeram jus a citação de que a “oferenda de alimentos é o primeiro e mais significativo dos gestos de hospitalidade”. Sou grata a vocês, porque sem comida eu não teria a sorte de principiante para encontrar a universidade e os ônibus certos. À Reijane eu agradeço por mostrar para mim a força de quem segue e insiste sorrindo, e, também é claro, pela fofura da Kymberline que só alarga o riso. À dona Palmira agradeço pela generosa consideração e pelo lugar não apenas na casa, na mesa, mas, principalmente pelo lugar nas orações e no coração. Agradeço a senhora por me emprestar seus filhos e fazerem deles meus irmãos de alma (agradeço a Carlinha por visualizar minhas mensagens, e, ao Junior por me propiciar banquetes). À querida Elaine agradeço porque me senti em casa, provei da bondade do lar. Ao PG NO BULE sou grata pela cumplicidade e sensibilidade bem expressas nas feições da Thaís e da Josi, obrigada a vocês!

Agradeço a ONG Missão Avalanche por ter sido um solo fértil onde foi abatida a apatia e erguida a convicção de vida que cuidada há de florescer.

À minha família eu sou grata pelo pão compartilhado, pela segurança de ter sempre para onde voltar e recomeçar sempre que necessário. Sou grata especialmente a minha gêmea preferida (única) Nathany, por me empurrar as vezes como a um carro velho que pega no fim da rua. Eu funcionei. Sou grata por acreditar quando eu não acredito, me haces bien! Agradeço a minha irmãzinha Brisa por ser nossa tela dos sorrisos. Aos meus irmãos Vinícius e Rhuan Felipe eu agradeço por existirem, e mesmo longe, a lembrança de vocês sempre povoam meus pensamentos e deixa a casa do meu coração sempre cheia. Sou grata ao meu padasto Kennedy (orgulhoso pai da Brisa) e a minha mamãe Cidinha (a moça sempre bela) por me apresentarem o Pão da Vida – a condição da minha caminhada.

A beleza de uma chegada nem ao longe manifesta o esplendor da trajetória! E nesta trajetória vi o amor de Deus inscrito em cada disposto olhar que me agraciou com cada benfazeja. Sei e considero que foi a boa mão de Deus quem fez isso.

RESUMO

O processo de construção de política pública de saúde é caracterizado, neste estudo, como uma prática social – em que seus participantes aprendem e ensinam, mediados pelo mundo e com os (as) outros (as). Lançadas vistas ao processo de construção da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde de São Carlos – SP (PMPICEPS), pergunta-se: Que processos educativos decorrem da prática de construção PMPICEPS? Assim, o objetivo desta pesquisa foi entender os processos educativos decorrentes do decurso político que intenciona a implementação da referida política. Para tanto, foi feito um estudo deste caso de cunho qualitativo, denominado como pesquisa estratégica, orientado pelo referencial da educação popular freireano e pelo referencial dusseliano com contribuições de outras autorias para composição da análise. Participaram deste estudo seis informantes. Estas pessoas são integrantes de um grupo que intenciona a implementação da PMPICEPS. Os procedimentos metodológicos adotados seguiram as seguintes etapas: fase exploratória (levantamento, seleção do caso, delimitação); coleta de dados instrumentalizada por entrevistas gravadas e diário de campo; inserção e convívio junto ao grupo (que perpassa todas as etapas). Os principais resultados apresentam o encontro de vários começos que culminam numa intenção comum, permeada por ações e atividade em processos de: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais. Este estudo, apresentou alguns processos educativos dentro de dois *corpus* de análise que foram percorridos em conjunturas facilitadora e dificultadora na construção da PMPICEPS. Como conjuntura facilitadora tem-se: o interesse dos profissionais, da população e do grupo; o marco legal das políticas nacionais; histórico formativo e dialógico do MAPEPS; a articulação com os processos anteriores nacionais; a visada autonomia e prevenção; o argumento financeiro de redução de custo; e o acontecimento da saúde e qualidade de vida ressignificados. Como conjuntura dificultadora consta-se aspectos como: a atual política e gestão de pessoas; o orçamento deficitário/inexistente; preconceitos; resistência às práticas; contexto concreto do capitalismo; concorrência e disputa com o atual modelo; crise política atual; bem como riscos relacionados ao desmantelamento do SUS, a existência de retrocessos, e conversão da prática/cultura em medicamentosa. A compreensão destes processos educativos em conjunturas pode contribuir para a notoriedade da referência política da educação popular no campo da saúde, pois: o SUS não será único, enquanto a saúde não for nossa; a saúde não será nossa, enquanto a política não for nossa; a PMPICEPS não será política pública, enquanto o SUS não for único, a saúde nossa e a política nossa. O ‘ainda não’ da consolidação do SUS, da política e da saúde, não justifica sua impossibilidade, mas reitera a emergência de seu acontecimento. E dessa forma, quem continua não é apenas a luta, quem continua é o caminho e os caminhantes com e apesar das lutas, nas celebrações de cada passo dado.

Palavras-chave: Processos Educativos; Construção de Política Pública de Saúde; Educação Popular; Saúde; Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT

In this study, the process of building public health policy is characterized as a social practice - in which its participants learn and teach, mediated by the world and Faced with the process of construction of the Municipal Policy of Integrative and Complementary Practices and Popular Health Education of São Carlos - SP (PMPICEPS), we ask: What educational processes arise from the PMPICEPS construction practice? Thus, the objective of this research was to understand the educational processes resulting from the political course that intends the implementation of said policy. Therefore, a qualitative case study was carried out, termed as strategic research, guided by the Freirean popular education referential and the Dusselian referential with contributions from other authors to the composition of the analysis. Six informants participated in this study. These people are part of a group that intends to implement PMPICEPS. The methodological procedures adopted followed the following steps: exploratory phase (survey, case selection, delimitation); Data collection by recorded interviews and field diary; Insertion and conviviality with the group (which goes through all stages). The main results present the reflection of several beginnings that culminate in a common intention, permeated by actions and activity in processes of: participation, social control and participatory management; Training, communication and knowledge production; Health care; And intersectoriality and multicultural dialogues. This study presented some educational processes within two corpus of analysis that were discussed in facilitating and difficult situations in the construction of PMPICEPS. As a facilitating conjuncture we have: the interest of professionals, the population and the group; the legal framework of national policies; formative history and MAPEPS' dialogical; the articulation with previous national processes; the autonomous target and prevention; the financial cost reduction argument; and the event of redefined health and quality of life. As difficulting conjecture, aspects such as: the current policy and management of people; the deficit / non-existent budget; prejudices; resistance to practices; context of capitalism; competition and dispute with the current model; current political crisis; as well as risks related to the dismantling of the SUS; the existence of setbacks, and drug therapy conversion of practice / culture. This study presented some educational processes within two corpus of analysis that were facilitating conjunctures and difficult conjunctures in the construction of PMPICEP. The understanding of these educational processes in conjunctions can contribute to the notoriety of the political reference of popular education in the health area, because: The SUS will not be unique, as long as health is not ours; Health will not be ours as long as politics is not ours; The PMPICEPS will not be public policy, while the SUS is not unique, our health and our policy. The 'not yet' of the consolidation of SUS, politics and health, is not its impossibility, but reiterates the emergence of its happening. And so, whoever continues is not only the struggle, who continues is the path and the walkers with and despite the struggles, in the celebrations of each given step.

Key-words: Educational Processes; Construction of Public Health Policy; Popular Education; Health; Integrative and Complementary Practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Apresentação ao Conselho Municipal de Saúde	46
Figura 2 - Mapa de localização do DME no campus da UFSCar.....	47
Figura 3 - Mapa de localização da Tenda Paulo Freire no campus da UFSCar na ocasião do 14ª Congresso Paulista de Saúde Pública	47
Figura 4 -Fotografia da reunião ao ar livre	48
Figura 5 - Print do e-mail: Agrupamento da Pasta	51
Figura 6 - Print do Word: Construção de Corpus temático de comunicação	52
Figura 7 - Imagem de localização	66
Figura 8 - Cartaz de divulgação da Semana Nacional Das PICs em São Carlos.	68
Figura 9 - Entrega em mãos do Plano Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde para o Município de São Carlos.....	75
Figura 10 - Apresentação ao Conselho Municipal de Saúde.....	76
Figura 11 - Diálogo junto ao Conselho Municipal de Saúde	76

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

EPS - Educação Popular e Saúde

MAPEPS - Mapeamento de Práticas de Educação Popular e Saúde

PIC - Práticas Integrativas e Complementares

PNEPS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

PMPICEPS - Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular e Saúde.

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

PALAVRAS DE UM COMEÇO: apresentação e introdução.....	14
1 ATCHIM!:- SAÚDE!	20
1.1 Políticas públicas de saúde e saúde das políticas	20
1.1.1 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	25
1.1.2 Educação Popular em Saúde.....	26
1.1.3 Política Nacional de Educação Popular em Saúde	29
2 CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA E PROCESSOS EDUCATIVOS	33
2.1 <i>Ser Mais</i> América Latina.....	33
2.2 Práticas Sociais e processos educativos.....	37
2.2.1 Processo de construção de política pública como prática social	39
3 VEREDAS DA PESQUISA: METODOLOGIA	43
3.1 Tipo de Pesquisa.....	43
3.2 Procedimentos Metodológicos	45
3.2.1 Sobre a Inserção.....	46
3.2.1.1 Onde, quem e quando?	47
3.2.2 Sobre as Entrevistas.....	50
3.3 Análise dos Dados	50
3.3.1 Sobre a Ordenação dos Dados	51
3.3.2 Sobre a Classificação dos Dados	52
3.3.3 Sobre a Análise dos Dados	53
3.4 Validação ética	54
4 ALGUNS DESFECHOS	55
4.1 Sobre o encontro de vários começos: apresentação dos participantes.....	55
4.2 Sobre o encontro de vários começos: os coletivos e as instituições.....	67
4.2.1 Ecovila Tibá.....	67

4.2.2 ONG CSF	68
4.2.3 MAPEPS.....	70
4.2.4 Prefeitura Municipal de São Carlos e Secretaria Municipal de Saúde	72
4.3 Sobre o encontro de vários começos: o processo de construção da PMPICEPS	73
5 ALGUNS DESFECHOS REFLETIDOS: ANÁLISE E [IN]CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	116
APÊNDICES	143

PALAVRAS DE UM COMEÇO: apresentação e introdução

Na ocasião em que li o poema de Mário Quintana, que entoou com arte e encanto a prática de cuidado em saúde com o saber médico e para além do médico, refleti o ideário das concepções de saúde enquanto direito inscrito democraticamente no Sistema Único de Saúde (SUS) e enquanto cultura humana no reconhecimento dos diversos protagonistas históricos dos arranjos em saúde, e, o que me ocorreu, foi pensar o trabalho de mãos conjuntas na temática da vida e da saúde quando os humanos são atravessados por contentamentos ou desventuras de existir e de deixar a existência aqui. O poema que me refiro é:

A última canção
Quando disserem os médicos
Que nada há a fazer,
Eu quero que tu me cantes
Uma canção de bem-morrer...
(QUINTANA, 2005, p. 76).

A partir da leitura deste poema em um momento posterior de reflexão, intencionalmente fiz uma busca que me ajudasse a compor um posicionamento ético e político frente a consideração da saúde e da vida. Nesta busca me deparei com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) e vi nela pistas deste posicionamento que buscava frente a esta questão. E defronte a algumas lacunas de minha formação, o teor desta política muito me instigou a buscar formas de me referir a ela.

Experiências anteriores corroboraram a construção desta busca. Durante minha graduação em psicologia, especificamente no período do segundo semestre de 2013 e nos dois semestres de 2014, estive em um estágio voluntário e posteriormente fazendo um trabalho de iniciação científica em uma instituição de saúde pública nomeada Centro Viva Vida. Essa instituição se localiza no interior do estado de Minas Gerais no município de Lavras. A existência desse espaço é reflexo de um programa governamental especificamente do estado, que caracteriza um modelo de assistência secundarista de saúde pública que visa à redução da mortalidade infantil e materna, sendo a atual estratégia de Minas Gerais para a redução desse indicador¹

Nesse espaço, primeiramente participei de atendimentos em psicologia e das mais variadas práticas institucionais (fui palhaço para a comemoração do dia das crianças, preguei cartazes de conscientização em saúde, limpei a sala de psicologia, lavei a louça do café, participei dos eventos em praça pública, e li prontuários para cooperar com a realização de

¹ MOREIRA (2010).

uma pesquisa da UFMG, etc.) Posteriormente fiz em um ano uma pesquisa de cunho fenomenológico e tipo etnográfica sobre a vivência da gestação em casos de vulnerabilidade e risco caracterizados assim pelo conhecimento e discurso profissional principalmente médico.

Dessas experiências me surgiram muitas inquietações. Houve casos em que a mulher era caracterizada por uma patologia considerada grave principalmente para o contexto da gravidez e gestação, entretanto a mulher desconhecia o que era, desconhecia quais as precauções devidas em conformidade com o discurso médico, o que resultava em pouca adesão aos tratamentos prescritos. Por vezes, sabia descrever de maneira bem restrita o que a acometia e, significava essa vivência de maneira muito diferente da razão médica/psicológica/nutricional que a encaminhava para aquela instituição de saúde. Parecia uma verdadeira ‘Torre de Babel’, pois um mesmo fenômeno, fenômeno este determinado assim pelo profissional do serviço como sendo -- gestação caracterizada de risco -- era significado de distintas formas e com distintas linguagens. Uma mulher que apresentava diabetes, por exemplo, não distinguia as peculiaridades do tipo de diabetes que ela apresentava. Quando era indagada a respeito da razão de estar lá, dizia: “O médico mandou eu não comer doce, mas minha vó faz o melhor doce do mundo, e doce dela faz bem pra saúde.

Eu como e não acontece nada, eu até melhora!”). Nesse caso, ‘controle glicêmico’ era apenas uma palavra bonita que o médico e a nutricionista falavam. A queixa dela consistia no fato da ‘barriga estar grande demais’, com um detalhe: ela estava na 32ª semana de gestação.

Neste exemplo e em tantos outros foi possível atentar para o fato de que há jeitos distintos de significar a prática de educação em saúde permeada pelas ações de cuidado em saúde. E por vezes, esses jeitos chegam a ser contraditórios e até antagônicos se equiparados ao descrito na versão de literatura técnica/científica adotada pelo profissional. É perceptível que os referenciais de apreensão de saberes por parte da comunidade não são restritos ao ‘conhecimento oficial’ denominado puramente científico. Em outros exemplos não mencionados aqui, foi possível ver imbricações culturais diversas como base para as decisões em cuidado em saúde. Foi possível observar substituições de tratamentos medicamentosos por alimentos, substituição de preceituação nutricional por medicamentos, etc. Com devidas informações ou não [do ponto de vista hegemônico], as gestantes atuavam e até opinavam para outros casos suas experiências e preceituações. ‘De médico cada uma tinha um pouco’. Frente ao convívio e a pesquisa, algumas questões inquietantes se içaram: Se há distintas linguagens, significações e jeitos, e, considerando que há patamares e não horizontalidade nos diferentes saberes, como haveria consenso de modo que uma maneira não sobrepusesse a

outra? Como essas distintas linguagens poderiam ser articuladas e caminharem de modo a atender os precisos interesses?

Em posterior momento, quando li o texto de Victor Valla *A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas*² me dei conta que não se trata apenas de linguagem, mas de postura. Não seria apenas uma ‘Torre de Babel’ em que um fala martelo e outro entende prego, mas, um posicionamento que explicita nossa³ dificuldade em aceitar que as pessoas de classe subalternas são capazes, tanto de produzir, quanto de organizar e sistematizar conhecimentos na leitura de suas realidades e sociedade. A crítica pontilhada em cada linha deste texto de Victor Valla é a proposta que a PNEPS apresenta como caminhos. Então desejei estudar no mestrado se o que estava descrito nesta política seria uma verdade de ação em algum lugar de fato.

Quando cheguei em São Carlos, aprovada no Programa de Pós-Graduação em Educação, eu tive a surpresa (que foi susto no momento) de saber que o fato de ter uma redação nacional denominada de política pública não garante sua realização na prática e, a PNEPS não estava implementada ainda em lugar algum por ser uma política nova e estar em processo de operacionalização. Diante disto, querendo tanger a temática desta política e ao mesmo tempo me esforçar para fazer o *exercício de pesquisa*⁴ na Linha de Práticas Sociais e Processos Educativos, tive a grata surpresa (agora não com susto, mas com admiração) de encontrar (através de minha orientadora Victoria) com a professora Maria Waldenez e Iraí que há tempos vêm se debruçando nesta práxis política-pedagógica da Educação Popular em Saúde. Neste encontro, fui agraciada com um campo fértil⁵ que neste momento histórico acontece em São Carlos-SP. Nesta grata surpresa fiz as pazes com tempo e tive a nítida sensação de que eu cheguei na hora certa neste lugar e neste encontro.

Sabe-se que há diferentes e diversos jeitos de conceber e fazer saúde em nuances do cuidado. O popular traz em bojo saberes acumulados de feições culturais, ecológicas e econômicas pontilhadas em suas mais variadas práticas de saúde. O reconhecimento da legitimidade destas práticas populares, são abordados em discussões diversas que perpassam

² In: BRASIL (2014).

³ Referindo-se aos profissionais do campo da saúde

⁴ Um exercício em que somos tocados enquanto pesquisamos e no encontro com o outro fazemos não apenas pesquisa e produção de conhecimento científico, mas nos encontramos mesmo e muito deste acontecimento incide em nós, que antes de pesquisadores, somos gente que se humaniza enquanto toca e é tocado.

⁵ Campo este que é o processo de construção para implementação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde no SUS do município de São Carlos- SP.

tanto pela denúncia de sua negação histórica quanto pelo reconhecimento de lutas e resistências que outorgam à cultura popular condição estratégica para transformação e [re]construção social (FREIRE, 1981; GOMES, 2015; OLIVEIRA, 2010; VALLA, 2014; VASCONCELOS, 2015).

O reconhecimento dos diferentes modos e concepções de saúde bem como a primazia pela participação popular e a carência dialógica entre os serviços de saúde pública e a população, compõem uma intencionalidade ético-política que se valem: do diálogo, da problematização, da amorosidade, da construção compartilhada do conhecimento, da emancipação e da construção de um projeto político democrático e popular. A PNEPS é uma expressão clara desta intencionalidade (BRASIL, 2012).

O reconhecimento da legitimidade de práticas populares de saúde atribui as mesmas, caráter integrativo e complementar. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) pauta este reconhecimento e elucida uma atitude de ampliação de acesso à homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica (BRASIL, 2014).

No município de São Carlos - SP há uma intenção política de implementação a nível municipal da PNPIC e PNEPS. É diretriz das próprias políticas nacionais fazer articulação com demais políticas do Ministério da Saúde. No caso do município de São Carlos, está em processo de construção a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde (PMPICEPS).

A forma de educação empreendida como educação popular, mais especificamente como educação popular em saúde, nesta proposta de pesquisa, toma nota com as proposições empreendidas de educação para emancipação, conscientização, libertação, ação dialógica, reinvenção da radicalidade da democracia, enunciação de um vir-a-ser de mundo e, sobretudo valorização do humano sua cultura e seu mundo (BONETTI et al., 2014; BRASIL, 2012; FIORI, 2014; FREIRE, 1991, 2015a e 2015b; PALUDO, 2010; VASCONCELOS 2015). A partir da busca de edificação conceitual referida, da explicitação das políticas nacionais e do momento político que o município de São Carlos envereda, a delimitação temática deste estudo são os processos educativos decorrentes do decurso político que intenciona a efetiva implementação da PMPICEPS.

A relevância da proposta e atualidade temática articulam aspectos acadêmicos e sociais. Feições acadêmicas, pois contribui com a produção de conhecimento em Educação Popular em Saúde e, constata a produção de saberes advindo de práticas sociais. Aspectos

sociais, pois enuncia participação popular e possível articulação entre saberes populares e os espaços de saúde pública.

No convívio que as disciplinas cursadas na UFSCar me propiciaram, pude aprender e me aproximar de aprender conceitos fundamentais para esta pesquisa, que são: Educação e Educação Popular; Cultura e cultura popular; Diálogo; Política; Saúde; Humanização/Desumanização; Conscientização; Libertação; Filosofia da Libertação; Eurocentrismo; *Ser mais*; e conceitos que se atrelam a composição destes. No decorrer deste trabalho, estes conceitos aparecem nas linhas e entrelinhas no corpo deste texto.

Minha intencionalidade⁶ no tocante a este estudo é apresenta-lo não como acabado, até porque o processo de construção da política é dinâmico ‘como um mar que não para para ser olhado’.

A tessitura deste estudo servirá para respaldar a construção de respostas para a seguinte questão de pesquisa: Que processos educativos decorrem da prática de construção da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde do Município de São Carlos- SP? Desta questão central decorrem outras, precípuas no percurso de busca pela resposta da primeira: Quais as razões intrínsecas a esta apropriação política? Seria esta apropriação política um manifesto de empoderamento? Se sim, em que experiências de empoderamento e resistências se formaram os sujeitos coletivos desta intenção política? Qual o ponto de encontro que convergiram diferentes atores sociais numa causa comum? Que história é esta que pontilha tal engajamento político?

Frente a estes questionamentos, o objetivo desta investigação é: entender os processos educativos decorrentes do decurso político que intenciona a implementação da referida política. Mais especificamente: registrar um histórico bibliográfico e oral do processo de construção da PMPICEPS; identificar, descrever, compreender e analisar os processos educativos intrínsecos a prática de construção da PMPICEPS.

Espera-se que este estudo de caso culmine em contribuição para a notoriedade da referência política da educação popular. Mais precisamente, espera-se que:

- ✓ ao desvelar os processos educativos deste decurso político, seja possível caracterizar um conhecimento/instrumento a ser utilizado por outros municípios que se valam de implementação política;

⁶ Intencionalidade entendida como um “comportamento corpóreo-mundano e existencial, no qual se constitui e reconstitui o mundo significado [...] Diz o mundo num discurso que é existência” FIORI, 2014, p. 58.

- ✓ pela análise deste estudo seja possível fazer uma menção crítica que desvele os impasses e que denote as possibilidades da PMPICEPS;
- ✓ contribua efetivamente com a elaboração de subsídios para a construção democrática, institucionalizada e descentralizada das políticas nacionais PNEPS e PNPIC com vistas a ampliação da participação popular;
- ✓ contribua com o enriquecimento das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde, de maneira que se possa pensar possíveis extensões e edificação de práticas dialógicas vislumbrando as dimensões populares rumo a edificação de um projeto político democrático e popular.

O texto a seguir está organizado em quatro capítulos:

No Capítulo I, intitulado como *Atchim! – Saúde!* é apresentado o Sistema Único de Saúde e políticas públicas de saúde no contexto brasileiro, bem como o referencial da educação popular e sua expressão como política e possibilidade dialógica com outras políticas como a de práticas integrativas e complementares;

No Capítulo II, é aludido a compreensão de processos educativos intrínsecos à práticas sociais;

No Capítulo III, é apresentada a metodologia e os procedimentos de coleta e análise dos dados;

No Capítulo IV, é apresentado alguns desfechos que descrevem o processo de construção da PMPICEPS.

No Capítulo V, é apresentado desfechos refletidos, analisados e [in]conclusões donde foi possível extrair os processos educativos decorrentes do decurso de construção da PMPICEPS.

1 ATCHIM!:- SAÚDE!

Este capítulo é intitulado como *Atchim: - Saúde!* por objetivar apresentar, tanto o SUS quanto as políticas públicas de saúde, como resposta reflexa às inquietações sociais provocadas por sua negação histórica de direitos e acesso. Pois, tal como o espirro, sendo uma expulsão reflexa brusca e sonora do ar pelo nariz e pela boca, provocado por irritação da mucosa, assim, analogicamente é apresentado os tópicos abaixo. A resposta ao *atchim* no Brasil é culturalmente respondido no desejo de *saúde*, o que ilustra bem a árdua edificação do SUS e das políticas públicas de saúde.

1.1 Políticas públicas de saúde e saúde das políticas

O Estado brasileiro passou por significativas transformações até que galgasse a constituição de Estado democrático. A construção de políticas públicas esteve imbricadas neste processo de estabelecimento do Estado (BAPTISTA; REZENDE, 2011; PAESE; AGUIAR, 2012; SILVA; MELO, 2000).

Historicamente no Brasil há, em especial, três momentos importantes para a construção de políticas públicas⁷ destacados por Paese e Aguiar (2012). De acordo com as autoras, o pontapé inicial deste momento ocorreu no governo de Juscelino Kubitschek que, com o plano de metas (de intensificação do processo de industrialização para propulsão e internacionalização do mercado brasileiro), inseriu políticas públicas no mercado consumidor pelo incentivo ao emprego industrial para favorecer a migração do campo para as cidades. O segundo momento se deu no governo civil-militar que impulsionados pelas políticas de

Kubitschek, promovem o chamado ‘milagre econômico’, passo importante para o processo de ‘modernização’ da sociedade brasileira, contudo, as políticas públicas tinham o enfoque de elevação do bem-estar material da população pela rendição a industrialização. O terceiro momento se dá a partir da Constituição de 1988, que cunhou marcos institucionais para que a política pública se afastasse do modelo tecnocrático do período civil-militar e, fosse possível uma expressão mais participativa do povo.

A Constituição de 1988⁸ foi um importante marco que referendou a saúde como direito social constitucional, portanto, dever do Estado, o que propiciou a instituição do Sistema

⁷ Cada momento equivale a formas distintas de políticas públicas. Por exemplo, o viés de participação popular e controle social do Estado aparecem no escopo das políticas públicas apenas no terceiro momento.

⁸ Constituição da República Federativa do Brasil publicada em 1988 (BRASIL, 2012a) no artigo 196 estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença

Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei Federal nº 8.080⁹ em 1990, que possui como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a equidade da assistência, cabendo a ele a execução de ações de assistência terapêutica integral. Também se insere Lei Federal no 8.142, de 1990¹⁰, que resgata os aspectos do financiamento e da participação popular, bem como os princípios organizativos de descentralização, regionalização e hierarquização. Tanto a Constituição Federal, quanto a Lei Federal nº 8.080/90, definem o direito à saúde incorporando-o a um conceito de saúde integral para além do corpo físico.

Entretanto, o marco legal da Constituição de 1988 no tocante à saúde como direito, bem como a instituição do SUS por via de lei, só foram alcançados por lutas travadas em anterior momento a este e, ainda é, por lutas posteriores a estas. Aguiar (2003) apresenta a construção internacional do conceito de Atenção Básica à Saúde que constitui também a ideia de SUS. O SUS no Brasil tem marcadamente sua expressão de participação por diferentes segmentos da sociedade, contudo, em seu histórico antecedente, tem sua ideia a partir da busca de intelectuais que importaram experiências de outros países. O propósito desta revisão, não é se ater a estes pressupostos da concreta história do SUS, mas ainda assim é importante mencionar que nem todo o SUS veio da categoria povo, no sentido de que, os conhecimentos do modelo de alguns países europeus foram vitais no movimento que tomamos como inaugural nesta pesquisa. Assim, a Reforma Sanitária é um importante movimento que pode ser datado como inaugural.

Paim et al. (2011) contam a história do sistema de saúde brasileiro, residindo-a numa narrativa de avanços e desafios. Alocam-na, em primeira instância, à Reforma Sanitária como movimento da sociedade civil, que nem ao longe foi impulsionada pela forma de governo ditatorial ou partidarismo único político. A década de 1970 é um marco de expressão da proposta de reforma no setor saúde. Essa concepção, que moveu os moinhos da saúde pública, constituía-se no ideário de que saúde não era um evento biológico puramente, portanto, uma questão social e política a ser impreterivelmente patente em espaço público.

Nas palavras de Fleury (2009, p. 746): “A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional”, e como tal, emerge como

e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (idem, p. 116 e 117).

⁹ BRASIL (2000; 1988).

¹⁰ Idem.

parte da luta pela democracia, num período de democracia claramente negada pela imposição de um governo militar. Somada a essa afirmação, Souto e Oliveira (2016) enfatizam o caráter contra-hegemônico do Movimento da Reforma Sanitária tanto nas dimensões políticas quanto epistemológicas.

Paim et al. (2011) apontam que no panorama do movimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970, acadêmicos progressistas se engajaram na luta e fundaram em 1976 o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) que aparelhou o movimento da reforma sanitária. Ainda em 1979 fulgura a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva). Ambos municiaram institucionalmente os baldrames que alavancaram a reforma sanitária. Posteriormente, com a ampliação da reforma sanitária com extensão aos gerir dos municípios e outros movimentos sociais, em 1980 constitui-se o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a concepção conceitual de saúde como direito do cidadão. As resoluções dessa conferência assinalaram presença na inscrição da referida Constituição de 1988 e nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90 como criação do SUS.

O SUS então é uma denominação instituída com bases na democratização. Norteia-se no paradigma de descentralização para acesso sob a premissa da saúde enquanto direito. Assim sendo, materializa uma nova concepção de saúde e abre espaço para o crivo da qualidade de vida em plena expressão dinâmica, social e subjetiva. Empreendem-se nessa concepção, níveis de saúde populacional correlacionados à organização social, política e econômica de um país. Antecedendo ao SUS, havia como face da saúde no Brasil, uma expressão de medicina curativa que não era cabal, pois denotava acesso restritos a esses serviços médicos curativos, afinal, somente trabalhadores com carteira assinada usufruíam de acesso. A consagração constitucional do SUS trouxe e traz em bojo notáveis avanços e numerosos desafios, uma vez que ainda não realizou seu projeto desenhado nas linhas e entrelinhas de uma proposta de reforma do Estado e da política que a Reforma Sanitária Brasileira ousou lutar (BRASIL, 2000; CAMPOS, 2007b; FLEURY, 2009; PAIM; TEIXEIRA, 2009).

Referente aos desafios colocados ao estabelecimento do SUS, destacam-se: os obstáculos do financiamento prejudicado pela política macroeconômica e os efeitos que o atual capitalismo provoca; subsídios federais ao mercado de planos privados de saúde, resistência à reforma da estrutura gerencial estatal da prestação de serviços; e, entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados. Pois, embora o SUS hoje inclua grande parte das pessoas que antes eram excluídas de toda e qualquer forma de cuidado e

assistência em saúde, estes obstáculos impedem a universalidade e a resolutividade dos mais variados casos e contextos (MENDES; MARQUES, 2009; SANTOS, 2013).

Campos (2009) amplia a noção dos desafios e obstáculos colocados ao SUS e aponta algumas lacunas que caracterizam sua constituição e decurso. Por exemplo, o SUS não conseguiu integrar os hospitais ao sistema, e isto deixou margem para outros problemas como: a baixa resolutividade da atenção básica, a falta de efetividade do trabalho integrado e superação do modelo biomédico como único. Sobre a descentralização do sistema, o autor argumenta que esta ocorreu de forma parcial e incompleta pois se deu sem regionalização como forma de estruturação, visto que muitos municípios brasileiros são estruturalmente frágeis e pequenos em economia, gestão e população. O SUS foi negligente no tocante a política de pessoal, de modo a não aliançar com os trabalhadores contra a corrente privatista dos serviços de saúde, deixando brechas para a ocorrência em que o “Privado contamina o Público” (idem, p. 52).

Dentre os obstáculos que se erguem, o trabalho de Santos (2013) traz uma observação interessante no que diz respeito ao SUS constitucional prescrito e o SUS real, pois o que é prescrito parece desmoronar em sua expressão prática. O próprio sistema de saúde dual (público/privado) denota essa demonstração manca. E dessa forma, o autor conclui em seu trabalho que: “a real política de Estado para a saúde [...] vem priorizando a criação e expansão do mercado dos planos privados de saúde para os direitos do consumidor, e secundarizando a efetivação das diretrizes constitucionais para os direitos humanos de cidadania” (idem, p. 273).

Pensando os desafios colocados ao SUS e retomando suas raízes, Campos (2007a) analisa a história do SUS de modo a buscar compreender a influência das tradições (a liberal-privatista e, os sistemas nacionais públicos de saúde) sobre a organização do cuidado em saúde no sistema brasileiro. O autor aloca a história do SUS entre a tradição dos sistemas nacionais públicos e o modo liberal-privado, e, aponta que entre as tradições:

O SUS é quase um híbrido entre estas duas tradições. Resta-nos descobrir se tal “híbrido” favorece a saúde da maioria ou ao interesse empresarial e corporativo. Resta-nos averiguar se tal hibridez, ainda quando necessária à sobrevivência do SUS, não lhe retirou potência, não lhe retirou a possibilidade de reproduzir-se enquanto espécie singular (CAMPOS, 2007a, p. 1870).

Na reflexão suscitada por Campos (2007a) a dualidade ‘público-privado’, incorporada ao SUS, mostra aonde a intenção da Reforma Sanitária não se personificou no sistema, pois os

pungentes traços mercadológicos podem atender ao interesse de alguns em detrimento da escassez de muitos outros. Portanto, desta forma, o SUS é uma reforma incompleta.

Parece que a tendência privatista cunhada ao mercado faz da cidadania e do suposto direito, produtos para venda. Neste sentido, que as políticas públicas de saúde posteriores ao SUS e, integradas ao mesmo, vêm para reforçar, fortalecer e apresentar condições de outorga ao Estado para fazer valer ações efetivas em saúde que prezem pelo cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. É contra o acesso obstado ao direito à saúde que as políticas públicas de saúde se posicionam. A política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS busca inserir no sistema o acesso a recursos terapêuticos que abordam a integralidade do ser humano no que tange a saúde, e se apresenta como resposta alternativa ao hegemônico modelo biomédico. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde delata este obsto e propõe um projeto outro de sociedade para a realização do SUS como reforma. Em São Carlos-SP a intenção de implementação destas duas políticas no SUS é uma resposta aos ditames opressores e lacunas que permeiam o campo da saúde.

Não apenas o referencial das políticas supracitados se propõem a fazerem cumpridos o ideário do SUS. Na gestão, por exemplo, que se caracteriza como um aspecto fundamental para a existência do SUS, a compreensão da gestão está atrelada a noção de continuidade da política. Neste sentido, é destacada a gestão como abrangência, factibilidade e importância para o acontecimento do SUS. Como tal, a gestão tem como característica a lida com o poder. As relações de poder na feição tradicional da gestão (taylorismo) têm sido marcadamente abismais na relação entre quem manda e quem faz, entre o poder das ideias e a operacionalização delas. Esta forma gerencial habitual, cultua a atividade burocrática, repetitiva mesmo sem razão de ser (CAMPOS, 2013; CASTRO, OLIVEIRA e CAMPOS, 2016).

Neste seguimento, Campos (2013) mostra que a centralidade dos princípios de uma administração clássica científica de manifestação do controle e disciplina, não foram superados, pois, o tradicional taylorismo comporta uma racionalidade gerencial hegemônica que ainda insta. O autor, contudo, apresenta um método/concepção de gestão conjunta que considera tanto a objetividade da produção, quanto a reflexão necessária a realização profissional, de modo a considerar a insuficiência da norma diante das imprevisibilidades no cotidiano de trabalho, caracterizando um método sensível a uma visão dinâmica dos processos organizacionais.

Para o acontecimento da contextura teórica e metodológica denominada Paideia, é necessária a compreensão da co-produção dos sujeitos, das instituições e da própria

democracia. A multideterminação de ser coletivo sendo compreendida como tal, viabiliza a cogestão de coletivos organizados para a produção com capacidade de análise e intervenção, como é o caso de exitosas expressões de trabalho no campo da saúde no SUS. Essas expressões estão demarcadas em três principais eixos: no apoio institucional; no apoio matricial e na clínica ampliada e compartilhada (CASTRO, OLIVEIRA e CAMPOS, 2016; GUEDES e NASCIMENTO, 2016).

1.1.1 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Para garantia da integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde no ano de 2006, apresenta a PNPIC-SUS. Justifica a implementação da PNPIC, razões de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Esta política atende à necessidade de conhecimento, apoio e fortalecimento de experiências já existentes e desenvolvidas na rede pública, como alternativa para superação da predominância fisiopatológica da concepção e práticas de saúde (BRASIL, 2014).

A PNPIC iniciou-se atendendo as diretrizes de várias conferências nacionais de saúde e também as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), ao considerar o conceito ampliado de saúde e, ao arguir que tal consideração contribui para o fortalecimento do princípio de integralidade do SUS, pois, atua nos campos da prevenção de agravos e promoção da saúde, baseado no modelo de atenção humanizada, pois:

Considerando o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde, –, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS [...] tais abordagens contribuem para ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, aumentando, assim, o exercício da cidadania (BRASIL, 2014, p. 8).

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos com enfoques que procuram estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias seguras e eficazes, com ênfase no acolhimento, vínculo e integração dos ser humano com a sociedade e o meio ambiente, sobretudo, com visão ampliada do processo saúde-doença e aspecto global do cuidado com destaque para o autocuidado (BRASIL, 2014).

As práticas que integram a PNPIC são: medicina tradicional chinesa/acupuntura; homeopatia; plantas medicinais e fitoterapia; termalismo social/crenoterapia; medicina antroposófica. O acesso a estas práticas era de ingresso restrito ao privado, desta forma a

inserção delas no SUS caracteriza uma possibilidade nova de ampliação do acesso, tornando possível o incremento de diferentes abordagens e disponibilizando opções preventivas e terapêuticas mais variadas aos usuários do SUS (BRASIL, 2014).

A medicina tradicional chinesa inclui além da acupuntura; práticas corporais e mentais, orientação alimentar, uso de plantas medicinais da fitoterapia tradicional chinesa. A homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico que contribui para o uso racional de medicamentos e para redução da farmacodependência. As plantas medicinais e fitoterapia é uma terapêutica que faz uso de plantas medicinais na composição do tratamento e prevenção de doenças e agravos. O termalismo social/crenoterapia faz referência ao uso de águas minerais para tratamento de saúde em diferentes maneiras de utilização. A medicina antroposófica apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, baseada na filosofia espiritualista antroposófica (BRASIL, 2014).

O uso das práticas integrativas e complementares já tem registros de sucesso terapêutico na literatura científica. É observado seus efeitos benéficos durante a gestação e o trabalho de parto; na qualidade de vida da pessoa idosa, bem como suas possibilidades na atenção básica (SILVA et, al., 2016; AZEVEDO et, al., 2015; ALVIM, 2016).

1.1.2 Educação Popular em Saúde

A Educação Popular alargou as tendas e em seu percurso de mais de cinquenta anos, alocou a pretensão emancipatória no campo da saúde. Na área da saúde, sua emergência acoplou-se mais explicitamente em 1970. Pois, nesse contexto, emergiu-se um cenário de inacessibilidade das camadas populares aos serviços de saúde, e para além, deploráveis condições de renda, moradia e nutrimento. Nesse mesmo período, era elencado um panorama da composição e fortalecimento do estrado da Saúde Coletiva e Saúde/Medicina Comunitária na introdução de conceitos inovadores, pautados de um novo ideário conjuntural sociopolítico: o acesso (BRASIL, 2012).

Em um modelo de educação em saúde marcadamente elitista e a dispor de seus interesses, não é de estranhar que a educação das classes populares tenha se caracterizado por sua negação até o final do século XIX e, posteriormente por uma forma de educação com feições padronizadas e impositivas. Vasconcelos (2015) relembra que o setor de saúde foi permeado pelo viés cultural quando aclamava a salvação nacional pelo conceito de branqueamento da população e imposição comportamental padronizada.

Pelo questionar dos intelectuais, esse viés cultural de branqueamento foi, com resistência, substituído por uma concepção de doença, não mais propriamente racial como

causa da problemática da saúde e subdesenvolvimento do país. Nesse sentido, mostram a questão emergente do saneamento e mobilizam campanhas e serviços para o embate das endemias. Contudo, a educação em saúde neste momento histórico delineou práticas normativas e prescritivas de sobreposição do científico sobre a ignorância do popular. Vasconcelos et al. (2015, p. 92) escrevem que neste cenário:

Se já não se via o povo como culpado pela situação de subdesenvolvimento do país, ele continua, porém, sendo visto como incapaz de contribuições significativas para a solução dos problemas locais, enquanto não melhorasse sua situação de saúde e educação pela implementação das medidas proclamadas.

Após 1930 foi estabelecido um sistema de acesso à saúde denominado previdenciário, sendo este endereçado aos trabalhadores servientes à ‘política’ de trabalho subalterno e registrado. Neste molde, populações a margem dessa forma política foram privadas de ações de saúde. No molde previdenciário, Vasconcelos et al. (2015, p. 93) destacam que ações de saúde de caráter coletivo favoreciam contraditoriamente a expansão da assistência médica individual, o que caracterizou práticas educativas em saúde como “uma forma de substituir e justificar a não organização de serviços de saúde bem estruturados”.

No recorte contextual do governo militar pós 1964, a gestão política de saúde proveu expansão de serviços médicos privados e restrição de ações educativas inclusive pela repressão e restrição de investimentos em políticas sociais. Frente as novas restrições, há novas formas de resistência, pois, a esperança da população junto do embalo de resistência dos profissionais de saúde (nos recônditos da vida política e institucional) tecem novas possibilidades (STOTZ, 2007). Em consonância com esta descrição de resistências sociais, Vasconcelos et al. (2015, p. 98) afirmam que: “Não há como mudar a realidade sem enfrentamentos”.

As concepções da educação popular desvelam que as classes populares não são “simplesmente uma massa de carentes e ignorantes” conforme afirmam Vasconcelos et al. (2015, p. 93), antes, pelo contrário, concebe que as classes populares são compostas de saberes, experiências, possibilidades, criatividade e condição de intervenção sobre os ditames opressores. As bases da educação popular no setor de saúde, enquanto inspiração e práxis, empreenderam aportes e contribuições para a saúde pública antes mesmo da criação do SUS. As práticas de cunho participativo que compuseram as diretrizes da Atenção Básica à Saúde, são uma das principais herdades da presentificada referência da educação popular nas experiências pioneiras de saúde coletiva.

Na década de 1990 houve já reforço nos debates sobre as relações educativas no âmbito da saúde, a criação da Rede de Educação Popular e Saúde elucida bem este reforço. No entanto sabe-se que “não basta alguns saberem fazer; é preciso que este saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde” (VASCONCELOS et al., 2015, p. 95).

Atualmente se galgou o reforço político para maior expressão da educação popular em saúde com a aprovação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde PNEPS, mas a implementação desta carece de intencionalidade política pactuada por livre escolha. Para operacionalizar a PNEPS não se opta por “iniciativas centradas em imposições administrativas e incentivos orçamentários”, todavia, se apela para a aproximação dialógica dos diversos atores sociais para aprofundamento do debate sobre saúde (VASCONCELOS et al. 2015, p. 104).

A educação popular em saúde se apresenta imbuída de uma pedagogia da problematização que, conforme aclaram Vasconcelos et al. (2015), é para além do aspecto didático que se traveste de participação quando em si é por natureza prescritivo. Trata-se de uma base epistemológica que atesta a incompletude de toda ordem de saberes, que por sua vez, suscita a consideração de “saberes vindos da intuição, da sensibilidade e da emoção que surgem na arte, na vida espiritual, no envolvimento amoroso, na contemplação, nas brincadeiras, nas festas e na agressividade guerreira” (idem, p. 98).

A educação popular em saúde preza pela valorização de saberes, jeitos e dimensões negadas pela natureza hegemônica da educação em saúde, dada a altivez de dominação opressora. Quem atua como ator de empreendimento da educação popular precisa de posicionamentos pessoais que solicitam de si formação pedagógica teórica, desenvolvimento emocional, autoconhecimento, criticidade quanto as suas verdades próprias, franqueza e amorosidade (VASCONCELOS et al., 2015, OLIVEIRA, 2010).

Há potencialidades da Educação Popular para o trabalho em saúde, uma vez que esperança humanização. A razão de ser da Educação Popular intenciona comprometimento social junto da classe popular rumo a democratização da nação. É contra uma difusão de informação e convencimento, e a favor da diversidade cultural, fortalecimento das comunidades e luta pelos direitos sociais e cidadania, assim a Educação Popular em Saúde pactua seu esperar (BORNSTEIN, 2006; CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001; MARTELETO; DAVID, 2010; OLIVEIRA, 2010; STOTZ, 2007; VASCONCELOS, 2014; VASCONCELOS et al. 2015; VALLA, 2014).

Pela inspiração dos trabalhos comunitários orientados pela Educação Popular, militantes profissionais de saúde junto da comunidade, têm alocado esta inspiração na

composição de políticas e atuação prática no setor de saúde pública. Esse engajamento político e social já celebra a conquista da criação do Sistema Único de Saúde, e vem caminhando a passos largos para que a comunhão entre Educação Popular e Saúde desfavoreça a ditadura do paternalismo, vanguardismo e autoritarismo que instam presença no setor da saúde pública. Desde 2012 estes passos estão sendo dados em um caminho político e a Educação Popular em Saúde, desde então, se estabelece como uma política nacional do Ministério da Saúde (BONETTI, 2014).

1.1.3 Política Nacional de Educação Popular em Saúde

Brasil (2012) apresenta a PNEPS, denotando-a em contextualização histórica e institucionalização como política. Abarca-se nesta apresentação, os fundamentos políticos pedagógicos do movimento enredado na América Latina na década de 1950 e empreendido no Brasil por Paulo Freire como Educação Popular. Sob a inspiração do humanismo cristão e do pensamento socialista de Marx, Gramsci, Lênin e outros, a Educação Popular tomou forma e pautou sua pretensão de empreender mais que compreensão de leitura de palavras, pretende-se enaltecer a compleição de caminhos com alteridade, autonomia, e, emancipação social, humana e material.

Nos arranjos mais contemporâneos, a Educação Popular em Saúde (EPS) foi realocada em 2005 na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), para compor significativa integração à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS). Há notório destaque à criação em 2009 do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), que subsidiou espaço para sistematização PNEPS-SUS (BRASIL, 2012).

A PNEPS compreende a Educação Popular atrelada a dimensões que integram a vida humana em suas feições culturais e históricas. Se cunha um processo pedagógico que parte dos saberes desenvolvidos no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência dos grupos populares, neste sentido a Educação Popular é:

[...] práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre saberes populares e técnicos-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão (BRASIL, 2012, p. 9).

Sabe-se que o jeito de fazer saúde acumulado nas formas populares de cuidar, desvelam possibilidades de processos de cuidado dialogados e acolhedores da cultura popular, portanto, mais humanizado. A PNEPS compreende esse ‘jeito’ como práticas sociais que fulguram importância enquanto mediação entre os saberes técnicos-científicos e os populares. A Educação Popular em Saúde é reconhecida na PNEPS em dimensões de: arte, espiritualidade, amorosidade, criatividade, diálogo, construção coletiva, pertencimento e constituição identitária (BRASIL, 2012).

A PNEPS considera o protagonismo social como potencial edificador de um processo democrático para além do alheamento indolente. Seus valores, permeados nos princípios teórico-metodológicos, perpassam pelo diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto político democrático e popular (BRASIL, 2012).

Em um contexto de hegemonia da cultura medicamentosa e hospitalar que perpetua uma racionalidade fragmentada do ser humano, é preciso reorientar formas de cuidado que humanize a práxis em saúde. Frente aos desafios elencados, Brasil (2012) apresenta como Eixos Estratégicos para implementação da PNEPS a consideração atenta dos seguintes termos: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais.

A Educação Popular em Saúde como política pública é a expressão do ato político da educação, ou mesmo a afirmação de Freire (2015a, p. 108) de que a educação “ela é política” pois: “A raiz mais profunda da politicidade da educação se acha na educabilidade mesma do ser humano, que se funda na sua natureza inacabada e da qual se tornou consciente”. Desta forma, a educação não deixa de ser educação quando é política, muito pelo contrário, ela só é educação se não negar sua natureza política. Como política institucionalizada (política pública redigida em documento nacional para institucionalização no sistema e nos serviços) a educação popular pode somar forças, dada a sua *generalização*¹¹ no sentido de estabelecimento de uma rede maior.

A presença humana no mundo é presença ética e práxis política¹². Freire (2015a, p.100) escreve que esta presença não pode ser negada, em suas palavras: “Presença humana,

¹¹ Esta potencialidade política é apresentada no estudo de Bonetti et al. (2014) no sentido de possibilidade de expressão não só local e isolada, mas nacionalmente instituída e refletida.

¹² Em consonância com Brasil (2012, p. 9) a Educação Popular em Saúde é entendida nesta proposta política como “[...] práxis político-pedagógica...”, neste sentido é também presença humana.

presença ética, aviltada toda vez que transformada em pura sombra”. Seja na experiência da humanização ou de desumanização (como a transformação em pura sombra) a experiência só é possível pela presença encarnada de nosso ser, munido de intencionalidade pelo encontro de intersubjetividades (eu e o outro) no mundo, pois o encontro de consciência e mundo origina ambos na percepção de Merleau-Ponty (1996).

Como negação da negação do humano rumo a humanização, a Educação Popular em Saúde, como proposta política, adota conceitos fundamentais para diretrizes de sua práxis. Tem-se um fundamento e uma utopia¹³ que se direciona para a construção de um projeto político democrático e popular. Mas na falta da democracia torna-se impossível o diálogo como vocação. A recente democratização do Estado Brasileiro ainda engatinha e necessita de superação desta inexperiência democrática. A educação como práxis de libertação prevê o diálogo como principal sinal do exercício da mesma. Para tanto é necessária uma educação problematizadora que considere a contextual realidade da sociedade em questão. Neste sentido Freire (2007, p. 114) escreve:

O que teríamos de fazer, uma sociedade em transição como a nossa, inserida no processo de democratização fundamental, com o povo em grande parte emergindo, era tentar uma educação que fosse capaz de colaborar com ele na indispensável organização reflexiva de seu pensamento. Educação que lhe pusesse à disposição meios com os quais fosse capaz de superar a captação mágica ou ingênua de sua realidade, por uma predominantemente crítica. Isto significa então colaborar com ele, o povo, para que assumisse posições cada vez mais identificadas com o clima dinâmico da fase de transição. Posições integradas com as exigências da democratização fundamental, por isso mesmo, combatendo a inexperiência democrática.

Somada a esta concepção, Paulo Freire em outra obra, afirma a necessidade do diálogo e a incoerência entre a fala e o feito, caso seja negado ao outro o direito de dizer sua palavra e se humanizar:

Falar, por exemplo, em democracia e silenciar o povo é uma farsa. Falar em humanismo e negar os homens é uma mentira. Não existe tão pouco diálogo sem esperança. A esperança está na própria essência da imperfeição dos homens, levando-os a uma eterna busca. Uma tal busca, como já vimos, não se faz no isolamento, mas na comunicação entre os homens – o que é impraticável numa situação de agressão (FREIRE, 2006. p. 94).

¹³ Fundamento e utopia no sentido que tem como base para se chegar a ser, uma vez que ainda não o é. (FREIRE, 2015a).

Contextualizada no campo da saúde, sabe-se que muitos estão impedidos de *dizerem de sua palavra* e se instaura neste campo uma *cultura do silêncio*¹⁴ como um silenciamento que interdita a humanidade do outro. Os saberes e jeitos populares de conceber e fazer saúde muitas vezes são negados e desqualificados pela postura e discurso técnico científico. A interdição de sua atuação e voz, os colocam em mundo dado e como tal, digno de submissão, muito claro na postura prescritiva do profissional de saúde. A Educação Popular como política pública de saúde se apresenta como crítica e uma *práxis* dessa realidade violenta e silenciadora. O diálogo, como elemento estimado pela Educação Popular em Saúde, precisa acontecer pela pronúncia da palavra autêntica que pronuncia o mundo para transformá-lo e, não como um mero comunicado de *palavra inautêntica*¹⁵.

A Educação Popular como política pública de saúde também cunha duas importantes considerações de política. A primeira se refere a uma intervenção política que considera e legitima à *vontade-de-vida*¹⁶ dos povos, no sentido de tornar expresso a preservação da vida digna humana, ao passo que, considera o humano em sua multidimensionalidade e integralidade. A segunda, faz referência a *vontade-de-poder* do povo expressa no *poder obediencial*¹⁶ de fazer do poder político, não um exercício da dominação, mas, da obediência delegada de representação, como uma espécie *hiperpotentia*¹⁷ para ascensão do povo e não fetichização do poder como dominação e ascensão de um.

A Educação Popular em Saúde como política é uma *práxis* que traz em bojo: uma pedagogia encarnada, pois é *práxis*; até mesmo uma filosofia encarnada, pois é *práxis*; um corpo encarnado em multidimensionalidade de percepção, pois é *práxis*; um fazer político encarnado, pois é *práxis*. E que seja *práxis* de libertação e presença humana para humanização.

¹⁴ As ações político-culturais das classes dominantes produzem sujeitos e culturas silenciadas. É uma ação de seleta classe que interdita outras culturas e pessoas. As classifica como sendo inferiores e portanto, não digna de dizerem a sua palavra. A interdição de sua atuação e voz, os colocam em um mundo dado e como tal, digno de submissão. Conceito abordado por Freire (1979; 2015b).

¹⁵ É a palavra que é verbalismo e bla'blá blá que é alienada e alienante (FREIRE, 2015b, p. 108).

¹⁶ É um *querer-viver* do ser humano expresso em sua vontade. Conforme Dussel (2007, p. 26) “A vontade de viver é a essência positiva, o conteúdo como força, como potência que pode mover, arrastar impulsionar”. ¹⁶ É uma forma de exercício do poder político que está em obediência ao interesse do povo. Nas palavras de Dussel (2007, p. 39) “É eleito para exercer *delegadamente* o poder da comunidade”.

¹⁷ É mencionado por Dussel (2007, p. 102) como vontade do povo em que: “O povo aparece como ator coletivo, não essencial nem metafísico, mas sim conjuntural, como um ‘bloco’ que se manifesta e desaparece, com o poder *novo* que está sob a *práxis* de libertação anti-hegemônica e da transformação das instituições”.

2 CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA E PROCESSOS EDUCATIVOS

O estudo do caso da construção da PMPICEPS, na ótica de *práticas sociais e processos educativos*, implica na compreensão de que a construção da PMPICEPS é uma prática social e, que nesta prática há processos educativos. Para construção desta compreensão, parte-se de uma visão de que para se chegar a este entendimento das práticas sociais e processos educativos no contexto brasileiro, é necessário situá-los cultural, histórica e politicamente no nosso continente, na América Latina (OLIVEIRA et, al. 2014). Por esta razão, neste capítulo é abordada primeiro a ideia de *ser mais* América Latina com vistas lançadas ao campo da saúde numa perspectiva de educação. A seguir é apresentada uma breve compreensão de práticas sociais e processos educativos, e, por fim, é denotada a construção de política pública de saúde como prática social.

2.1 *Ser Mais* América Latina

*Ser mais*¹⁸ é um conceito e uma práxis de condição humana para a humanização, uma vez que a educação é um quefazer humanista e libertador. Dado ao inacabamento humano e histórico, a possibilidade de *ser mais* é um imperativo ontológico de ser humano. A humanização para Freire (2015b) é o projeto que esboça a condição de uma educação libertadora; é a passagem de consciência ingênua para uma consciência crítica.

Tem-se o entendimento que para alcançar a compreensão de práticas sociais e processos educativos delas decorrentes no contexto brasileiro, se constitui necessário situá-los na América Latina não só geograficamente. A singularidade deste situar nos aproxima mais das experiências dos povos (também nossa) que provaram da desventura colonialista neste continente. A propósito, Oliveira et al. (2014, p. 32) advertem que:

Produzir conhecimentos na perspectiva da América Latina exige nos libertarmos de referências dogmáticas construídas a partir de experiências alheias a nossos valores e culturas. A sobrevivência de nossas culturas, modos de ser e viver, evidencia nossa humanidade, contrariamente ao que apregoaram e apregoam os colonizadores que nos “inventaram” sem alma, inteligência e valores.

¹⁸ Conceito e práxis que Freire (2015b, p. 104) chamou de “humanização dos homens [...] sua vocação histórica realizada na comunhão, na solidariedade dos existires” (*grifo meu*).

A tentativa europeia de invenção dos povos latino-americanos deixou patente aos olhos o quanto a existência e resistência de povos triunfaram na prova da sobrevivência. Neste sentido, escrevo:

O criacionismo Europeu

Disse a Europa: Façamos o mundo conforme nossa imagem e semelhança.

Quanto aos homens: os façamos para nossa abastança!

Ah, e as mulheres, para nossa liderança.

Em nosso ‘nosso’ só cabe o que emposso

O Padre-Nosso não é vosso

É o coro que endosso [...]

Posso, na única história de nossa lembrança, fazer que sejam tua a fiança.

Disse o Outro: não obrigado (a).¹⁹

A crítica ao eurocentrismo é arguida por Dussel (2005) no texto *Europa, modernidade e eurocentrismo*, em que o autor a partir do deslizamento conceitual (semântico de Europa) descentraliza a pretensão cêntrica da Europa nos aspectos de sequência histórica, sequência ideológica, e em termos de culturas e área de contato em recorte temporal (em fins do século XV). Em oposição a centralidade europeia, o autor ainda apresenta dois conceitos de ‘modernidade’, que por si só, já atesta o existenciar de mais de ‘um’, o que pontilha a crítica contra a hegemonia eurocentrada. E para além, Dussel (2005) ainda desvela o mito da ‘modernidade’ e se opõe a ela propondo sua superação pela ideia de transmodernidade. *Ser mais América Latina* convoca a uma autoria própria até de uma filosofia. Neste sentido é que Dussel (1995b) introduz a filosofia da libertação também chamada filosofia latino-americana.

Na obra *Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão* Dussel (1995a, p. 18) constata que a experiência inicial da Filosofia da Libertação consiste em “descobrir o “fato” opressivo da dominação, em que os sujeitos se constituem “senhores” de outros sujeitos” e partindo daí apresentar uma resposta responsável ao apelo de vida do outro²⁰. A filosofia da libertação latino-americana é para o autor um ponto de partida que destina atenção a realidade regional própria que defronta “a existência de tipos de opressão que estão a exigir não apenas

¹⁹ Texto de autoria própria escrito a partir das reflexões de uma aula da disciplina de Práticas Sociais e Processos Educativos do PPGE/UFSCar.

²⁰ *Outro* aqui refere-se a *exterioridade* (o que está fora, a margem, à serviço da dominação) da *totalidade totalizante* (hegômica, autocentrada, dominadora, dita como a única e sobredeterminada verdade).

uma filosofia da liberdade, mas uma filosofia da “libertação” (em forma de ação, em forma de práxis, cujo ponto de partida é a opressão e cuja a meta a atingir é a libertação...)”(idem, p. 46).

Ser mais América Latina, no campo da saúde, propõe pensar a continuidade de um sistema de saúde nascido no Brasil (embora com referências globais) como resultado da luta engendrada pelos movimentos sociais que expressaram sua *vontade-de-vida* na luta pela saúde. A luta pela saúde, é neste momento, mais que uma redação de mais uma política, é uma aposta de que a expressão da *vontade-de-viver* como *vontade-de-poder* da comunidade, sirva para reinvenção de um sistema de saúde que embata o poder *fetichizado* que só faz vigorar a política como personalismo da hegemonia. *Ser mais* América Latina, no campo da saúde, faz uma convocação de pensar a saúde, não só como direito, mas como cultura.

Neste sentido, as constatações feitas a respeito do diagnóstico²¹ da saúde pública em nosso país, convoca uma intervenção maior que uma crítica como um fim em si mesma, convoca uma práxis, práxis esta de humanização e libertação. Se faz necessária a libertação de tutelas opressivas que desqualifica o saber popular, necessária ainda, a libertação do ditatorial hegemônico saber biomédico (como único) entre tantos outros quefazeres.

A noção de humanização perpassa pela compreensão de ‘ser humano’ que a educação popular como referencial adota. Nesta compreensão, ‘ser humano’ não é apenas nascer da espécie. Ser humano é fazer-se humano no encontro com o outro, no tempo e no mundo. Freire (2011) expõe que ser humano é ser histórico, e assim sendo, o ser humano é ontologicamente histórico e se constitui ao se reconhecer intersubjetivamente na criação e recriação de um mundo comum.

Para Fiori (2014), o ser humano é uma encarnação objetiva da subjetividade, é o sujeito no mundo de objetos. A encarnação deste subjetivo ser humano é em tons de comunhão, logo não há apenas subjetividade, mas intersubjetividades. Neste sentido, as relações que se sobrepõe a outras de maneira hierarquizada, pressupõe um ditame opressor que aniquila as relações intersubjetivas, o que bem caracteriza a alienação do homem pelo homem.

Somada a essa concepção, Dussel (1997, p. 192) outorga ao humano condição cultural:

²¹ Os estudos de Oliveira (2010); Santos (2013); Valla (2014); Vasconcelos (2015) mostram aspectos importantes deste “diagnóstico”, por exemplo: As tutelas opressivas; a desqualificação do saber popular; o subfinanciamento do SUS; a errônea interpretação dos profissionais frente ao fazer popular etc.

Sabe-se que um fóssil é humano porque junto aos seus restos ósseos encontra-se um “meio” natural modificado por uma inteligência prática produtiva criadora do não dado. O natural e o cultural diferenciam-se, essencialmente, enquanto que o cultural tem o homem como origem e fundamento.

Assim sendo, o ser humano é uma edificação continuada e permanente de ser, ou seja, é sendo com os outros no tempo e no mundo. A educação então, só é possível enquanto processo deste processo de ser.

Como a noção de ‘ser humano’, na referência que a educação popular adota, considera a intersubjetividade (uma vez que somos com o outro, na história e no mundo), logo, a noção de educação tem características intersubjetivas, históricas e contextuais, que no caso desta pesquisa parte da ideia de *ser mais* América Latina.

Considera-se que a educação é ato permanente, presentificado em toda vida do ser humano e em toda história humana, por causa da condição inconclusa da história e do humano. Freire (2015 b, p. 102) a partir desta inconclusão (inacabamento) afirma a possibilidade de que a educação aconteça, pois: “Daí que seja a educação um quefazer permanente”. A educação está mutuamente implicada a conscientização e a intersubjetividade no cenário vivo do mundo e da cultura.

Para Fiori (2014, p. 55) a educação e a conscientização são uma implicação mútua, e assim taxativamente afirma que: “Educação e conscientização se implicam mutuamente”. A conscientização é trabalho de mãos conjuntas, é trabalho coletivo, de acordo com o que Freire (2015b, p. 20) corrobora: “[...] ninguém se conscientiza separadamente dos demais”.

Para compreender a ideia de conscientização é preciso acrescentar a necessária relação entre consciência e mundo, pois ambos são os compositores da realidade. Esta realidade não se refere a uma realidade assistida (dada) e sobremodo determinada, mas, a uma realidade construída pela intervenção no mundo, pois o ser humano está objetivado no mundo não como criação dele, mas como intervenção nele. Neste sentido de intervenção é que Fiori (1991, p. 84) é enfático ao afirmar que: “A educação, pois, é libertadora ou não é educação”.

Entretanto, para Freire (2015a) a educação como forma de intervenção no mundo, não é necessariamente de libertação (embora é desejável que seja), pois pode servir a diferentes interesses. Neste sentido, a educação como experiência especificamente humana é uma ontológica intromissão de atuação, seja para humanização ou para desumanização, ou seja, esta intervenção pode tanto rebelar-se contra a transgressão da ética que mata e viola o humano, quanto pode servir para “imobilizar a história e manter a ordem injusta” (idem, p. 107).

Em sentido de intervenção para a libertação, a educação nessa concepção é, o “processo histórico no qual o homem se re-produz, produzindo seu mundo” (FIORI, 2014, p. 70). Nesse enveredar humano histórico cultural, a educação (libertadora) é sinônimo de possibilidade que revela a intervenção do ser humano no mundo e sobre si, como quem humaniza o que toca enquanto humaniza-se e se constitui sendo, fazendo e refazendo-se. Nas palavras de Freire (2000, p. 40):

A educação tem sentido porque o mundo não é necessariamente isto ou aquilo, porque os seres humanos são tão projetos quanto podem ter projetos para o mundo. A educação tem sentido porque homens e mulheres aprenderam que é aprendendo que se fazem e se refazem, porque mulheres e homens se puderam assumir como seres capazes de saber, de saber que sabem. De saber melhor o que já sabem, de saber o que ainda não sabem. A educação tem sentido porque, para serem, mulheres e homens precisam de estar sendo. Se mulheres e homens simplesmente fossem não haveria porquê.

No sentido de comunhão Freire (2015b, p. 71) anuncia: “Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”.

Educar-se e educar neste sentido se faz em esperança. Em um contexto em que o sonho é rechaçado de teimosia ou utopia vã, Freire (2011) enuncia a esperança como um imperativo existencial e histórico. A esperança é necessária, contudo não é suficiente diante das batalhas que são erigidas. Conceber a esperança como ferramenta única de transformação social é uma ingenuidade que tomba na desesperança e no fatalismo. Por outro lado, conceber uma luta sem esperança, é cientificidade frívola. Ademais, a esperança é inerente ao ser, como uma necessidade ontológica, contudo, carente de materialidade prática para tornar-se concretude histórica.

2.2 Práticas Sociais e processos educativos

É no cenário vivo da cultura que as práticas sociais são oriundas e geradoras da interação. As práticas sociais se constroem entre relações que se estabelecem “entre pessoas, pessoas e comunidades nas quais se inserem, pessoas e grupos, grupos entre si, grupos e sociedade mais ampla, num contexto histórico de nação e, [...] entre nações” (OLIVEIRA, et al. 2014, p. 33). Seus propósitos têm nuances duais. Por um lado, podem visar mudança de realidades tidas como impiedosas, por outro, podem ingressar e perpetuar mantenedores da iniquidade e obreiros do preconceito. Referente aos objetivos das práticas sociais, sabe-se que são variados e não são todos conhecidos para mencioná-los aqui. Contudo, Oliveira et al. (2014, p. 33 e 34) destacam alguns:

Repassar conhecimentos, valores, tradições, posições e posturas diante da vida; suprir necessidades de sobrevivência, de manutenção material e simbólica de pessoas, grupos ou comunidade; buscar o reconhecimento dessas necessidades pela sociedade; controlar, expandir a participação política de pessoas, de grupos, de comunidades em decisões da sociedade mais ampla; propor e/ou executar transformações na estrutura social, nas formas de racionalidade, de pensar e de agir ou articular-se para mantê-las; garantir direitos sociais, culturais, econômicos, políticos, civis; corrigir distorções e injustiças sociais. Buscar reconhecimento, respeito, valorização das culturas e da participação cidadã de grupos sociais, étnicos-raciais marginalizados pela sociedade; pensar, refletir, discutir e executar ações.

O acontecimento da educação, em seus processos, ocorre nas mais variadas práticas sociais. A participação humana nos ajuntamentos sociais caracteriza as possibilidades de atuação. Nas palavras de Oliveira et al. (2014, p. 35 e 36):

Nas práticas sociais promove-se formação para a vida na sociedade por meio de processos educativos que estas desencadeiam; assim tem sido em todas as sociedades ao longo da história humana [...] vão construindo juntos um jeito de viver tramando em opções, posturas presentes em todos os âmbitos de sua participação.

O encontro entre pessoas na condição de ser social humano, é o espaço privilegiado aonde a educação acontece. A educação é como um ato de cultura, uma vez que decorre do ajuntamento humano em seu percurso histórico. É no interior das práticas sociais que o saber é construído, interpretado, organizado, mantido ou mesmo desconstruído. O saber propicia a experiência, que toma teor de experiência intersubjetiva, ao passo que tem sua expressão de sobrevivência. A manutenção da sobrevivência humana (digna ou não) é possível na interação deste humano consigo mesmo, com o mundo e com outro. Neste sentido, Oliveira et al. (2014, p. 34) discorrem:

As práticas sociais se estendem em espaço/tempo construído por aqueles que delas participam, seja compulsoriamente, seja por escolha política ou de outra natureza. Sua duração – permanência, desaparecimento, transformação – depende dos atores que as constroem, desenvolvem, mantêm ou suprimem bem como dos objetivos que com elas se quer atingir e do momento histórico.

Diante do exposto, percebe-se que as práticas sociais estão emaranhadas na criação das identidades, pois têm sua presença em toda a história da humanidade, nas culturas, e nas relações compositoras da estrutura social. Oliveira et al. (2014) delatam a dualidade das práticas sociais no sentido de finalidade e participação, ou seja, a finalidade das práticas podem tanto construir ações libertadoras e humanizantes, quanto manter iniquidades e caráter opressor em suas ações; a participação nestas práticas podem tanto ser por escolha livre,

quanto por imposição, desta forma, as expressões tanto podem ser espontâneas, quanto obstadas.

É no interior das práticas sociais que a educação acontece, práticas sociais estas, entendidas como a relação entre os ‘pares’ sociais mediatizado no e pelo mundo. Neste teor Freire (2015b, p. 95) taxativamente afirma que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.

Os processos educativos decorrem de práticas sociais, pois nos espaços compartilhados tidos formais ou informais é aonde a educação acontece, é aonde conjuntamente se aprende e ensina. Os espaços escolares não são os únicos lugares onde reside a possibilidade de aprender e ensinar. Estudos tem mostrado que diferentes espaços e práticas sociais são celeiros dos mais variados processos educativos. (VASCONCELOS, 2014; OLIVEIRA et al. 2014; JOLY et al. 2014).

Os processos educativos, seja como ensino ou como aprendizagem, permeiam as práticas das sociedades nos mais variados sentidos. Representa as marcas cotidianas de cada interação como uma sistematização e síntese da coexistência de práticas sociais e suas reconfigurações. Esses processos, são em consequência, mais amplos que o ensino em instituições especializadas como a escola, embora ocorra também nesses espaços, contudo os transcendem, por se dá nas mais variadas práticas sociais (OLIVEIRA et al. 2014).

2.2.1 Processo de construção de política pública como prática social

A prática social elegida neste estudo de caso e pesquisa de mestrado é a prática dos processos de construção da PMPICEPS. No processo de implementação existe um ciclo já convencionalizado nos casos de políticas públicas de saúde, os ciclos²² ou fases são: a) Agenda: em que são selecionadas as prioridades; b) Formulação: em que são apresentadas soluções ou alternativas; c) Implementação: em que são executadas as políticas; d) Avaliação: em que ocorre a análise das ações tomadas.

No caso da proposta deste estudo, os ciclos compositores deste processo como prática social, são os que em tempo hábil foram possíveis, visto que a política está em processo inicial com propósito de implantação e implementação. Portanto, é denominado como prática

²² Ciclos descritos por Howlett; Ramesh 1995. Estes ciclos não são necessariamente ordenados, ou seja, são processos que podem ou não ocorrer nesta ordem. No caso do estudo proposto como projeto de mestrado, o processo de implementação em questão de estudo será visto em ciclos esmiuçados conforme a ordem (múltiplas, portanto multicíclicas) de ações feitas pela comissão da política em consonância com o tempo do curso do mestrado.

social a construção da PMPICEPS considerada em ciclos próprios de constituição contextualizada à realidade local.

Existe uma comissão que trabalha no processo de implementação da PMPICEPS no SUS do município de São Carlos-SP. Esta comissão é composta por pessoas que se constituem como um grupo que visa uma intervenção política para a transformação de uma realidade identificada como injusta²³. No interior deste grupo, certamente há processos educativos que daí emergem. Evidentemente, em um mesmo ajuntamento grupal, há diversas práticas sociais. Contudo, a prática de construção de política pública (em processo) é razão principal de encontro deste grupo, o que justifica olhar para esta prática no grupo em questão.

Oliveira et al. (2014) apresentam alguns aportes que orientam como olhar para a prática social na busca da compreensão de seus processos educativos. Conforme os (as) autores (as): “Está inserção é insuficiente se ficar apenas no olhar e não houver participação ou se ficar apenas na procura de resultados, sem se perguntar sobre o processo (idem, p. 40). Daí a importância de se atentar, neste momento de construção da PMPICEPS, para o processo, tanto de construção, quanto de escrita desta construção no ato desta pesquisa em questão.

A implementação de políticas públicas é tema em voga, mas não foi sempre assim. Faria (2012, p. 8) escreve que a implementação de políticas públicas que hoje é “vista como particularmente complexa e problemática, demandando atenção sistemática, não apenas dos gestores públicos, mas também dos analistas acadêmicos”, anteriormente, não merecia a atenção de acadêmicos e pessoas da comunidade por ser assunto de política. Esta visão reacionária de políticas públicas, hoje é embatida pela ênfase que as políticas têm ganhado visibilidade nos assuntos acadêmicos, midiáticos, institucionais e governamentais, mesmo com tantos repasses ideológicos.

Ohlweiler (2007) aponta que as políticas públicas são importantes para a realização da democracia no Brasil, de modo tal a denominar que as políticas públicas constitucionais, são a própria possibilidade de materialização das ações da democracia. Segundo o autor, as políticas, em seu processo de construção, carecem veementemente de um “modo-de-ser mais dialógico e não fundadas em estruturas concentradas”, pois a “abertura dialógica é crucial para aumentar o nível de legitimidade” (idem, p. 285).

²³ Refere-se a realidade de uma hegemonia que nos processos e práticas profissionais no campo da saúde, reproduzem formas opressoras, como por exemplo, a predominância do modelo biomédico que fragmenta a noção de saúde, e, enquanto centrado modelo único, tende a desqualificar outros jeitos de conceber e fazer saúde (STOTZ, 2007).

Faria (2012) afirma que no processo de construção ou formulação de políticas públicas é possível fazer da implementação, tanto bem-sucedida quanto não, pois reconhece-se que este processo pode ser o principal responsável pelo baixo impacto das políticas. Portanto, o estudo da implementação de políticas públicas se justifica de muitas maneiras:

(a) pelo fato de esse processo muitas vezes acarretar alguma forma de frustração para os decisores, muitas vezes eleitos com o propósito de priorizar/solucionar determinadas questões percebidas como problemáticas pelo cidadão/eleitor; (b) pelo reconhecimento de que a política não se traduz em prática e muito menos em resultado bem-sucedido, pela simples disposição de autoridade, autorização e mobilização de recursos e *expertise*; (c) pela necessidade de se maximizar o impacto do gasto público; (d) pela necessidade de se monitorar o comportamento dos agentes mobilizados para a implementação; (e) para se produzir informações necessárias para que políticas futuras possam ser mais bem-sucedidas; e (f) para que a máquina estatal, de complexidade crescente, seja mais amplamente compreendida (FARIA, 2012, p. 11).

A causa do insucesso de muitas implementações de políticas públicas atribui-se ao fato de centralização dos processos construtivos e decisórios que desconsideram as realidades locais e específicas (LOTTA, 2012; CONTIJO, 2012; OHLWEILER, 2007). Neste sentido, o referencial da educação popular, no campo saúde, enfatiza metodologias dialógicas e princípios facilitadores que possibilitam articulações entre poderes, propiciando maior participação popular e controle social da sociedade sobre o Estado (VASCONCELOS, 2015).

O planejamento/construção/elaboração de políticas públicas é caracterizado por desafios, uma vez que há problemas já conhecidos deste processo em países em desenvolvimento como o Brasil. Oliveira (2006, p. 273) indica que os principais problemas estão relacionados ao tecnicismo, à burocracia de formulação e controle e, às previsões dos economistas, que “tende a colocar sombra na parte mais importante do planejamento: o processo de decisão, que é uma construção política e social”. Nesse sentido, é que se alcança o entendimento de que a construção de políticas precisa ser compreendida como processo, e não apenas como produto técnico.

A importância desse processo aparece principalmente na implementação, pois esta estará entre a intenção/expectativa e os resultados/práticas percebidos da política. Por isso, para que a implementação ocorra como uma intenção (não neutra), é necessário que a construção que a precede, seja caracterizada em seus processos decisórios por um planejamento político-social, de decisão, que é uma construção política e social que “depende de informações precisas, transparência, ética, temperança, aceitação de visões diferentes e vontade de negociar e buscar soluções conjuntas que sejam aceitáveis para toda a sociedade,

principalmente para as partes envolvidas, levando continuamente ao aprendizado” (OLIVEIRA, 2006, p. 273). Portanto, se a condução do processo de planejamento/construção/elaboração de políticas públicas culmina em aprendizados, entende-se que, enquanto prática social, decorre de e geram interações entre pessoas, grupos e ambientes [natural, social e cultural], sendo assim, constitui-se um espaço privilegiado para a ocorrência dos processos educativos (OLIVEIRA et al. 2014).

3 VEREDAS DA PESQUISA: METODOLOGIA

O objetivo geral deste estudo é: entender os processos educativos decorrentes do decurso político que intenciona a implementação da PMPICEPS. Os objetivos específicos são: registrar um histórico bibliográfico e oral do processo de construção da PMPICEPS; identificar, descrever, compreender e analisar os processos educativos intrínsecos a prática de construção da PMPICEPS.

Para que se pudesse alcançar esses objetivos, foi traçado um trajeto metodológico. As linhas que seguem abaixo explicitam sobre este trajeto:

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de caso de cunho qualitativo, denominado como pesquisa estratégica, orientado pelo referencial da educação popular freireano²⁴, pelo referencial dusseliano²⁵.

Um estudo qualitativo conforme Minayo (2004, p. 10) é entendido e dotado de “SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Neste sentido, Oliveira et al. (2014) alertam que a pretensão de pesquisa em práticas sociais ultrapassa a intencionalidade puramente de ordem pessoal, pois lança o olhar e enraíza-se no comprometimento com a edificação de uma sociedade mais justa em direitos iguais e tratamentos diversos que reconheça o humano. Chizzotti (2006, p. 79) complementa que: “O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações”.

No campo da pesquisa social há cinco diferentes modalidades: 1) pesquisa básica; 2) pesquisa estratégica; 3) pesquisa orientada para um problema específico; 4) pesquisa-ação 5) pesquisa de inteligência. O tipo de pesquisa que melhor alude o conhecimento e avaliação de políticas e mais apropriado para investigações sobre saúde é a pesquisa estratégica. Minayo (2004, p. 26) denota a pesquisa estratégica como aquela que:

²⁴ Referencial freireano faz referência a educação popular na perspectiva de Paulo Freire, como principal autor.

²⁵ O referencial dusseliano significa nesta proposta as contribuições de alguns postulados, conceitos e ideias de Enrique Dussel que compõem a articulação na análise dos dados. A principal obra de fonte de extração, reflexão e articulação conceitual é: *20 teses de política* (Expressão Popular: 2007).

[...] baseia-se na teoria das ciências sociais, mas orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas. Ela tem finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. Seus instrumentos são os da pesquisa básica tanto em termos teóricos como metodológicos, mas sua finalidade é a ação. Essa modalidade seria a mais apropriada para o conhecimento e avaliação de Políticas, e segundo nosso ponto de vista, particularmente mais adequado para investigações sobre Saúde.

No caso desta pesquisa de mestrado, a pesquisa estratégica é adequada para responder aos objetivos do estudo, dado que tem como meta também contribuir, tanto com a implementação da PMPICEPS em São Carlos- SP, quanto com o registro deste processo para inspiração de outros municípios que porventura quiser implementar.

As leituras do referencial da educação popular na perspectiva freiriana, atendem tanto como referencial de análise, quanto referencial de inserção e participação. O referencial dusseliano é de singular importância na construção deste estudo por subsidiar a possibilidade de se pensar e problematizar, tanto a política, quanto seu entorno contextualizado à América Latina.

O estudo de caso é uma caracterização de pesquisa que retrata e registra aspectos de um caso vigente para o relatório ordenado e crítico de uma experiência (CHIZZOTTI, 2006). O autor aponta que o caso avaliado está a serviço de intervenção posterior, dado a sua fidedignidade. Conforme escreve:

O caso é tomado como unidade significativa do todo e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto propor uma intervenção. É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2006, p. 102).

Para Bogdan e Biklen (1994) o estudo de caso pode ser um começo para uma intervenção posterior e para estudos mais complexos. O processo do estudo do caso passa dos aspectos mais gerais (os que envolvem a aproximação e procura de indícios e possibilidades) para os mais específicos (que implica na delimitação da atividade de trabalho e tema de estudo). Nas palavras dos autores: “O plano geral do estudo de caso pode ser representado como um funil [...] O início do estudo é representado pela extremidade mais larga do funil [...] De uma fase de estudo mais alargada passam para uma área mais restrita de análise dos dados” (idem, p. 89 e 90).

3.2 Procedimentos Metodológicos

Sob o referencial metodológico supracitado, os procedimentos adotados se valeram de etapas: fase exploratória (levantamento, seleção do caso, delimitação); coleta de dados instrumentalizada por entrevistas gravadas e diário de campo; inserção e convívio junto ao grupo (que perpassa todas as etapas).

É premissa metodológica da Linha de Práticas Sociais e Processos Educativos o estar junto num andar em que a “atenção ao trajeto nesse caminhar permite a descoberta ou mesmo a abertura a novos caminhos que tragam a possibilidade de experienciar, refletir, com vagar na [...] busca que também é pelos detalhes do dia a dia, aperfeiçoando nosso olhar junto à comunidade, o ambiente pesquisa que nos é, em certa medida, estranho”. (OLIVEIRA et al. 2014, p. 40). Sob este pressuposto, a inserção em campo, junto dos diversos participantes que compuseram este estudo, foi uma primazia metodológica. Dessa forma, após a escolha deste campo, como o espaço temático deste estudo, a inserção junto ao grupo nas reuniões, trabalhos e discussões foram necessárias e de singular importância.

Para tanto, primeiro foi feito um levantamento dos possíveis informantes²⁶ relacionados ao projeto de pesquisa em questão. Este levantamento compôs uma espécie de fase exploratória. A partir deste levantamento, foi selecionado referências significativas que tangem a temática²⁷. Após a seleção foi realizada uma delimitação, no sentido de precisar aspectos que viabilizem a reunião de informações suficientes, para que a partir do campo específico se possa alcançar a necessária compreensão.

Assim, compõe este estudo seis informantes que em termos de amostra, é uma amostra não-probabilística, ou seja, é uma composição intencional por julgamento que considerou dentro grupo de disponíveis, pessoas que retratassem diferentes aspectos do mesmo fenômeno e que de alguma forma pudesse falar de diferentes pontos de vista pra pluralizar os dados e potencializar a discussão. Esta forma de seleção aglutinou representação de diferentes segmentos (universidade, rede de saúde pública, prefeitura, ong).

Como neste estudo de caso houve mais de um caso (por ser um engajamento político, portanto coletivo) a coleção dos casos seguiu a recomendação de crivo feita por Chizzotti

²⁶ Este levantamento se deu no próprio convívio com o grupo por indicação e inserção que tiveram como facilitadoras a Maria Waldenez de Oliveira e a Iraí Maria de Campos Teixeira, também colaboradoras e participantes desta pesquisa.

²⁷ Não que toda a composição de pessoas da comissão desta intenção política não seja importante, mas não teria tempo hábil para entrevistar e dialogar com todos, então foi necessária uma delimitação.

(2006, p. 103): “a coleção deles deve cobrir uma escala de variáveis que explicita diferentes aspectos do problema”, e, portanto, não carece que todos necessariamente componham com relatos o estudo.

Feito este levantamento, seleção e delimitação, os dados no exercício do trabalho de campo foram coletados para reunir e organizar um conjunto comprobatório de informações. Neste processo por vezes são necessárias negociações prévias no caso de dados que dependem da anuência de hierarquias e de cooperação das pessoas informantes, além é claro da disposição do tempo de cada participante, que apesar da boa vontade, falta tempo. A documentação das informações foi efetivada por instrumentos de coleta e registro como: uso de entrevista semi-estruturada²⁸, gravador e diário de campo. Também foi angariado qualquer tipo de informação disponível (escrita, oral, gravada, filmada)²⁹. Todo este processo sempre precedido por uma fase exploratória e de continuidade que “prevê idas ao campo antes do trabalho mais intensivo, o que permite o fluir da rede de relações e possíveis correções já iniciais dos instrumentos de coleta de dados” (MINAYO, 2004, p. 103).

3.2.1 Sobre a Inserção

Como já supracitado, a inserção compõe proeminentemente a trajetória deste estudo. Quando o pré-projeto de mestrado foi submetido ao PPGE da UFSCar e aprovado, tinha-se apenas a intenção de estudar algo relacionado a PNEPS, mas algo sem campo, sem corpo. E, coincidentemente, chego em São Carlos-SP no momento em que esse processo de construção da política municipal de contextualização da PNEPS e PNPIC acontecia a plena força e a passos firmes. Em setembro de 2015³⁰ acontecia em São Carlos-SP partes iniciais do processo de construção da política municipal para implementação da PNEPS e PNPIC. Faziam parte deste grupo Maria Waldenez de Oliveira e Iraí Maria de Campos Teixeira que me apresentaram este processo a partir da leitura compartilhada que fizeram do pré-projeto de pesquisa. Então, posteriormente com o consentimento de minha orientadora e meu, gentilmente me apresentaram as pessoas que compunham as ações de construção da intencionada PMPICEPS. Nesta inserção e acolhimento, acabei ficando perto de quem

²⁸ O roteiro desta entrevista está no APÊNDICE 1.

²⁹ Como é o caso do link do vídeo vencedor da primeira edição do Prêmio Victor Valla de Educação Popular e outros apresentado nos RESULTADOS PRELIMINARES.

³⁰ Dia que em diário pessoal eu intitulei como: Dia De Pazés Entre O Tempo e Eu.

trabalha e tive de trabalhar também³¹. A imagem abaixo, retrata eu literalmente junto do grupo na foto:



Figura 1. Apresentação ao Conselho Municipal de Saúde (Fonte: própria autora, 10/02/2016)

A participação junto do grupo dentre todas as vivências que me ocasionou [que não é objetivo deste estudo descrever, contudo menciono como gratidão], favoreceu e favorece diretamente a construção desta pesquisa. O próprio reconhecimento dos sentidos da fala do relato de cada um, só foi possível pela aproximação e estabelecimento de vínculos edificados nesta relação.

3.2.1.1 Onde, quem e quando?

As inserções junto ao grupo se deram onde o grupo esteve, portanto em espaços variados. Os principais pontos de encontro foram:

- ✓ Na ONG CSF: localizada na rua 9 de julho, 1380, no centro de São Carlos/SP, em três salas (15, 19, 21).
- ✓ Na UFSCar: no Departamento de Metodologia de Ensino (DME) numa sala denominada LIE:

³¹ Vide APÊNDICE II que na relatoria de uma das reuniões me são outorgadas tarefas, por exemplo.



Figura 2. Mapa de localização do DME no campus da UFSCar (Fonte: MAPEPS)

✓ II Semana de Fitoterapia - Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde (ocorrida em diferentes pontos do centro da cidade de São Carlos-SP) e o I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos (realizado na FESC localizada na rua São Sebastião, 2828, Vila Nery, São Carlos- SP).

✓ II Encontro Regional de Práticas Populares de Saúde (Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar no campus de São Carlos- SP).

✓ Na UFSCar: na área norte na ocasião da Tenda Paulo Freire do 14^a Congresso Paulista de Saúde Pública organizada pelo *Projeto MAPEPS (Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde de São Carlos)*.



Figura 3. Mapa de localização da Tenda Paulo Freire no campus da UFSCar na ocasião do 14^a Congresso Paulista de Saúde Pública (Fonte: MAPEPS)

✓ De baixo da marquise quando a ONG estava fechada e não tinha quem abria:



Figura 4. Fotografia da reunião ao ar livre (Fonte: própria autora, 04/02/2016).

O grupo que intenciona a implementação da PMPICEPS é composto por parceria entre várias pessoas do projeto MAPEPS, EcoVila Tibá, ONG CSF, assessoria parlamentar e Rede Municipal de Saúde.

Como delineia a metodologia de estudo de caso, o caso que envolve mais pessoas dispensa a participação de todos os participantes³² circunscrevendo assim a necessidade de composição de pessoas que tangem diferentes aspectos do caso. Neste sentido, fazem parte deste estudo: duas pessoas do MAPEPS, uma pessoa da ONG CSF, uma pessoa da Ecovila Tibá, uma assessora parlamentar e uma funcionária do SUS da cidade de São Carlos-SP, totalizando assim, seis participantes/informantes. A apresentação de cada pessoa está melhor descrita no capítulo ALGUNS DESFECHOS.

Os critérios de inclusão além de orientados pela metodologia de estudo de caso, foram:

1. Fazer parte da comissão que intenciona a implementação da PMPICEPS;
2. E consentir voluntariamente de participar.

Não houve nenhum critério específico para a exclusão das pessoas participantes da pesquisa, no entanto, os participantes puderam manifestar o desejo de serem excluídos da pesquisa a qualquer momento, inclusive durante a coleta de dados, tendo este direito garantido. A inserção junto ao grupo se deu desde o dia 02 de setembro de 2015, até o dia

³² Participação referente ao convite para as entrevistas.

19/05/2017. As interações, encontros, diálogos e discussões foram tanto em espaços físicos comuns quanto em espaços de comunicação virtuais (como e-mails, WhatsApp etc.)³³.

3.2.2 Sobre as Entrevistas

Neto (2003, p. 57) escreve sobre a entrevista que: “Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra...”, por isso, no caso desta pesquisa, a entrevista foi orientada por um roteiro baseado na intenção de pesquisa e elaborado previamente junto da orientadora (APÊNDICE I). Neste sentido, o roteiro foi somente um auxílio para guiar a pesquisadora no sentido de fazer todas as perguntas necessárias para compor o conjunto de dados.

As entrevistas foram individuais por melhor atender aos objetivos da pesquisa. Os locais e horários das entrevistas variaram de acordo com a disponibilidade e com o zelo ao conforto e bem-estar de cada um. Por exemplo, houve entrevista ao ar livre no campus da UFSCar de São Carlos num banco debaixo da sombra de uma árvore, como também entrevista em recinto reservado como na sala de assessoria da Câmara Municipal de São Carlos. Cada entrevista foi integralmente gravada por um gravador (Panasonic RR-US550). Contudo, houve pedidos de retirar parte de determinadas falas da gravação que certamente foram acolhidos e assim feito, portanto não transcritos.

3.3 Análise dos Dados

O tratamento dos dados passou por organização e redação de relatório. Chizzotti (2006, p. 103) explica que na “posse de um volume substantivo de documentos, rascunhos, notas de observação, transcrições, estatísticas etc., coligidos em campo, estes devem ser reduzidos ou indexados segundo critérios predefinidos a fim de que se constituam em dados que comprovem as descrições e análises do caso”. Os critérios predefinidos estiveram em consonância com referencial teórico metodológico elegido nesta pesquisa.

Em termos operacionais a análise seguiu a ordem dos seguintes passos, conforme explicita Minayo (2004, p. 234, 235 e 236): “1ª) Ordenação dos dados [...] que engloba todo o conjunto do material” etapa que inclui organização e transcrição de todos os dados “de acordo com a proposta analítica”; “2ª) Classificação dos dados” que do ponto de vista dialético requer “embasamento teórico dos pressupostos e hipóteses do pesquisador”, de modo a se pautar em: “leitura exaustiva e repetidas do texto” para apreensão das estruturas de relevância contidas nos dados; “constituição de um Corpus ou vários Corpus de comunicações” no caso

³³ Por comunicação virtual o contato se estende até o prezado momento.

de não homogeneidade dos dados, alocando-os por similaridades temáticas e separando-os por especificidades singulares. O terceiro e último passo é segundo a autora: “3ª) Análise final” em que o marco teórico é inflexivo sobre o material empírico, de modo a dialeticizar e desvelar as significações históricas e os condicionamentos intersectados na história, contudo sem determinismos extremos, pois a história é produto e palco do trabalho e da cultura, logo do ser humano. Neste estudo, o marco teórico adotado para classificação e análise final foram subsidiados principalmente pela perspectiva freireana e dusseliana, além de contar com as proposições do estudo de políticas públicas e as políticas nacionais de referência (PNEPS e PNPIC).

3.3.1 Sobre a Ordenação dos Dados

Após cada encontro, eram feitas relatorias (APÊNDICE II) das reuniões, geralmente redigidas por uma das participantes ou por mim, em alguns encontros em que não havia relatoria eu fazia registro em blocos de notas além do registro fotográfico consentido verbalmente pelo grupo. Evidente que estes registros não abarcam todo o processo, mas ilustram parte dele.

Foram feitas também sínteses³⁴ da participação das pessoas da comunidade de São Carlos e região:

- 1) No catálogo do MAPEPS (dados concedidos pela equipe do MAPEPS)
- 2) No curso de Capacitação em Plantas Medicinais e posterior construção de hortas de plantas medicinais em UBS e USF em São Carlos (dados estes concedidos pela Lílian Ribeiro³⁵).
- 3) Na Semana de Fitoterapia - Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde (dados concedidos pelos organizadores do evento).
- 4) No I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos (dados concedidos pelos organizadores).

Estes dados de síntese foram, em sua maior parte, disponibilizados via e-mail. Feita as entrevistas e gravadas, foi feita uma transcrição literal e inteira de cada relato. A transcrição foi feita no uso da ferramenta do Word, após ouvir cuidadosa e repetidas vezes a gravação em áudio no computador.

³⁴ Estas sínteses constam nesta dissertação no capítulo intitulado: ALGUNS DESFECHOS

³⁵ Compõe a comissão, e foi participante desta pesquisa colaborando de muitos modos e também com seu relato.

3.3.2 Sobre a Classificação dos Dados

De posse do material, colhidos e ordenados após exaustivas leituras e tentativas, os dados foram agrupados primeiro por cronologia, mas não sendo tão linear no tempo havendo concomitâncias, a opção foi escrever *sobre o encontro de vários começos*³⁶. Pelo estabelecimento de *corpus* de comunicação, o segundo agrupamento foi temático, uma espécie de alocação por similitudes, e também separação por singularidades específicas. Os fragmentos das sínteses (enviadas por e-mail) dos encontros e eventos que compõem o processo de construção da PMPICEPS foram agrupados numa pasta no próprio e-mail denominada DADOS PESQUISA conforme figura abaixo:



Figura 5: Print do e-mail: Agrupamento da Pasta. (Fonte: própria autora, 24/08/2016).

Esse agrupamento possibilitou a classificação dos dados, uma vez que cada e-mail vem conotado de título por assunto, e por assunto os dados puderam ser identificados e agrupados.

As entrevistas após transcritas, foram lidas repetidas vezes (tanto de modo concentrado, quanto flutuante) para congregar tematicamente os sentidos da fala e separá-los

³⁶ Refere-se a um tópico que consta nesta dissertação no capítulo intitulado ALGUNS DESFECHOS onde são apresentados (as) colaboradores (as) da pesquisa, seus começos e pontos de encontro na formação da comissão de construção da PMPICEPS.

dada a singularidade. O texto foi grafado por cores conforme orientação, e comentados por tema e especificidades. A figura abaixo elucida e retrata este feito:

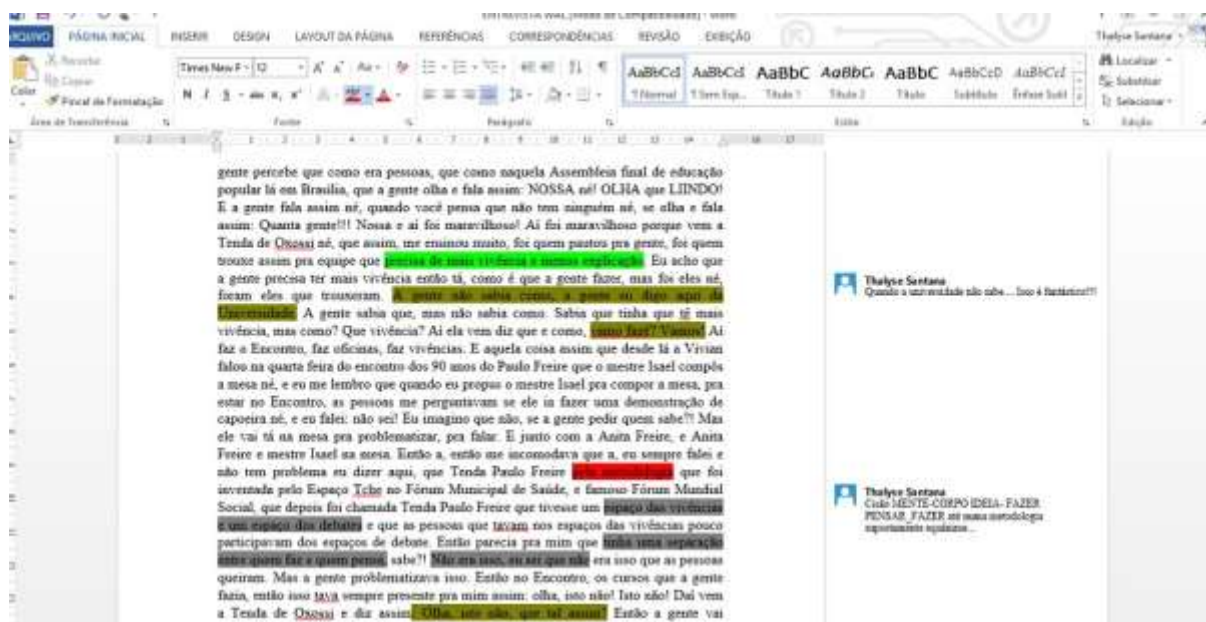


Figura 6: Print do Word: Construção de Corpus temático de comunicação. (Fonte: própria autora, 24/08/2016).

3.3.3 Sobre a Análise dos Dados

Após este processo de constituição de comunicação, foi possível perceber similitudes muito próximas dos eixos teóricos, metodológicos e estratégicos que constam na redação da PNEPS. Diante disso, foi posto aos pares o processo de construção da PMPICEPS com os eixos que constam na PNEPS, com o intuito tanto de perceber o que da redação nacional favorece, inspira e fortalece o movimento local; quanto talvez discurrir dialeticamente o que do processo municipal pode problematizar o nacional. Dessa forma, as atividades se alocaram dentro dos seguintes eixos estratégicos: *Participação Social e Gestão Participativa, Formação, Comunicação e Produção de Conhecimento, Cuidado em Saúde, Intersetorialidades e Diálogos Multiculturais*.³⁷

A distribuição pós ordenação dos dados, no corpo desta dissertação, foi apresentada, já classificada, no capítulo ALGUNS DESFECHOS, onde é feita: a apresentação dos coletivos e instituições, bem como suas composições e funcionamentos; a apresentação do encontro desses coletivos e instituições que se integram no propósito de construção da PMPICEPS, sendo apresentado assim, um histórico desta construção.

³⁷ Referências presentes na PNEPS (BRASIL, 2012).

No capítulo ALGUNS DESFECHOS REFLETIDOS: ANÁLISE E [IN]CONCLUSÕES, são sistematizadas ações e atividades dentro dos eixos estratégicos supracitados. A partir daí tendo constado: - registro da história de construção e tentativa de implantação e implementação da PMPICEPS; apresentação de ações e atividades compositoras e colaboradoras do processo; e, problematização da assimetria dos espaços institucionalizados, do fazer, do decidir, da lida com os efeitos, das inconclusões, do dialogar, da imprecisão do “como” do projeto e da parte “não popular” do popular - é apresentado como *corpus* de análise: conjuntura facilitadora e conjuntura dificultadora. Estes *corpus* foram construídos a partir da síntese das entrevistas e analisados em consonância com referencial teórico desta dissertação.

Procedida a análise, a validação da mesma é argumentada por uma análise compartilhada dos dados³⁸ e por “crítica intersubjetiva, comparações e triangulações, como consideração de todos os cuidados metódicos e técnicos que ajudam a exorcizar a especulação e subjetivismo” (MINAYO, 2004, p. 247).

3.4 Validação ética

O projeto de pesquisa que resulta neste estudo foi submetido aos critérios éticos do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com o parecer de número: 1.543.819 (ANEXO I). Também se fez o Termo de Consentimento Livre Esclarecido clarificando os propósitos da pesquisa e a voluntariedade da participação (APÊNDICE III) e uma Declaração de liberação do anonimato para as pessoas que decidiram ser chamadas pelo nome próprio (por se tratar de um registro fidedigno de uma história) (APÊNDICE IV).

³⁸ Análise esta, com abertura às sugestões da banca e posteriormente na escrita definitiva para publicação da dissertação haverá uma análise compartilhada com todas (o) participantes da pesquisa por envio do trabalho escrito e abertura ao diálogo.

4 ALGUNS DESFECHOS

4.1 Sobre o encontro de vários começos: apresentação dos participantes

Para a composição deste tópico, é feita a apresentação da análise de seis relatos. São pessoas distintas com começos e ancestralidades diferentes que reuniram seus variados começos e se encontraram num propósito: protagonismo político na construção que intenciona a implementação da PMPICEPS. Todas (os) tem nomes escolhidos por alguém que lhes quisera bem, e, portanto, optaram por serem chamados e apresentados nesta pesquisa por seus nomes próprios³⁹. A ordem da apresentação é feita pela ordem datada das próprias entrevistas.

Adilson Marques

Adilson escolhe ser apresentado nesta pesquisa pelo nome próprio - Adilson Marques - uma vez que: “esse é meu nome mesmo”. Ele inicia a apresentação de sua trajetória discorrendo sobre sua relação cética com a religião, chegando até autodenominar-se ateu nesta época:

“Até o ano de 1999 eu me considerava uma pessoa sem vínculos com religião, não tinha uma preocupação com esse lado religioso, apesar de ter nascido numa família de religiosos: católicos, espíritas, evangélicos. Então digo que a religião para mim era vista como algo muito negativo, porque eu via muito conflito principalmente em alguns parentes que eram ligados a religiões mais ortodoxas, proselitismos e tal. Eu via muito conflito familiar em função da religião. E isso me afastava, e eu tinha um pé atrás com religião. Inclusive me considerava ateu”.

Posterior a este momento, Adilson relata que passa a experimentar algumas experiências metafísicas e delas, torna-se mais recipiente para aquilo que ele chama de “*questão de espiritualidade*”. Desta forma, nesta mesma época, aderindo ao Reiki, Adilson não apenas oferece-o na universidade, como cria um grupo para a emancipação gratuita e acessível de outras práticas integrativas:

“E em 1999 começaram a acontecer alguns fenômenos na minha vida, de ordem espiritual. E isso foi me abrindo para esta questão de espiritualidade [...] e ouvi dizer que eu tinha energia pra doar, então eu fiz o Reiki. Fiz o curso de reiki e a partir daí eu comecei me interessar por esta parte de práticas integrativas. E em 1999 ainda eu fazia o doutorado e montei o grupo Centro de Estudos e Práticas Cooperativas para a Paz. [...] eu aplicava o reiki, tinha dança circular, meditação, tinha um rapaz que fazia física aqui na

³⁹ Uma vez que também é objetivo desta pesquisa fazer o registro histórico e fidedigno do processo de construção da PMPICEPS. Com exceção de Rukma que optou por seu nome espiritual próprio.

universidade federal que dava aula de tai chi chuan. Era um espaço em que a gente praticava e quem quisesse também participava. Então nunca foi criado esse espaço de práticas com a intenção de ser um centro comercial. A gente queria praticar e oferecer”.

Inserido neste contexto, acontece à descontinuidade do grupo decorrente de alguns problemas financeiros. Diante disso, Adilson e seus amigos começam a fomentar um plano para a sobrevivência do projeto, é neste momento que eles cogitam a ideia de montar uma cooperativa, que se tornará na verdade uma ONG, a fim de receber verba do setor público para o custeio e manutenção de suas atividades:

“Esse espaço era mantido com minha bolsa na época, eu tinha bolsa da FAPESP, uma bolsa de doutorado. Em 2003 acabou a bolsa e o espaço não tinha como se manter. E daí surgiu a ideia de fazer a ONG, que a gente pensou inicialmente que era uma cooperativa, que a gente queria montar como uma cooperativa de terapeutas, para oferecer serviços, e essa cooperativa manteria esse espaço. Só que na época a lei de cooperativas era muito complicada, pois, tinha que ter 20 pessoas para abrir uma cooperativa. E não achava na época 20 pessoas interessadas em montar esse grupo. Então surgiu a ideia de ser uma ONG, porque quem sabe a gente conseguiria recurso público pra ajudar a manter o espaço. A gente tinha aquela visão idealizada de que seria fácil conseguir recurso público. Nós montamos a ONG, e desde o princípio ela teve essa preocupação de oferecer as práticas, ainda não se falava de práticas integrativas e complementares, pois esse nome veio depois, falava terapia holísticas, terapias alternativas”.

Havia uma preocupação por parte de Adilson e seus amigos em popularizar as práticas integrativas, que até então eram conhecidas por eles como terapias holísticas e/ou terapias alternativas. Com isto posto, o objetivo da popularização era realmente alcançar uma esfera social que não conhecia a respeito dessas práticas, de cunho de interesse de apenas uma classe seleta da sociedade:

“A ideia então era oferecer essas práticas e ao mesmo tempo popularizá-las, porque até hoje são de custo alto, e, a gente sabe que são práticas que quem pratica mesmo são a classe média. Então é um setor da classe média que corre atrás e tem acesso, mas não um setor popular. As pessoas das camadas mais populares não têm acesso. A gente via benefício e então, por que não permitir que outras pessoas também se beneficiem?! Não é!”

Entretanto, a intenção de popularização das práticas foi marcada por resistências por parte do órgão executivo municipal de São Carlos, mesmo com a aprovação de uma lei que abriria o leque de possibilidades para a ampliação do projeto:

“Antes da política de 2006, nós já tínhamos procurado a prefeitura [...] para gente oferecer os serviços e a prefeitura o espaço [...] mas a prefeitura achava que não era uma prática médica e dificultaram. Em 2006 teve essa lei, a política nacional, e então pensamos: tendo essa política nacional feita na gestão do PT, certamente no governo do PT vai ser mais fácil. Contudo, a

gente não conseguiu esse apoio. Eles sempre boicotavam, dificultavam. A gente conseguiu na FESC por um período ter práticas de reiki, meditação, mas ainda com uma certa dificuldade”.

Contudo, a resistência maior é a de insistência e paciência daqueles que permanecem firmes e esperançosos neste processo, aguardando e construindo a vez. Adilson relata outras tentativas de articulação com o poder público, com a universidade e com outros coletivos que caracteriza o processo de construção da PMPICEPS, e, para isto aposta no tempo: “A questão é deixar o tempo. O tempo que vai mostrando os benefícios”.

Fernanda Catarucci

Ela se apresenta por seu próprio nome, Fernanda Catarucci, e justifica sua apresentação assim, por fazer uso de seu próprio nome nos ambientes de práticas integrativas e complementares. Em suas palavras:

“Pode usar meu nome mesmo, normal: Fernanda Catarucci, porque como praticante de terapias integrativas e complementares eu uso meu nome próprio, então não tem problema”.

No tocante à sua trajetória, ela testemunha que tudo começou com o caso de doença de seu irmão. Ela relata que seu irmão foi acometido por uma grave doença autoimune no qual os tratamentos da medicina convencional não o ajudaram. Assim, ela descreve a busca de sua mãe por práticas não convencionais, com o intuito de salvar seu irmão.

“[...] minha mãe no movimento desesperado de tentar salvar o filho dela, tirou ele do hospital de onde ele estava sendo tratado (um dos melhores hospitais de São Paulo); e começou a levá-lo para todas as práticas que ela conhecia ou que alguém indicava, que alguém falava que podia salvar a vida do meu irmão”.

E pelo movimento de sua mãe, ela conhece várias práticas, entre elas, a acupuntura. Ela descreve a importância desse achado:

“[...] acabei ficando apaixonada pelo terapeuta que conseguiu trazer essa técnica, que no caso foi a acupuntura, que conseguiu reverter o processo do meu irmão. [...] Ele tinha de 10 a 12 diarreias por dia, uma doença bem grave, no seu caso, esta doença veio num formato bem grave. E quando ele fez a acupuntura ele conseguiu se alimentar e não ter mais diarreia”.

O seu primeiro contato com a acupuntura se deu, pelas vezes que ficava na sala de espera no aguardo de seu irmão, ouvindo os relatos de cura. Ela revezava com sua mãe para levá-lo. Ela descreve que em muito se impressionou com os relatos de cura e isso a motivou a conhecer e aprender a prática.

“Eu fiquei tão impressionada com aquilo, tanto que eu perguntei se ele me ensinava o que ele fazia e então me indicou um curso que ele e os amigos dele estavam oferecendo. Se tratava de um ensino sobre a medicina chinesa, para que outras pessoas pudessem praticar no Brasil. Assim, eu fui e fiz o curso de 2 anos com eles”.

O contato com a prática foi propulsor de mudanças, Fernanda Catarucci relata:

“Fiquei tão encantada que eu terminei a faculdade com a certeza na minha mente de que eu não ia atuar na fisioterapia, que era a faculdade que eu estava fazendo na época. Então fui seguindo tudo nessa área alternativa e depois eu comecei a trabalhar muito, com acupuntura, trabalhar em escolas, e passei a fazer pós-graduação na área”.

Ela descreve que em meio a tudo isso, foi acometida por uma doença por estresse, o que a motivou a mudar para o interior. Essa mudança lhe proporcionou contato com novas pessoas e práticas.

“[...] tive contato com o xamanismo e com pessoas que também tinham contato com práticas complementares e integrativas, o que foi moldando a minha forma de enxergar o mundo”.

Fernanda Catarucci descreve que teve a oportunidade da realização de um sonho: conhecer o mundo. O conhecimento de novos lugares, pessoas e práticas lhe oportunizaram reflexões, as quais, foram fundamentais para a construção de uma nova forma de enxergar o mundo, forma esta pautada no coletivo, uma espécie de ser com os outros.

“Eu realizei o sonho que era de conhecer o mundo: eu fiz de mochileira o turismo para conhecimento de Ecovilas. As Ecovilas mudaram minha forma de enxergar a importância, não só da mudança interna, mas de como você se relaciona como sociedade e como grupo”.

Maria Waldenez:

Pensou na mãe que lhe consagrou a nossa senhora e optou por se apresentar por Maria Waldenez e não apenas Waldenez ou Wal como comumente é chamada. Em suas palavras:

“[...] eu paro um pouco para pensar porque como minha mãe me consagrou para nossa senhora; ela fala que Maria na frente é porque eu sou consagrada a nossa senhora, e se eu falo para me chamar só de Waldenez, fico pensando se minha mãe gostaria. Então pode me chamar de Maria Waldenez”.

Sobre sua trajetória, ela faz um recorte, porque consta que sua história não começa de agora, e por isso menciona a ancestralidade e anuncia: “[...] minha trajetória é desde os meus antepassados, e não se inicia comigo, lógico!”.

Ela conta de sua formação, é enfermeira e professora universitária. Sua formação primeira é pela vida com a família e com os valores que se edificam aí.

“[...] a minha formação é primeiro com os meus pais e com minha família nesse sentido de buscar conhecer outras realidades além da minha própria [...] a minha convivência com pessoas [...] e várias realidades. Então essa formação também vai me deixando com uma visão maior e mais amplas de outras realidades. E minha opção desde que eu era criança, foi por duas coisas que sempre me encantaram: uma é a lousa e escrever na lousa e outra era pôr as minhas bonecas todas doentes e cuidar das bonecas e tal”.

Sua formação nos espaços da universidade também estavam para além das paredes das salas de aula. Sua formação foi relacional e crítica a ponto de transpor a noção puramente mecânica da vida e do corpo. Metaforicamente, as paredes da universidade ensinaram que estavam ali pra serem transpostas e isso foi feito em processos, vivências e convívios:

“[...] na universidade, ela tem essa formação que é uma formação baseada no corpo humano, não tanto no corpo humano, mas sim nos órgãos e sistemas que constituem esse corpo, a partir do olhar de uma certa ciência. E patologias também do olhar de uma certa ciência que o acomete sempre no nível microscópico e orgânico e tal [...] então eu ia muito para as comunidades e sempre gostei muito de ir para as comunidades, [...] Por causa desta forma de formação que hoje a gente chama mais biomédica ou biologizante da saúde, eu ia para a comunidade com olhar um tanto vertical, de fazer educação e saúde nesse sentido verticalizado. [...] mas, no mestrado eu tive uma experiência com educação especial, que ampliou bastante a minha visão. Ainda antes, eu tinha relação com a ética que já favorecia ser adepta de uma outra visão [...] então, tive professores que discutiam bastante a enfermagem no trabalho, discutiam as relações de exploração, capital, a perspectiva da saúde coletiva. Ter professores que pautavam para esse lado. [...] foi formando minha postura de professora [...] Quero te dizer isso, assim porque: a educação no cotidiano, eu vejo com muita clareza, não sei se tudo, mas o que eu consigo ver que me formou, no meu cotidiano nessas relações, foram bastante marcantes”.

A aproximação com o referencial da educação popular não se deu por uma via teórica puramente na descrição das letras, mas na problematização de uma postura que veio na voz de uma aparente simples pergunta (na ocasião em que ela vai apresentar seu trabalho sobre prostitutas num congresso):

“E nesse congresso então, que eu expus o meu trabalho, e discuti com eles os resultados, uma pessoa pergunta para mim: você discutiu com elas o resultado? Eu achei que era óbvio que não. Contudo, fiquei com aquela pergunta, pensando: que pergunta idiota que essa pessoa está me fazendo! Mas naquele momento me deu um certo desconforto, e mesmo tendo imediatamente desqualificado, fiquei com aquilo: por que? De onde surgiu isso?! Uma pergunta como Pedagogia da pergunta! Uma pergunta totalmente nova para mim. E como que isso me desestabilizou, apenas pergunta! Eu estava tão segura de mim, expondo um trabalho tão valorizado, tão tão isso! tão aquilo! com prostitutas! Eu pensando que a importância do trabalho dispensava esta reflexão, mas nitidamente não. Essa pergunta foi um despertamento como uma paulada!”

Posterior a esta “simples pergunta”, a esse momento de problematização e a partir do encontro e acolhimento neste coletivo, Maria Waldenez é inserida nas discussões feitas na *lista*⁴⁰ e tem integração maior (a ponto de ser eleita por unanimidade coordenadora da Rede de Educação Popular e Saúde no Brasil) com o grupo e com autorias proeminentes da educação popular no Brasil, como Victor Valla e Eduardo Stotz:

“[...] a discussão política sobre a saúde se dava naquele coletivo. Era uma coisa muito fantástica! Então me decidi por fazer o pós-doutorado no Rio de Janeiro e fui então me inteirando mais do que é isto: educação popular e saúde. O que começou a me dar uma consciência crítica maior; uma conscientização melhor dizendo; um entendimento mais amplo dos processos; uma compreensão e uma construção de princípios; e passei a enxergar os princípios de educação popular, e, assim, começar a olhar o meu trabalho de ensino pesquisa, extensão e em gestão (porque eu também fazia parte da gestão). A partir destes princípios, foi possível ter um pouco mais claro a coerência ou a busca da coerência. [...] Depois do pós-doutorado no Rio de Janeiro, onde fui acolhida, propus fazer um Encontro Nacional aqui na UFSCar. Consegui. Isso mostra que eles confiaram. Na ocasião do Encontro, mais especificamente no final da Assembleia, eles praticamente me colocam na coordenação da Rede Nacional de Educação Popular e Saúde, ocorreu que o Eduardo Stotz faz a minha indicação e as pessoas do auditório inteiro me aplaudem [...]”.

Nesta inserção ela participa ativamente da construção da PNEPS, não apenas na pessoalidade de sua presença, mas na mobilização de movimentos sociais em São Carlos- SP dos quais ela atentamente ouve e representa, junto de outros coletivos que se unem neste propósito:

“[...] haviam outros colegas que estavam fazendo toda luta dentro do Ministério da Saúde, pois desde 2012, a gente já tinha decidido e discutido que iríamos disputar esse espaço oficial. Assim a gente realmente disputou e os bravos colegas foram para dentro da gestão e, como diz o José Ivo: são o lado B da educação popular. Foram para dentro da gestão, inclusive o José Ivo, antes dele a Verônica. Eu sou uma pessoa muito grata porque a Verônica foi para o ministério trabalhar com a educação popular, o que possibilitou o encontro do grupo no Rio de Janeiro, porque o Valla na época apresentava alguns problemas de saúde. Assim, ao invés dela chamar o Valla para ir até Brasília, eles custearam a passagem de todos, possibilitando assim que o pessoal saísse de Brasília e fosse até o Rio de Janeiro, para logo no início da gestão, escutar o que o Valla tinha a dizer. Não apenas o Valla, mas eles se pautaram pela escuta de todos. Para essa pauta, anteriormente, aqui em São Carlos eu chamei alguns movimentos sociais. Então ouvi-los antes foi minha preparação. Pois que é uma política de educação popular e o que ela deve considerar? O que ela pode ter? O que é estar em uma instituição como o governo? As pessoas daqui estavam todas esperançosas porquê era o primeiro ano do governo Lula. [...] A rede de educação popular veio

⁴⁰ Lista de diálogo online. Refere-se a um coletivo que referenciam temáticas diversas sobre a educação popular e saúde: (listaedpopsaude).

primeiro, depois veio o GT de educação popular, depois veio ANEPS, depois veio a extensão popular ANEPOP. Então foram coletivos que foram se juntando cada um, e dentro de suas especificidades. E a gente percebeu que era necessário ter um espaço social, de instituído dentro do Ministério da Saúde, para poder elaborar ações políticas. Nós fizemos uma reunião em Brasília, e fomos pautar com o então atual secretário de gestão estratégica e participativa, a criação do comitê. E um dos comitês, eu não conheço todos os comitês, mas esse nosso é composto por pessoas da sociedade civil, muitos deles sem CNPJ, ou seja, mais de 50% “.

A construção de todas essas articulações feitas em nível nacional, somadas e organizadas pelo encontro de trajetórias são bem expressas na apresentação de parte do percurso de Maria Waldenez. Ela expõe esta trajetória para explicitar que o começo da construção da PMPICEPS de São Carlos – SP vem de outros muitos começos pontilhados de lutas e aprendizados. Nas suas palavras:

“[...] eu fui aprendendo um pouco a fazer articulações políticas. Estou dizendo tudo isso para chegar aqui, no município. [...] a gente encontra pessoas que como minha trajetória também vem de trajetórias [...] quando você pensa que não tem ninguém, olha e com surpresa fala assim: Quanta gente! É maravilhoso!”.

Lilian Ribeiro:

Lilian também opta por ser apresentada pelo nome próprio e pelo trabalho que desempenhava na época da entrevista: “Lílian Ribeiro, assessora do vereador”. Ela inicia sua história de contato com a política no município de São Carlos-SP e com as práticas populares, integrativas e complementares de saúde a partir do dilema do concílio entre a vida universitária e o trabalho:

“Vim parar em São Carlos, porque eu precisava de um estágio para poder conciliar a vida de universitária com o trabalho, pois eu não poderia deixar de trabalhar, embora eu estudasse em outra cidade [...] Então veio a proposta de um estágio aqui na Câmara Municipal e foi dessa forma que eu ingressei. Após o final do estágio, me foi oferecida a vaga de assessora do vereador José Luís Rabello [...] me chamaram e eu prontamente aceitei. [...] desde então, tenho aprendido muitas coisas e, como a área do vereador é o meio ambiente, sendo voltada para as ervas medicinais e plantas medicinais [...] assim que eu conheci todo esse universo, porque até então, eu não tinha ouvido falar de fitoterapia, até achei que o pessoal falava errado. Eu pensava: esse povo fala errado, porque o correto é fisioterapia, essas pessoas estão equivocadas, mas enfim. [...] foi por meio desta experiência que eu fui me inteirando mais do mundo natural, conhecendo todo esse projeto, porque antes, referente aos tratamentos de saúde, eu era da cultura dos alopáticos.

No contato com o trabalho do vereador no qual ela assessorava, Lilian tem uma inserção maior ao que nomeia como “universo todo”, e nesta inserção ela participa ativamente

em processos maiores que a simpatia com as essas práticas. Ela busca junto de outras pessoas (vereador e outra assessora do mesmo), articular projetos políticos mais sistematizados. Esta busca, passa tanto pelo primeiro projeto de lei⁴¹, quanto adaptações posteriores a partir do exemplo de outros municípios:

“Quando eu cheguei aqui eles estavam no processo de apresentar o projeto de lei no município. Na ocasião, o vereador apresentou o projeto de lei no qual [...] autorizaria a prefeitura a estar implantando o projeto [...] todavia era um projeto autorizativo apenas, sendo assim, não quer dizer que a prefeitura iria fazer e colocá-lo na prática [...] foi aprovado o projeto por unanimidade pelos vereadores, na época 13 vereadores, mas, simplesmente foi arquivado, não foi levado para frente, ficou lá esquecido. Foi aprovado, mas ninguém mexia, ninguém fazia nada”.

O referido projeto, não passou na época de um documento. Contudo, um documento numa gaveta com interesse popular significa mais que um documento engavetado. Lilian relata essa faceta participativa na construção e a continuidade que não foi obstada pelo “que ficou lá esquecido”: “Na época fiquei muito surpresa com aquilo porque o plenário ficou cheio de pessoas apoiando o projeto porque realmente as pessoas queriam. Ver a casa de leis (o plenário) com lotação máxima de pessoas é algo muito raro, não é tão fácil de se vê. Normalmente, enche desta forma quando há projetos em que a população tem grande adesão e estão interessados. E foi isso que aconteceu no dia desta votação que eu testemunhei [...] contudo, mesmo sem o projeto acontecer, algumas coisas foram acontecendo. A gente fazia, ia e mobilizava algumas coisas.”

As tentativas posteriores de engajamento resultaram na instituição da Semana da Fitoterapia⁴² como evento na agenda do município com intenção de dar maior visibilidade a esta prática e mostrar o interesse social. Em suas palavras:

“[...] nós trouxemos através da índia Socorro [...] ela foi participante de um congresso em outra cidade e viu que lá acontecia as PIC em ambientes públicos. A exemplo de Campinas que fazia um evento de fitoterapia, se não me engano [...] e a gente falou a respeito de ter no nosso município um projeto também [...] Desta forma, estabelecemos aqui, na semana que inicia a primavera, [...] a Semana da Fitoterapia, justamente com o objetivo de estar disseminando um pouco mais o assunto para que as pessoas passem a saber um pouco mais, para que a gente passe a debater qual a importância disso para saúde da população, para o próprio SUS também, porque custa bem menos e a gente sabe disso. E foi assim que a gente apresentou o projeto para o vereador e para a casa e, novamente foi aprovado [...] através dessa aprovação o evento entrou para o calendário oficial do município e nós realizamos a Primeira Semana da Fitoterapia que foi um sucesso e, nós

⁴¹ Lei Nº 15.826 de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a implantação das terapias Naturais e Práticas Integrativas e complementares no âmbito da política municipal de saúde.

⁴² Lei Nº 17.194 de 8 de julho de 2014. Institui no âmbito do Município a “Semana Fitoterapia”.

conseguimos doar muitas ervas e mudas no mercado municipal. As pessoas vinham até nós perguntar para que serviam as ervas, foi muito bom”.

A conquista da visibilidade dada através da Semana de Fitoterapia não galgou toda intenção que era fazer ser mais que uma semana. Então continuaram com outras tentativas. Essas novas tentativas e buscas, inclusive da experiência de outros municípios (Campinas e Pindamonhangaba), foram publicadas pelas mídias impressas da cidade. A partir de então, houve o encontro e articulação com a ONGCSF que acabaram unindo forças para a construção da PMPICEPS:

“Só que ainda era pouco para gente, a gente queria mais, a gente queria ver na verdade um funcionamento mais amplo. Porque a gente via noutros municípios funcionando dentro da saúde, dentro do SUS, das unidades de saúde. E nós fomos buscando aprender com eles e pensar possibilidades para o município. Onde dava a gente (eu e Índia Socorro) estávamos e íamos. Fomos na Secretaria de Saúde, até ao prefeito, etc. E nós descobrimos que especialmente em Pindamonhangaba, havia um Centro de Práticas Integrativas e Complementares [...] eu e outra assessora índia Socorro, pedimos para o vereador para nós irmos lá conhecer. Ele autorizou porque é o sonho dele também ver isso funcionando. E nós fizemos essa visita, levamos junto de nós a chefe de gabinete da saúde [...] ela foi e nós conhecemos o projeto de Pindamonhangaba e ficamos encantadas. Pois, vimos que haviam hortas e plantas nas unidades de saúde. Vimos que tinha um espaço de saúde em que as pessoas livremente faziam as práticas alternativas como: acupuntura, yoga etc. Então, a gente veio com esse propósito para São Carlos. Nossa visita foi divulgada nas mídias principalmente impressas da cidade e, foi através dessas mídias que nós fomos procurados pelas pessoas da ONGCSF”.

O contato que a ONGCSF estabeleceu com o gabinete do vereador José Rabello mediou o contato com a universidade [UFSCar] e posteriores articulações que se estabeleceram como um coletivo, segundo o relato de Lílian:

“Nesta procura, descobrimos que tinha muita acontecendo no município, só que separadamente, cada um no seu quadrado. Então tinha: o poder legislativo fazendo alguma coisa, tinha uma ONG fazendo outras coisas, e tinha a universidade fazendo outras. E quando o Adilson Marques nos procurou, a gente percebeu que poderíamos unir forças para estar fazendo tudo isso ser mais possível. Porque até então trabalhando solitários, nós não estávamos conseguindo muita coisa, apenas avanços muito pequenos [...] todo mundo que veio depois, foram se juntando ao grupo: a ONG a universidade etc; foi formando a gente como um coletivo”.

Esse encontro propiciou um trabalho mais organizado e também possibilitou a expansão das práticas para além da fitoterapia:

“O primeiro de projeto de 2011 já visava isso de incluir as outras práticas. A fitoterapia é a mais conhecida pela pessoa do vereador, mas vindo as outras pessoas elas se expandiram. Tanto, que na 2ª Semana de Fitoterapia, passou a ser expandida constando junto a PIC e educação popular em saúde. Eu vejo isso de forma muito benéfica porque as outras práticas fazem tão bem quanto as plantas medicinais propriamente ditas, cada uma no seu momento, cada uma a sua forma, contribuem para uma melhora significativa da saúde da população em geral”.

Rukma

Rukma manifesta o desejo de ser apresentada nesta pesquisa com este nome [sobrenome] recebido por orientação espiritual:

“[...] eu tenho um nome que eu adotei que é um nome dado pelo mestre OSHO, mestre indiano [...] mais recentemente eu estou querendo dar ênfase ao sobrenome deste nome, que é assim: [...] Anandi Rukma, então pode me chamar de Rukma [...] como significado, é um alerta para eu estar no momento presente [...] Rukma significa também irradiante. Então, segundo o nosso orientador, eu estou em uma fase dessa, propícia para eu aproveitar e explorar cada vez mais essa busca”.

Rukma é enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos-SP. Ela relata que, em suas origens, as práticas populares de saúde sempre foram presentes na família e a muito despertou seu interesse. Expõe ainda, que quando veio para trabalhar na cidade de São Carlos, houve uma certa inibição no primeiro momento de vivenciar as práticas, o que foi superado pela união com outras pessoas e grupos:

“Eu sempre gostei muito das práticas, e, acho que minha família toda sempre me levou muito para esse caminho. Minha avó era benzedeira, e, minha mãe sempre usou muitas ervas, por isso, fui tendo a possibilidade de conhecer várias religiões, conhecer essa coisa da espiritualidade. Quando eu vim aqui para São Carlos, eu já tinha uma bagagem no sentido de experiências anteriores, já tinha também formação em auricoloterapia, já tinha vivenciado biodança e também vivenciado meditação [...] Quando eu comecei a trabalhar, na época em outra unidade, eu fiquei bem quietinha no sentido de não poder atuar nessas vivências, podendo apenas fazer algumas coisas bem sutis [...] mas vi outras oportunidades quando conheci as pessoas que estão envolvidas nisso: a Waldenez, você, conheci a ONG Círculo São Francisco”.

Rukma passa então a se engajar nas ações de construção da política e tentar articulá-las, de modo menos inibido, dentro das unidades de saúde do SUS do município:

“Então, eu me interessei, e quando foi colocada a questão da política, eu me interessei mesmo e me envolvi. Comecei a participar das reuniões da construção. Levamos para o Conselho Municipal de Saúde a proposta da política municipal de saúde e foi aprovada. E assim a gente vem tentando ampliar isso na rede”.

Ela relata que os outros muitos trabalhos que a rede de saúde demanda, impedem dedicação exclusiva à PMPICEPS, contudo, paradoxalmente mostra que as demandas de atendimentos não têm sido integralmente satisfeitas no atual modelo:

“Porque percebo que o sistema como está hoje: medicalizado, médico centrado; não está dando conta mais. Então se a gente não começar a tratar as pessoas de uma outra forma, não vamos dar conta. E as pessoas estão sentindo isso: que os medicamentos, remédio só não dá conta; que os médicos só não dá conta. Eu vejo possibilidades, eu vejo tantas possibilidades que os próprios profissionais estão pedindo ajuda dizendo: traz oficina para gente, vem fazer com a gente. As pessoas querem receber uma massagem, as pessoas querem receber um reiki, as pessoas querem falar disso, conhecer um pouquinho mais disso”.

Rukma afirma que há muitas solicitações de atendimento com as práticas advindas da rede de saúde. Esta solicitação, segundo ela, mostra a carência do modelo que está estabelecido, ela menciona um exemplo ocorrido na semana da entrevista:

“[...] essa semana me ligou uma assistente social pedindo pelo amor de Deus, para fazer alguma coisa com os funcionários do CAPS dela, porque eles estão adoecendo [...] o trabalho pede ajuda também e não é só de remédio, porque lá já tem...”.

Essa e outras solicitações, segundo ela, aponta para a possibilidade de “fazer acontecer” essa intenção política no município “dentro da rede”.

Iraí

Iraí opta por ser apresentada pelo seu primeiro nome. Ela é enfermeira formada na UFSCar, e, na época da entrevista em 2016, era doutoranda no PPGE-UFSCar, conforme relata:

“Com relação a ser apresentada na pesquisa, eu aceito ser apresentada no meu nome mesmo, ser identificada, então não precisa usar nome fictício, pode usar nome real. Me chamo Iraí, sou enfermeira, formada aqui pela UFSCar, eu ingressei na enfermagem em 2005 e desde então eu estou aqui na universidade. Já são onze anos na UFSCar”.

Iraí quando se apresenta, apresenta junto sua formação na universidade como fator importante na sua formação pessoal, profissional e política. Ela ingressou na universidade com ideias de uma profissão “mais humana” na expressão do cuidado, mas por algum momento se sentiu frustrada neste propósito, que foi reacendido no contato com a disciplina de Educação e Saúde na perspectiva da educação popular. Ela relata com as seguintes palavras:

“[...] eu pensei, que quando eu prestei vestibular para enfermagem, eu tinha uma ideia de ser [...] eu queria ser enfermeira [...] porque eu queria trabalhar com populações ribeirinhas e tudo mais. Só que quando eu ingressei no curso, fiz anatomia, fiz fisiologia, fiz um monte de disciplina mais duras da saúde, e comecei a ficar um pouco frustrada porque eu não conseguia ver a parte humana. Então eu fiz Educação e Saúde com a Waldenez que levava a gente pra para os bairros de periferia, que levava a gente para trabalhar com a população e, assim, prestar mais atenção, escutar. Por meio disso, desta forma e leitura diferente, fui introduzida a essas leituras da educação popular e saúde que eu gostei muito. Aquilo é o que eu estava procurando como profissão, e, desde então eu prestei muita atenção em tudo que tinha haver com educação popular e saúde [...] foi muito marcante para minha formação em muitos sentidos: profissional, político e pessoal também”.

Sua formação na universidade e fora dela [em diálogo], lhe propiciou possibilidades e contatos que extrapolaram o tema de sua dissertação e tese, e a articulou no engajamento político permeado tanto na forma de pesquisar e estudar, como também na colaboração ativa na construção tanto da PNEPS quanto na PMPICEPS, além de incontáveis participações no MAPEPS. Abaixo, alguns fragmentos desses acontecimentos:

“Fiz o mestrado com a população do campo e doutorado com a população do campo [...] No MAPEPS no primeiro momento não tinha meu nome como integrante, não tinha certificado de participação do MAPEPS, mas ajudei [...] Depois disso me formei em 2008, fui trabalhar e em 2010 eu voltei para fazer o mestrado. Em 2010 eu entrei no MAPEPS, efetivamente. Desde então a gente vêm discutindo, eu falo que desde 2006, que a gente vem avaliando a importância dessas práticas populares no SUS, o diálogo. E no MAPEPS como que a gente fazia? A gente ia na unidade de saúde e perguntava como que as pessoas cuidavam da saúde. Da unidade de saúde era o lugar de onde a gente partia para fazer o mapeamento desses praticantes no bairro. Desde então a gente vem avaliando na prática a importância das práticas populares no atendimento, como rede de apoio para o SUS [...] E aí é isso, de 2010 pra cá a gente vem organizando os eventos, encontros, fortalecendo a relação com os parceiros [...] nesse contato, a gente foi pensando na importância de implementar no SUS. Neste período a Política Nacional de Educação Popular em Saúde foi aprovada e eu estava a convite da Waldenez na reunião da região sudeste na elaboração desta política [...] eu fui para o Rio pra redigir a política nacional. Lembro até que eu fui relatora de um dos grupos [...] na política municipal, a gente foi se conversando e [...] com a assessora na Câmara etc. E aí foi um contato político legal para gente, porque eles apoiam esse tipo de iniciativa. E nessas várias conversas teve a organização da primeira e segunda semana de fitoterapia, assim elas tiveram contato com outras pessoas de outros municípios que estavam aprovando a política de práticas integrativas e complementares e a fitoterapia entrava nesta política. Ela dialogou com a gente e a gente explicou que as práticas populares de saúde eram mais amplas que as práticas integrativas e complementares e então conversamos para elaborar esta política. Escrevemos e foi aprovada”.

Sua participação e engajamento nestes diferentes espaços dentre outras experiências e aprendizados, suscitam em Iraí a gratidão. Ela termina sua fala em relação a todo processo

que a entrevista ocasionou para constatação; agradecendo: “Isso é muito legal e muito obrigada pela oportunidade”.

4.2 Sobre o encontro de vários começos: os coletivos e as instituições

4.2.1 Ecovila Tibá

Ecovila ou vila ecológica é um padrão de instalação e assentamento humano sustentável e coletivo. Trata-se de comunidades urbanas ou rurais (no caso da Ecovila Tibá é uma comunidade em localidade semiurbana) de pessoas que tem a intenção de integrar uma vida social harmônica a um estilo de vida sustentável. A Ecovila Tibá é localizada a 17km do centro da cidade de São Carlos, mais precisamente na Rodovia Doutor Paulo Lauro, Km 141.5, s/n - Zona Rural, São Carlos – SP, Brasil. Cep: 13569-535.

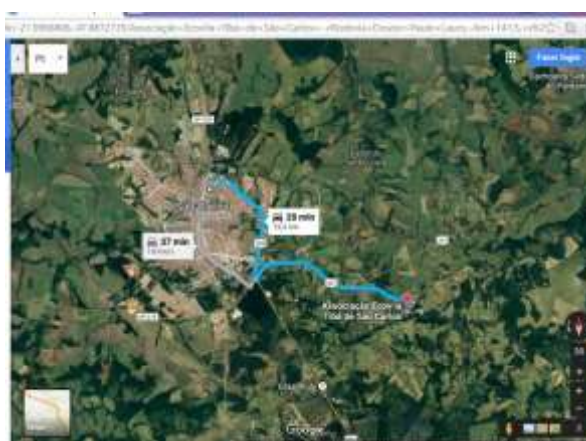


Figura 7. Imagem de localização (Fonte: *GoogleMaps*).

Traz no nome (Tibá) sentidos de “abundância e coletividade”, “o lugar de muito”, “pai do alto (Deus), paizinho (ancestral) e os semelhantes a nosso pai”.⁴³ Os sentidos do nome se traduzem na maneira de organizarem como coletividade na relação com a terra, com o cosmo e com outrem. Os sentidos se expressão em: Missão e Visão; Valores; Organização e liderança; Pessoa Jurídica; Estatuto e Regimento Interno; Solução de conflitos; Religiosidade; Moeda solidária; Preservação e uso dos bens naturais; Educação e até na disposição dos espaços em sua arquitetura.

Na temática da saúde as pessoas da Ecovila Tibá se caracterizam tanto como praticantes quanto terapeutas de práticas integrativas, complementares e populares de saúde.

⁴³ Sentidos extraídos na descrição do site da Ecovila Tibá
endereçado no link: <http://www.ecovilatiba.org.br/site/index.php/tiba-nome>.

Essa caracterização não é de um título ou certificado (embora muitos deles tenham), mas sim uma identificação vivencial que experimentam e aprendem na consideração da ancestralidade, espiritualidade e do outro. Dentre as práticas em saúde vivenciadas ali, destacam-se:

- ✓ Alimentação Orgânica e Desintoxicante
- ✓ Fitoterapia e Florais
- ✓ Massoterapia (shiatsu, ayurvédica, sueca, reflexologia etc.)
- ✓ Medicina chinesa (acupuntura, auriculoterapia, moxobustão)
- ✓ Reiki e Cromoterapia
- ✓ Práticas Corporais (Yoga e Chi Kung)
- ✓ Limpeza energética
- ✓ Círculo do Sagrado Feminino
- ✓ Temaskal
- ✓ Práticas de Magias Divinas
- ✓ Práticas umbandistas
- ✓ Retiros e Cursos de saúde e espiritualidade
- ✓ Caminhadas na mata e contato com os portais de cura da natureza⁴⁴

Todas estas práticas de saúde são praticadas e oferecidas nos espaços da Ecovila Tibá que desde 2006 desenvolve ações voltadas para cultura permanente do ambiente através da vida simples e ecológica por meio de práticas integrativas, complementares e populares de saúde. Apesar da criação datada de 10 anos da Ecovila Tibá, as ecovilas são antigas e esta forma de organização e estilo de vida retomam valores e práticas milenares. Há uma produção audiovisual⁴⁵ que registra partes da composição do ideário da Ecovila Tibá, bem como partes de suas vivências e experiências coletivas. A ecovila também dispõe de uma página em rede social⁴⁶ para divulgação de suas práticas. A ecovila partilha seus conhecimentos, práticas e espaços com a UFSCar por meio da parceria com o projeto de extensão Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde (MAPEPS).

4.2.2 ONG CSF

A Organização não Governamental Círculo de São Francisco – Instituto de Animagogia, foi fundada em 2003 na Cidade de São Carlos – SP e desde então vem se consolidando como um centro de referência no atendimento gratuito com as práticas integrativas, complementares e populares no município. Na ONG CSF, são promovidos vivências e ensinamentos em 12 diferentes práticas (hatha yoga, apometria, atendimento

⁴⁴ Lista extraída do folder da Ecovila Tibá encontrado no blog do MAPEPS acessado pelo link:

http://mapeps.blogspot.com.br/p/blog-page_5.html

⁴⁵ Acessível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Kzd-tcUmy1E>

⁴⁶ Facebook Ecovila Tibá São Carlos –SP: <https://pt-br.facebook.com/EcovilaTiba/>

bioenergético, massagem tailandesa, práticas meditativas, meditação com mantras, práticas orientais de saúde, curso de radiestesia, animagogia, TVI, captação psíquica e constelação familiar)⁴⁷. Destaca-se a *Terapia Vibracional Integrativa TVI*⁴⁸, que é apresentada como a principal prática das atuações de saúde na ONG.

Organizam jornadas bianuais, desde 2007, para discutir essas práticas e atuar no sentido de implantá-las no SUS, universalizando o acesso. E, desde 2013, atua em parceria com a UFSCar no sentido de difundir-las e estudá-las cientificamente.

Em 2016, em comemoração aos 10 anos da PNPIC, a ONG CSF sediou e organizou a Semana Nacional das PICS conforme figura abaixo:

Semana Nacional das PICS
de 01 a 06 de maio em São Carlos

As atividades são gratuitas

ONGCSF
Rua 9 de julho, 1380, sala 15
centro - São Carlos/SP

informação e inscrição:
ongcsf@hotmail.com

dia 01 de maio, domingo, às 14 horas:
abertura abordando A política municipal das PICS e EPS de São Carlos e oficina de Constelação Familiar, com Maria Rita - ONG CSF

dia 02 de maio, segunda, às 19 horas:
vivência de Yoga, com Sabrina Iasi - ONG CSF

dia 03 de maio, terça, às 19 horas:
vivência de práticas orientais de saúde, com Yashiro Yamamoto - ONGCSF

dia 04 de maio, quarta, às 19 horas:
vivência de Terapia Vibracional Integrativa, com Adilson Marques - ONGCSF

dia 05 de maio, quinta, às 18h30:
reunião do MAPEPS - LIE/CECH/UFSCar

dia 06 de maio, sexta, às 19 horas:
vivência de massagem tailandesa, com Marcos Roberto - ONGCSF

Logotipos parceiros: Tibá, Círculo de São Francisco, MAPEPS, Comunidade de Práticas, PNPIC, SAÚDE, SUS, Ministério da Saúde, BRASIL.

Figura 8. Cartaz de divulgação da Semana Nacional Das PICS em São Carlos.
(Fonte: <https://www.facebook.com/groups/343106732518766/> , 26/08/2016).

Atualmente a ONG se localiza na rua 9 de julho, 1380, no centro de São Carlos/SP, em três salas (15, 19, 21). Há uma produção audiovisual⁴⁹ que registra partes da composição

⁴⁷ Práticas passíveis de variação de constância em razão do voluntariado.

⁴⁸ Refere-se a uma técnica ou mesmo terapia formada por práticas meditativas, por tratamentos bioenergéticos através da imposição das mãos e práticas de Chi Kung ou seja, de movimentos corporais harmônicos. ONG Círculo São Francisco – Instituto de Animagogia (2015).

⁴⁹ Acessada pelo endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=b6T1Ejx3nbY>

do ideário da ONG, bem como partes de seus trabalhos e intenções. A ONG também dispõe de divulgação em blog⁵⁰ e página em rede social⁵¹.

4.2.3 MAPEPS

O projeto de extensão Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde – MAPEPS – vem sendo desenvolvido desde 2006 e tem como objetivo promover processos de Educação Popular e Saúde através do diálogo e da troca entre práticas e saberes populares e técnicos-científicos no âmbito do SUS e da Universidade, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras. No curso de extensão *Práticas Populares de Saúde*, os praticantes populares de saúde oferecem aulas na UFSCar sobre suas práticas, bem como acolhem os estudantes em seus locais de atuação para vivências e investigação da prática. A carga horária total é de 60h, sendo 48h de aula e 12h de vivência em campo. Além destes cursos de extensão, são feitas *Oficinas de Educação Popular e Saúde*, nelas a abordagem educacional para a formação profissional de curta duração (4 a 8 horas) na área da saúde da região de São Carlos, conta com a participação dos praticantes populares de saúde. Há também a promoção de *Espaços de Cuidado*, nestes espaços, os praticantes populares vinculados ao MAPEPS oferecem cuidados aos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde e outros espaços de trabalho em saúde de São Carlos e região, seguido de debate sobre a experiência. Também são feitos *Encontros de Práticas Populares de Saúde* em que as trocas de experiências e reflexões se dão a partir de apresentação de trabalhos, palestras e vivências de práticas populares de saúde⁵². Estes encontros se iniciaram em 2013 e ocorrem a cada dois anos.

De 2006 a 2014 houve 150 concluintes do curso de extensão *Práticas Populares de Saúde*: dentre estes: docentes da UFSCar, residentes, professores de Educação Física, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, agentes comunitários, biólogos, dentistas, psicólogos, nutricionistas, médica veterinária e também por estudantes (de graduação e pós-graduação) dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina, Psicologia, Gerontologia,

⁵⁰ Endereçado no: <http://homospiritualis.blogspot.com.br/p/centro-de-estudos-e-praticas.html>

⁵¹ *Facebook* ONG Círculo de São Francisco: <https://pt-br.facebook.com/ONGCSF/>

⁵² Texto extraído e adaptado do folder do MAPEPS disponível no blog do projeto: http://mapeps.blogspot.com.br/p/blog-page_5.html.

Ciências Sociais, Ciências Biológicas e Educação Física. No segundo semestre de 2016 ocorreu mais uma edição deste curso com 30 vagas. Tem-se previsão de oferta do curso também no segundo semestre de 2017.

Para pôr em diálogo os saberes e práticas populares com os saberes técnicos científicos, o MAPEPS buscou visibilizar quem são esses praticantes por meio da apresentação de suas práticas de saúde e, para tanto, mapeou práticas populares em 3 territórios de São Carlos, entrevistando 150 moradores e cerca de 20 pessoas de 4 equipes de Saúde da Família dessas regiões. Foi sistematizado esse mapeamento em 3 catálogos que são usados nas formações no curso de *Práticas Populares de Saúde* (OLIVEIRA et al., 2008, 2009 e 2010)⁵³. Foram visibilizadas aos participantes do curso a existência de 53 práticas populares de saúde identificadas no mapeamento.

Em 2013 ocorreu o *I Encontro de Práticas Populares de Saúde* no campus de São Carlos da UFSCar. Neste Encontro, houve participação de 79 pessoas da região de São Carlos, com apresentação de 10 trabalhos e oficinas com 3 práticas populares de saúde. Em 2015, houve o segundo encontro denominado *Encontro Regional de Práticas Populares em Saúde* que contou com a participação de 167 pessoas, 10 apresentações e vivências de práticas populares de saúde e, 3 conferências com especialistas.

Em 2015, o MAPEPS coordenou a Tenda Paulo Freire, no 14º Congresso Paulista de Saúde Pública propiciando Espaço de diálogo, vivência e cuidado.

O projeto MAPEPS teve premiação nacional na primeira edição do Prêmio Victor Valla de Educação Popular e Saúde de 2012 em duas categorias: 1º lugar na categoria *produção áudio visual* com o vídeo⁵⁴ de apresentação do projeto, dos valores e dos trabalhos, e 8º e 9º lugares na categoria *pesquisas e sistematizações*⁵⁵.

Oliveira et al. (2014) apresentam o diálogo com as práticas populares de saúde na formação profissional pontilhadas nas ações do MAPEPS. As autoras e o autor partem do reconhecimento da legitimidade das práticas populares de saúde. A invisibilidade, ou mesmo,

⁵³ Catálogos disponíveis no site do blog do MAPEPS endereçado no link: http://mapeps.blogspot.com.br/p/blogpage_5.html

⁵⁴ Vídeo acessível nos links: <http://mapeps.blogspot.com.br/> e <https://www.youtube.com/watch?v=r3gIpmsISy0>. Há outros vídeos possíveis de serem acessados tanto pelo blog: <http://mapeps.blogspot.com.br/>; quanto pelo link: <https://www.youtube.com/watch?v=zIiEOwI53ac>.

⁵⁵ Com os trabalhos: “Morar e trabalhar na mesma comunidade: a visão do praticante de práticas populares de saúde” e “Mapeamento de experiências de experiências de educação popular e saúde de São Carlos” de Hananiah Tardivo Quintana e Aline Guerra Aquilante, respectivamente.

marginalização destas práticas é superada quando elas são consideradas necessárias ao diálogo com o jeito de fazer saúde profissional e institucionalizado. A necessidade de identifica-las, denota a busca sensível de torná-las visíveis e escutar as vozes que não são ouvidas pelo ensurdecido modo hegemônico, pois existem e são legitimadas pela multidão de seus praticantes por avaliarem e constatarem suas características de complementariedade.

Nas palavras das autoras e do autor: “As pessoas avaliam que as práticas populares têm algo que as práticas do serviço não oferecem e vice-versa” (idem, p. 164). Em minhas palavras:

Vice-versa
 No corpo só tem um corpo?
 Nossa corpulência tem no círculo mais de uma mão
 E nos processos de enfrentamento há complementariedade no lugar da oposição
 Dando corpo ao corpo [...]
 Aqui tem gente inteira. - Que aberração!
 Há pedaços que adoecem e carecem de uma mão, mas há um total sem objeção
 O folclore de uns,
 É testemunho de outros que na crença pautam ação
 O vínculo é com a vida com braços dados negando o não
 O que correto é?
 Ignorância dos saberes escolares é outra escola que não fardarão
 Para o obscurantismo do letrado: diferentes se amarrem no mesmo cordão, solicitação...
 Enfraquecer o muro?
 A muralhas cairão por causa das orelhas dos corações que ouvirão
 A marreta é a insistência do tinir do respeito que zune no estalo da formação
 Nesta volta-vira no mapa de nossa agrimensa,
 Tem mais curva que do que se pensa, oh vida que pulsa como o coração!
 Relação com o Estado é mais um versa no vice-versa desta arterial pressão.

4.2.4 Prefeitura Municipal de São Carlos e Secretaria Municipal de Saúde

A Prefeitura Municipal de São Carlos – SP pelos projetos de leis de autoria do vereador José Luís Rabello popularmente conhecido como Zé do Mato, dá abertura as práticas integrativas e complementares pela disposição e instituição das seguintes leis:

- Lei Nº 15.826 de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a implantação das terapias Naturais e Práticas Integrativas e complementares no âmbito da política municipal de saúde e dá outras providências;

- Lei Nº 17.194 de 8 de julho de 2014. Institui no âmbito do Município a “Semana Fitoterapia”.

Em Abril de 2015 foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde um levantamento⁵⁶ dos profissionais interessados em participar de *Curso sobre Plantas Medicinais e Fitoterápicos* para servidores da rede pública de saúde. Mais de 100 profissionais se mostraram interessados, dentre eles: médicos, enfermeiros, dentistas, agentes de saúde. Frente a demanda de interesse, foi organizado e realizado o curso (com duração de quatro meses) oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos-SP. Foram atendidos 70 profissionais divididos em duas turmas de 35 alunos (as) cada; os profissionais concluíram o curso e receberam o certificado em fevereiro de 2016. Como houve remanescentes e um interesse (por parte dos profissionais da rede pública da saúde) superior ao número de vagas, a intenção é que sejam formadas novas turmas.

4.3 Sobre o encontro de vários começos: o processo de construção da PMPICEPS

No relato dos participantes foi manifesta uma suposta contradição de começos no que diz respeito a história do processo de construção da PMPICEPS, pois, para Maria Waldenez a história começa pela amplitude nacional até que chega ao município de São Carlos na feição do MAPEPS que articula e recebe outros grupos. Para Adilson Marques esta história se inicia pelas tentativas de articulações locais e pontuais que a ONG CSF faz no poder público e com o MAPEPS, portanto recepciona o MAPEPS. Para Lilian Ribeiro a ordem segue nas tentativas do vereador, nas adaptações do projeto feitas por ela e pela outra assessora, e, pela posterior chegada dos demais grupos articulados que seriam a ONGCSF e a UFSCar.

Ou seja, se para a Maria Waldenez a perspectiva é de que: “E com esses outros grupos vem outros grupos” (referindo-se à ONG CSF e a Eco Vila Tibá); na perspectiva do Adilson Marques: “E aí a gente foi agregando outras pessoas de outros grupos; entrou o MAPEPS também”; na perspectiva de Lilian Ribeiro foi primeiro: “Vereador Rabello, Socorro, eu Lilian e todo mundo que veio depois e foram se juntando ao grupo: a ONG, a universidade. Foi formando a gente como um coletivo”.

Esta aparente contradição sobre quem veio primeiro e de onde, dependendo da perspectiva, é a verdadeira definição de encontro em que ambos vem e se achegam e se dirigem para um mesmo ponto. O encontro de vários começos aponta justamente o traçado de

⁵⁶ Levantamento realizado em quinze USF e uma UBS do Município de São Carlos- SP

construção democrática do fazer político e fazer política, pois, não se trata de uma imposição ‘de cima para baixo’ sobre uma política como ordem do trono, antes, pelo contrário, se trata justamente de uma articulação comum, propositada, com sentido e democracia, vista com ótica contextual e factível às realidades do município.

Por isso, o começo elegido como começo e centralidade do registro que compõe este processo é o *1º Encontro de Práticas Populares de Saúde*. Este encontro, não foi apenas um encontro de práticas populares, mas encontro de pessoas, de praticantes e de propósitos. Adilson Marques relata sobre este encontro:

“Eu vim participar e apresentar um trabalho. Nesse evento acabei conhecendo a Wal, que já conhecia da FESC, mas não assim, porque ela fazia trabalhos na UATI com os idosos na FESC e então eu já tinha visto ela lá com os alunos. Mas eu não sabia dela neste outro trabalho que é o MAPEPS. Então em 2013 eu conheci, por este evento, e coloquei a ONG a disposição em parceria. Então em 2014 teve uma ACIEPE do MAPEPS e, dessa ACIEPE eu participei. E acabei participando do projeto de Espaço de Cuidado. Onde o MAPEPS organizava o Espaço de Cuidado eu ia como voluntário para fazer uma oficina, uma atividade. E com o tempo foi-se inserindo outros voluntários, então a ONG virou uma parceira do MAPEPS. Em 2015 também participei da ACIEPE e do Segundo Encontro que teve (dessa vez foi encontro regional). Então, quando eu procurei o Zé do Mato, eu sugeri essa parceria com a Federal, eu falei com a Lilian a assessora do vereador para o projeto acontecer. Daí a gente convidou o MAPEPS para participar e convidamos outros grupos também que acabaram não participando”.

Fernanda Catarucci aponta que este Encontro foi um possível caminho de aproximação entre os saberes e as práticas:

“Eu acho que isso faz com que diminua os abismos, e que as oficinas, as vivências que são feitas, as trocas de cuidado, o encontro que a gente tem de saúde (regional), mostram que esse seria o caminho mesmo: de educação e de troca”.

Iraí relata que este Encontro articulou, além de muito diálogo, a possibilidade de contato para pensar a importância de implementação no SUS das práticas e da política propriamente dita: “E aí nesse contato, a gente foi pensando na importância de implementar no SUS”.

A partir do *1º Encontro de Práticas Populares de Saúde*, estes coletivos fizeram parceria e se organizaram no intuito de compreender que não se tratava apenas de fazer pontual e centralmente a expressão de alguns princípios e práticas, mas a notória necessidade de ampliação tanto do acesso das práticas, quanto do empreendimento de reconhecimento e

legitimidade dos que neste sistema (sistema de saúde) estão à margem, margem esta de acesso e de participação⁵⁷.

Em 2014 e 2015, com objetivo de conscientizar e mobilizar a opinião pública a respeito do uso de ervas e plantas medicinais e demais práticas, foram realizadas no município de São Carlos a I e II *Semana de Fitoterapia - Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde*, respectivamente. Na edição de 2015, 2430 pessoas passaram pelo evento, nesta ocasião 2150 mudas de plantas medicinais e mais 500 de *crotalaria juncea*⁵⁸ foram doadas. Foram doadas plantas medicinais para FESC I e para o assentamento Nova Santa Helena para o desenvolvimento de hortas medicinais. Nesta mesma ocasião foram feitos em diferentes pontos centralizados da cidade de São Carlos- SP, quatro *Espaços de Cuidado*, a saber:

✓ 1 (um) com a Vivência de Terapia Vibracional Integrativa, que contou com a participação de 5 (cinco) pessoas, ambas do sexo feminino, que residem nas cidades de Veranópolis – RS, São Paulo, Jundiá e São Carlos;

✓ 1 (um) com a Vivência de Terapia Crânio Sacral, que contou com a participação de 5 (cinco) pessoas, sendo 3(três) mulheres e 2 (dois) homens, que residem nas cidades de Veranópolis – RS e São Carlos;

✓ 1 (um) com a Vivência de Arteterapia, que contou com a participação de 3 (três) pessoas, todas do sexo feminino, que residem na cidade de São Carlos;

✓ 1 (um) com a Vivência de Auriculoterapia, que contou com a participação de 9 (nove) pessoas, sendo 7 (sete) mulheres e 2 (dois) homens, que residem nas cidades de São Carlos, São Paulo e Gravatá.

Em 2015 representantes da assessoria do vereador José Luis Rabello apresentaram na 7ª Conferência Municipal de Saúde de São Carlos a proposta para Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde na Rede Pública de Saúde de São Carlos- SP.

⁵⁷ Todos os trabalhos feitos (oficinas, curso de extensão, encontros, espaços de cuidados) pelo MAPEPS desde o 1º Encontro de Práticas Populares de Saúde são feitos na parceria deste coletivo (ONG CSF, Ecovila Tibá e MAPEPS). Nos anos de 2013 e 2014 a Tenda de Oxóssi, um terreiro de umbanda, foi em parceria com o MAPEPS também. Foi uma importante e singular parceria.

⁵⁸ Leguminosa, tipicamente plantada após a retirada das produções em lavouras e serve a um tipo de adubação verde, bem como para o combate indireto ao mosquito da dengue (*Aedes Aegypti*) por atrair uma libélula predadora tanto do mosquito da dengue quanto de suas larvas e ovos.

Em 2015, na ocasião da II Semana de Fitoterapia - Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde foi realizado o I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos, cujo objetivo foi discutir a implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde do Município, bem como o Plano Municipal de Educação Popular e Saúde. Houve participação de 90 pessoas, dentre elas: gestores e profissionais de saúde do município de São Carlos, representantes da Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba, representantes do Ministério da Saúde, universitários e sociedade civil.

A partir da realização do I Fórum formou-se uma Comissão de trabalho para elaboração da proposta da PMPICEPS no município de São Carlos SP. Dos encontros diálogos e discussões desta comissão oriunda de muitos outros começos, resultou o começo de uma intenção política [Plano Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde para o Município de São Carlos] que foi endereçada ao Conselho Municipal de Saúde de São Carlos no dia 18 de Novembro de 2015 (ANEXO III) e apresentada e aprovada na reunião do Conselho no dia 10 de fevereiro de 2016 (ANEXO IV).

A entrega do Plano Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde para o Município de São Carlos foi entregue ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Natanael Alves da Silva, pelas mãos de Índia Socorro e Lilian Ribeiro⁵⁹ conforme retrata a imagem abaixo:



Figura 9 - Entrega em mãos do Plano Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde para o Município de São Carlos. (Fonte: Índia Socorro, 18/11/2015).

⁵⁹ Assessoras parlamentares que também compõem os participantes desta pesquisa.

A apresentação da proposta na reunião do conselho foi feita por Maria Waldenez com a presença de demais integrantes da comissão. As fotografias abaixo registram este momento:



Figura 10 - Apresentação ao Conselho Municipal de Saúde. (Fonte: própria autora. 10/02/2016).



Figura 11 - Diálogo junto ao Conselho Municipal de Saúde. (Fonte: própria autora, 10/02/2016).

Como a ocasião e os preparativos desta apresentação se deu no período festivo de carnaval, a legenda comemorativa desta “folia” que celebra a aprovação do conselho é em tons de “marchinha”:

O ponta-pé que foi dado esta noite,
 Começou de muito tempo atrás,
 Quando a saúde era mais que o trato
 Da medicina letralimentar
 Abrindo alas para um novo espaço,
 Onde a saúde se desfila popular
 Recebe oração, simpatia e benzidas
 E ervas e cuidados dos entes a sarar
 O marco de uma humanidade, que canta a vida sem parar
 Que luta, chora, grita o gene, de fazer saúde popular
 Tudo isso aconteceu entre flores que germinaram na voz de uma mulher (...)
 Nas roupas tem flores, na alma acendedores de um sol que não vai parar de bilhar...
 Que tem os olhos como um enigma, que só sabe dizer o bem a quem vier
 A voz dela não impõe fronteiras, mas, canta uma música sem acabar
 Donde todos podem cantar juntos, esta canção que vai continuar
 Saúde pública para todos os públicos,
 Saúde decretada com muito amor,
 O SUS ficou até *Suspreendido*, a saúde do povo chegou
 Atenção: A secretária da doença anuncia que a folia vai acabar, pois o SUS está pedindo Socorro e a ciência
 está a Cho...
 Não, pois a Saúde acaba de ganhar!
 São vinte horas, oito minutos e trinta e oito segundos a contar,
 Que a desconfiança mostra a confiança, da ciência novamente confrontar
 E não aceitar os preconceitos que muitos nos quiseram apontar,
 E por isso seguimos confrontantes, na luta pelo bem integral
 Do ser humano que é mais que carne, é cultura, é história e é ação
 Vamos todos continuar esta dança, festejar nosso alcance e a determinação
 Saúde popular se faz com todos, nessa festa que não pode acabar...⁶⁰

Esta ocasião foi noticiada⁶¹ pela Equipe de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social do DAGEP no Portal da Saúde no dia 07/04/2016. Interessante destacar que até a construção da notícia se deu de modo compartilhado. Maria Waldenez partilhou por e-mail uma síntese do acontecimento e consultou pessoas que compõem a comissão sobre a completude de seu conteúdo antes do envio aos interessados no Ministério da Saúde (ANEXO V).

Posterior a esta aprovação, o Plano Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde para o Município de São Carlos foi

⁶⁰ Escrito por mim como diário de campo “cantante e dançante” posterior a ocasião de aprovação do Plano Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde para o município de São Carlos. Foi revisado carinhosa e criativamente por Clélio Souza.

⁶¹ Acesso possível no link: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/sgep-noticias/23031-sao-carlos-sp-aprova-implantacao-de-praticas-integrativas-de-educacao-popular-e-saude>>.

encaminhado em forma de Decreto ao setor jurídico da prefeitura aguardando novos posicionamentos favoráveis para seguimentos.

Em novembro de 2016, o vereador José Luis Rabello faleceu devido ao agravamento de um problema de saúde. Após a sentida morte do vereador, e também devido a mudança de gestão no município de São Carlos- SP⁶², foram necessárias novas articulações e diálogos neste campo político recém-estabelecido, inclusive com o novo secretário de saúde.

Entre dezembro de 2016 e abril de 2017, foi realizado em São Carlos-SP o curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular e Saúde (EdPopSUS). Este curso é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, que articulada com a intencionalidade política deste coletivo no município, com a universidade e com o apoio da Prefeitura Municipal; foi um acontecimento possível, necessário, formativo dialógico e bonito⁶³.

No início deste ano 2017, Maria Waldenez contata a Lilian Ribeiro para verificar o andamento do processo da proposta de Decreto que estava encaminhada ao setor jurídico do município. Foi localizado o processo (identificado por número) por meio de uma pessoa da Secretaria de Saúde, e essa mesma pessoa sugeriu que fosse feito contato com o novo governo. O processo estava em posse da Secretaria de Saúde com um parecer do setor jurídico que não está acessível ainda as pessoas do grupo. Sabe-se que foi estabelecida uma alteração de Decreto para Projeto de Lei e uma sugestão de criação de comissão para operacionalização da proposta (o que já era proposto no Plano Municipal apresentado na forma de Decreto ANEXO III). Na articulação com o novo governo, o contato e encontros com o atual secretário de saúde têm sido feitos e articulados, para verificação da possibilidade da implementação da política com agenda e orçamento.

⁶² Foi eleito um novo prefeito. Dos 21 vereadores (as) eleitos (as), 13 são novos e 8 reeleitos.

⁶³ Link com o vídeo que apresenta a experiência do curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular e Saúde - EdPopSUS - São Carlos (SP): <<https://www.youtube.com/watch?v=bJKKAK0x1RQ>>.

5 ALGUNS DESFECHOS REFLETIDOS: ANÁLISE E [IN]CONCLUSÕES

Do processo de construção apresentado até agora, foi notório que são histórias que encontram histórias, como trajetórias que se cruzam e, estabelecem vínculos para propositar-se como coletivo. Sobre coletividade Dussel (2007, p. 81) escreve que no princípio democrático de construção do consenso, a comunidade é de onde ocorre a largada, pois “o ponto de partida não são indivíduos isolados, mas sim comunidades históricas já sempre pressupostas”. Contudo a *comunidade política* (como ordem vigente) tem marcadamente falhado e isso deixa brecha para as mobilizações e reivindicações. Pois:

Se todos os setores da comunidade política tivessem completado suas demandas, não haveria protesto social nem formação de movimentos populares que lutassem pelo cumprimento insatisfeitos de suas reivindicações. É a partir da *negatividade* das necessidades que – de alguma dimensão da vida ou da participação democrática – que a luta pelo reconhecimento se transforma frequentemente em mobilizações e reivindicativas... (DUSSEL, 2007, p. 89 e 90).

Neste sentido, os relatos dos participantes, delatam as marcas de falha do sistema vigente político e de saúde, quando: mostra a insuficiência do sistema vigente frente às demandas de muitos; aponta a alienação da participação negada nos assuntos políticos que geram abismos e preconceitos; denuncia o desinteresse de cura do sistema vigente (industrial e mercadológico da “saúde”) que cria consumidores; e quando constata que o SUS em projeto e princípios de universalidade, equidade e integralidade⁶⁴ não se consumaram ainda:

“[...] tem um monte de gente que não encontra resposta no sistema que a gente tem [...] Às vezes eu vejo muito político querendo tomar muita decisão sem conversar com as pessoas que estão relacionadas a problemática que eles estão discutindo, assim, só aumenta os abismos e os preconceitos” (Fernanda Catarucci).

“[...] o sistema como está hoje (medicalizado, médico centrado) não está dando conta mais. Na verdade, a gente adocece por várias coisas, então se a gente não começar a tratar as pessoas de uma outra forma, não vamos dar conta. E as pessoas estão sentindo isso, que os medicamentos, remédio só, não dá conta. Que os médicos só, não dá conta. Eu vejo possibilidades, eu vejo tantas possibilidades que os próprios profissionais estão pedindo, os próprios profissionais estão pedindo ajuda: olha, traz oficina para gente, vem fazer com a gente” (Rukma).

“[...] o servidor público é muito sobrecarregado! [...] a gente não está dando conta nem do que já tem [...] em termos de condições de trabalho no SUS

⁶⁴ BRASIL (2000) descreve tais princípios.

[...] não é ofertado nada” (Lilian Ribeiro).

“Vai contra essa lógica de indústria farmacêutica e médica que não está interessada em cura, e sim em manter um cliente por mais tempo. A gente vai contra essa lógica que tá predominando agora no contexto político de enfraquecimento do SUS para favorecer os planos de saúde. É isso aí: a indústria da doença que está vencendo. Então se mantem a pessoa doente para ser um eterno consumidor” (Adilson Marques).

“Ouvimos e falamos: “O SUS é uma luta diária!”. Pois, não é porque o SUS foi instituído que agora ele está acontecendo. Então eu acho que é isto mesmo: é uma luta diária!” (Maria Waldenez).

“Então eu acho que existe essa força, existe esse poder que intervêm assim, que dificulta. Porque não quer, porque tem receio de perder sua clientela pra essas práticas” (Iraí).

Pela imperfeição e impossibilidade de acabamento da ordem política, Dussel (2007, p. 87) delata a existência de *vítimas políticas* “[...] os que sofrem os efeitos negativos [...] porque não podem viver no grau relativo à evolução histórica da humanidade; vítimas que de algum modo se encontram em assimetria na participação, ou simplesmente foram excluídas da mesma”. Estas vítimas que são constadas nos relatos supracitados, são análogas ao que Freire (2015 b) denomina como *oprimidos, condenados da terra, esfarrapados do mundo* e vocação opressora de *ser menos*.⁶⁵

“O sistema vigente inevitavelmente produz efeitos negativos. Transforma-se lentamente pela entropia das instituições no tempo, em um fetiche dominador” (DUSSEL, 2007, p. 109). Esta afirmação vê-se notadamente no campo da saúde em sua expressão na criação de um ‘absoluto’ que desqualifica e faz com que todo outro (fora desse absoluto) seja *menos*. As falas abaixo fazem alusão: a deturpação da política de humanização no SUS⁶⁶, que se reduziu a cores de tempo de espera e lhe escapou os sentidos do acolhimento; a estrutura que centralmente aloca o campo da saúde; aos boicotes e desqualificações que embargam a entrada de práticas “não-médicas” no campo da saúde;

“E pensando a política de humanização, também foi um pouco deturpada no processo. Não é à toa que você vai vendo o que aconteceu com a humanização dentro do SUS, e algumas pessoas dizem: a humanização é verde, vermelho e amarelo no pronto atendimento. Tem apenas aparência de acolhimento [...] então existe uma incorporação de políticas que depois vai se moldando, se adequando, vai pondo ali, vai pondo aqui e fagocita aquilo e mexe aqui e tal. [...] tem uma estrutura que está muito bem, obrigada! E que quando a gente se coloca num sentido que não é o mesmo dessa estrutura, que eu chamo de biomédica, hospitalocêntrica, medicocêntrica, e da

⁶⁵ FREIRE (2015b) usa estas palavras para se referir a condição dos oprimidos.

⁶⁶ BRASIL (2004)

medicalização da saúde, da patologização e das mazelas sociais etc [...]” (Maria Waldenez).

“Eles sempre boicotavam, dificultavam [...] achava que não era uma prática médica e dificultaram [...] é para ter uma possibilidade além do conhecimento biomédico, ter alternativas e benefício para sociedade como um todo” (Adilson Marques).

Estes relatos vêm ao encontro com as palavras e sentidos escritos na afirmação contida na Política Nacional de Educação Popular e Saúde:

Embora nos últimos anos diversos esforços tenham sido empregados por meio de políticas públicas de saúde marcadas pela valorização de princípios como equidade, participação e humanização, a mudança do modelo de atenção em saúde ainda é um desafio. As ações de saúde ainda são marcadas hegemonia da cultura medicamentosa e hospitalar, consistindo em uma perspectiva de cuidado que preserva a racionalidade biomédica, identificando as pessoas como “meros pacientes” portadores de patologias, em detrimento de uma concepção ampliada do cuidado, negando seu papel enquanto sujeito de saberes, vivências, direitos e poder de decisão (BRASIL, 2012, p. 17).

Dussel (2007, p. 87) anuncia que: “Enfim, a ordem política manifesta por suas vítimas sua ineficácia...”, portanto, diante da improficuidade de um sistema político em sua tarefa de promoção da vida, dos direitos e da justiça, fica expresso que nem mesmo a educação popular cumpriu a sua intenção, pois anua Brandão (2009, p. 10):

O diálogo e a reflexão a respeito dessas questões permanecem relevantes [...], na medida em que compreendemos que a educação popular ainda não cumpriu a sua intenção: a de propiciar a humanização e a libertação dos sujeitos que sofrem com as opressões políticas, econômicas e culturais.

Diante das imperfeições, lacunas, e incompletudes do sistema vigente político da saúde, e mesmo da não-realização da educação popular ainda hoje, nasce junto a necessidade de um *exercício crítico da democracia* frente a *entropia das instituições* que por meio de um *estado de rebelião* e pela expressão de uma *cultura rebelde*, se posicione como *ethos da valentia* rumo a um projeto político outro (DUSSEL, 2007; FREIRE, 2015 b; BRANDÃO, 2009).

Diante de um contexto aparentemente desfavorável e incerto como apresentado anteriormente, existe um *quefazer*, pois, até o que tem aparência de completamente adverso pode não ser, afinal pode ser uma espécie de “[...] caos anterior que antecipa a criação da nova ordem” (DUSSEL, 2007, p. 99). Nos parágrafos seguintes será apresentado o quanto foi feito no município de São Carlos/SP e região, mesmo diante de tantos contrários. Nos parágrafos abaixo, a construção da PMPICEPS será brevemente abordada aos pares com os eixos estratégicos previstos na PNEPS (BRASIL, 2012) como expressão do que tem sido feito na construção local frente a proposta da redação da política nacional.

- ✓ **PARTICIPAÇÃO SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA:** Compreendida na PNEPS como: criação de espaços capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, ampliação e criação de diálogos, trocas de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença⁶⁷.

Ações	Atividades
Criação de espaços de diálogo e vivências para promoção e fortalecimento da reflexão, troca de saberes	✓ Permeiam todas as atividades de todos os coletivos (MAPEPS, Ecovila Tibá e ONG CSF).
Fortalecimento e ampliação do protagonismo social	✓ Permeiam as atividades de todos os coletivos (MAPEPS, Ecovila Tibá e ONG CSF).
Mobilização pelo direito à saúde	✓ Eventos públicos como: a Tenda Paulo Freire no 14º Congresso Paulista de Saúde Pública; o I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos; II Semana de Fitoterapia - Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde.
Qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas	✓ Os espaços de participação na construção da PMPICEPS sejam no I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos, sejam nas reuniões abertas formais e informais do grupo que intenciona a construção da política, qualificam a participação nos processos.
Constituição de Metodologias que colaborem com o compartilhamento do poder institucional	✓ A proposta da PMPICEPS caso seja implementada e a própria construção se deu por meio de metodologias com concepção de poder compartilhado.

- ✓ **FORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO:** Compreendida na PNEPS como: resignificação e criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.⁶⁸

⁶⁷ Texto extraído e adaptado de BRASIL (2012, p. 18).

⁶⁸ Texto extraído e adaptado de BRASIL (2012, p. 19).

Ações	Atividades
Produção de materiais didático-pedagógicos	✓ Folders do MAPEPS, Ecovila Tibá e ONG CSF.
Educação permanente e/ou continuada dos atores sociais envolvidos no SUS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Curso sobre Plantas Medicinais e Fitoterápicos para servidores da rede pública de saúde ✓ ACIEPE Educação Popular e Saúde aberta e divulgada aos trabalhadores da rede de saúde no município ✓ Curso de Aperfeiçoamento EdPopSUS em São Carlos-SP.
Diálogo para as trocas e integração de saberes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educação Popular e Saúde está incluída como disciplina na formação profissional dos cursos de Enfermagem e Gerontologia, e por vezes no Programa de Pós-graduação em Educação da UFSCar. ✓ Oficinas são ofertadas nos cursos de Medicina e Terapia Ocupacional, com participação de pessoas de demais cursos como: psicologia, fisioterapia, até mesmo engenharia. ✓ Curso de extensão <i>Práticas Populares de Saúde</i> ✓ Retiros e Cursos de saúde e espiritualidade promovidos pela Ecovila Tibá; ✓ Vivências e ensinamentos em 12 diferentes práticas pela ONG CSF
Produção, sistematização e socialização de conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Catálogos do Mapeamento de mais de 53 práticas populares de saúde (MAPEPS) ✓ Produção audiovisual disponível ao acesso público pela internet (MAPEPS, Ecovila Tibá e ONG CSF). ✓ Publicação do MAPEPS em caderno oficial (OLIVEIRA et al. 2014b)
Qualificação de informações para o enfrentamento participativo dos determinantes sociais da saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Construção compartilhada da PMPICEPS tanto no I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos, quanto pela comissão feita a posterior. A construção da política como intervenção.
Construção e compartilhamento de tecnologias de comunicação pautadas pelo respeito à sabedoria popular e pela valorização da diversidade cultural	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os blogs, as páginas em redes sociais e as publicações audiovisuais. ✓ Os três catálogos de mapeamento feito pelo MAPEPS de práticas populares de saúde produzidos, sistematizados, validados com participação dos sujeitos participantes da comunidade.
Protagonismo de comunicadores populares no SUS fortalecendo a temática da saúde nas diversas linguagens e formas de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sarau Literário que compôs as atividades da <i>II Semana de Fitoterapia - Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde</i>. ✓ Rodas de conversa que permeiam todas atividades dos coletivos (MAPEPS, Ecovila Tibá e ONG CSF)

- ✓ **CUIDADO EM SAÚDE:** Compreendida na PNEPS como: cuidado em saúde não apenas como ação sanitária, mas social, política, cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva da produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado permeadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia.⁶⁹

⁶⁹ Texto extraído e adaptado de BRASIL (2012, p. 19).

Ações	Atividades
Fomento à compreensão ampliada do cuidado em saúde	✓ Explícito nas atividades de todos os coletivos (MAPEPS, Ecovila Tibá e ONG CSF), pois empreendem a consideração da legitimidade de cada aspecto que tange a integralidade e as versões mais ampliadas do popular.
Reconhecimento e convivência dos modos populares de pensar, fazer e gerir a saúde	✓ Permeiam todas as atividades de todos os coletivos (MAPEPS, Ecovila Tibá e ONG CSF).
Promoção do encontro e diálogo destes com os serviços e ações de saúde	✓ <i>Espaços de Cuidados</i> propiciam em suas atividades a integração das vivências distintas pela experimentação, diálogo e reflexão.
Apoio à sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação das práticas populares de cuidado	✓ Permeiam todas as atividades de todos os coletivos (MAPEPS, Ecovila Tibá e ONG CSF).
Aprimoramento de sua articulação com o SUS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A proposta da PMPICEPS ✓ Iniciativas de articulação da ONG CSF

- ✓ **INTERSETORIALIDADES E DIÁLOGOS MULTICULTURAIS:** Compreendida na PNEPS como: territórios locais como ambientes estratégicos nos quais se faz necessário a identificação, reconhecimento e articulação entre os dispositivos e forças sociais existentes, para articulação das necessidades e desejos da população às respostas institucionais.⁷⁰

Ações	Atividades
Encontro e visibilidade de diferentes setores e atores	✓ Encontro dos coletivos e instituições governamentais e não governamentais (MAPEPS, Ecovila Tibá, ONG CSF, Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde).
Fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras	✓ O próprio casamento entre a PNPIC e a PNEPS mostra este enlace possível.
Mobilização e articulação a nível (local, nacional e internacional)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitura e adaptação de políticas nacionais à realidades locais para construção municipalizada da política. ✓ Partilha de experiência de Maria Waldenez que compôs a comissão nacional com os arranjos municipais
Fortalecimento do referencial da educação popular nas políticas públicas	✓ Na redação do Plano Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde, a referência da educação popular foi insistentemente constada como necessária, embora o caractere aberto e generalista da categoria de “outras práticas” se caracterizasse como embargo jurídico na aprovação do Decreto.

A entrada da EPS se deu pela porta das práticas populares de saúde, no caso do município de São Carlos-SP. É um fazer que se faz fazendo. A sensibilização não se deu pelo

⁷⁰ Texto extraído e adaptado de BRASIL (2012, p. 19 e 20).

convencimento do discurso, mas primeiramente na experiência dos sentidos que nem sempre coube na palavra. As ações e atividades colocadas aos pares acima, aponta algumas possibilidades e potencialidades políticas, que estrategicamente, faz caminhos, pontes, ou pernas longas para saltar abismos. De toda forma, esta construção não está dada por acabada nem mesmo como perfeita trilha.

Sabe-se que diante da assimetria dos espaços institucionalizados, “faz-se necessário, idealmente, que todos os cidadãos possam participar de alguma maneira simetricamente com razões (não com violência) na formação do consenso, nos acordos que são realizados”, contudo, sabe-se que “nem a simetria nem a participação perfeita de todos os afetados é possível (DUSSEL, 2007, p. 67 e 99). Diante disso, o que fazer? Faça. Faça “decantando a democracia como único factível para alcançar a legitimidade” (idem. p.67). Mesmo que “a democracia *seja* um sistema perpetuamente inacabado [...] nunca perfeita, sempre perfectível” (idem, p.68 *grifo meu*).

Assim, faz-se necessário decidir, mas: “Nenhuma decisão é perfeita [...] Toda decisão[...] não é perfeita [...] cometerá ainda que não-intencionalmente algum efeito negativo” (DUSSEL, 2007, p. 83). Isto se dá, dada a nossa condição de inacabamento e inconclusão, que sendo “inconclusos *em e com* uma realidade de que, sendo histórica também, é igualmente inacabada” (FREIRE, 2015b, p. 101 e 102).

Contudo: “Na solução dos efeitos negativos está o futuro, a transformação, o progresso qualitativo da vida” (DUSSEL, 2007, p. 83). “Daí que seja a educação um quefazer permanente. Permanentemente, na razão da inconclusão dos homens e do devenir da realidade. [...] Para *ser* tem que *estar sendo*” (FREIRE, 2015b, p. 102).

E o diálogo conforme escrevem Júnior e Pacheco (2009, p. 94): [...] é uma categoria necessária para a construção da relação homem-mulher-mundo, na pronúncia da sua existência pela palavra.

É perceptível neste processo de construção da PMPICEPS, alguns pontos cambiantes que carecem de atenção sobre:

✓ **Imprecisão do “como” do projeto:** como será? Tem-se clareza do que espera, mas, não plena clareza de como se dá, considerando o princípio de factibilidade⁷¹. Por exemplo: financiamento, espaços e jeitos. Afinal, como um modelo dominante que nega, admitirá diálogo? Isso não mostra necessariamente o despreparo,

⁷¹ Factibilidade compõe os princípios normativos políticos. É apresentada por Dussel (2007, p.85) como possibilidade factível, poder para ser governável, ou seja, como a arte do possível sem a fatalidade da estagnação frente a algo que no momento parece impossível na ótica do conservador, ou seja, “o possível do crítico e impossível do conservador”.

mas o desafio e a necessidade de fazer, e se necessário, refazer caminhos. Mostra que ainda não é, mas que *está sendo*⁷²

Fernanda Catarucci mostra que pensando em termos de espaço, as unidades de saúde não têm infraestrutura e superestrutura para acolher todas as práticas e praticantes. Neste sentido as medidas não se adequam e, desta forma, seria necessário pensar outros moldes de intercâmbio e comunicação sobre o que cabem nos serviços, tanto em espaço físico, quanto simbólico:

“São dois processos, o extra e o intra: por exemplo **não daria para levar tudo** que a gente tem na ecovila para dentro do SUS, a gente teria de fazer esse processo de orientar que existe esse espaço lá, e ao mesmo tempo saber que existe esse espaço dentro. Que a gente pode fazer esse espaço coletivo ou então ter essa divisão de escolha para poder escolher o caminho que a pessoa quer fazer”.

Adilson Marques idealiza um Centro e dá pistas de como possivelmente pode ser (capacitação de profissionais da rede sobre as práticas):

“O que nós percebemos no Fórum, é que vários profissionais da saúde têm interesse. O que nós conseguimos detectar é que há vários interessados em trabalhar nessa área com essas técnicas. Então o que eu vejo como um caminho, até para não se gastar dinheiro é essa grande questão que se coloca: quem vai pagar e tal? Ao invés de contratar servidores especialistas, capacitar os atuais servidores seria um caminho para facilitar a implantação [...] no caso dos centros de práticas, pode ter uma salinha [...]”.

Mas Maria Waldenez pergunta: você pega a prática, mas e os praticantes? Em suas precisas palavras:

“E além disso uma outra coisa que eu acho que tem que tomar muito cuidado é sobre não traduzir a cultura popular em produto. Pois assim, se perde a cultura popular e todos os processos de cuidado que advém e que está na cultura popular. Então traduzir uma erva por um saquinho de erva é demais, não é?! E a partir do momento que eu tenho a erva medicinal dentro da Unidade, pouco me importa o que aconteça com a erva? Porque se eu vou formar o profissional com conhecimento acadêmico, bioquímico etc da erva, que acaba se sobrepondo e anulando a pessoa e seu conhecimento popular”.

No mesmo sentido que Maria Waldenez apresenta a importância do rosto e da personalidade das práticas, e não apenas as práticas; Iraí corrobora com a seguinte afirmação:

“Historicamente o que eu percebo, e eu posso te dar uma hipótese até: [...] por causa da luta de poder, aqueles que eu falei que teriam receio de perder a

⁷² ‘Está sendo’ no sentido de que a imprecisão do “como” do projeto tem sido constantemente discutida, e, nesse sentido, tem-se feito buscas para melhor adaptar ao contexto são-carlense. A própria troca com experiências de outros municípios aponta para esse “*está sendo*”.

clientela, aceitando que vai ser implementado e que essas práticas são boas, eu tenho receio que o espaço do praticante, o trabalho do praticante deixe de ser trabalho do praticante”.

Maria Waldenez coloca a necessidade de reflexão sobre, não apenas o lugar das práticas integrativas, complementares e populares de saúde, mas, do lugar das pessoas, culturas e humanidades, das trocas e dos diálogos. Para tanto, ela elege a problematização da disputa de espaço, pois, se os modos populares estão negados pela hegemonia médica, como vão dividir esse espaço? Por outro lado, os que se percebem excluídos e desqualificados, pautam impaciência do ponto de vista da negação histórica. Neste sentido, apelaria ao que

Dussel (2007, p. 110) denomina como impossibilidade de inclusão, pois: “Os excluídos não devem ser *incluídos* (seria como introduzir o Outro no Mesmo) no *antigo* sistema, mas devem participar como iguais em um *novo momento institucional* (a nova ordem política)”. Assim sendo, como criar outra instituição ao invés de institucionalizar a PMPICEPS? Esta resposta do “como” ainda não está consolidada, embora já feita a pergunta com as seguintes percepções:

“Então vejo o processo de institucionalização como um processo de criação de uma instituição, um processo muito bom, todavia perigoso e arriscado. [...] A gente precisa ter clareza dos riscos e acho que a gente quer correr os riscos. Porque acho que os ganhos são muito bons (Maria Waldenez).

Se a institucionalização, ou criação de uma instituição outra para comportar o movimento e princípios da PMPICEPS, demanda uma outra lógica e noção de espaço (também simbólico), não haveria no lugar de suposto “diálogo de paz horizontal” uma disputa que implicaria em altos e baixos dada a estrutura de poder não horizontal (uma vez que é injusta e assimétrica)? Maria Waldenez pontua:

“E, então eu acho que se tiver uma disputa, nós estamos lá para disputar, mas não que a gente tenha colocado a disputa, mas a gente sabe que tem! Que a gente vem com outro projeto, e que muito disso vai ser avaliado com os mesmos instrumentos e critérios com que se avalia outra lógica, outra visão de mundo, outro processo”.

A imprecisão do “como” do projeto se dá principalmente pela compostura dinâmica que demanda aos intencionados da proposta política ter que se adaptarem e reprogramarem de acordo com a abertura que vai se tendo nos espaços ‘de dentro’ do sistema – a prefeitura e secretarias afins. Não existe um campo plano aonde fluentemente possa se implementar essa proposta política. Muito pelo contrário, o espaço por vezes é hostil ao que este projeto político democrático e popular se propõe edificar. Esta hostilidade ocasiona um senso de disputa e emergente diálogo.

Diante disso, algumas das indagações que se içam são: disputa é dialógica? A disputa é horizontal? Seria pensar a disputa por via do diálogo? E seria pensar a disputa com horizontalidade ou pela horizontalidade? Mas como se não é horizontal? A disputa seria pela horizontalidade com horizontalidade se não há horizontalidade? A pergunta é: como?

✓ **A parte “não popular” do popular:** popular é sinônimo equânime e justo? É sinal de aceitação da pluralidade ou são blocos cindidos? Buscam por si ou pelo nós? Se galgarem para si, o que fazem do nós? (A história do servo que virou senhor, do oprimido que sonhou e se fez opressor). A **questão é como** fazer com que isso não aconteça delineado no desenho deste projeto e fazer político? O que assegura que vai ser assim justo e bom? Não existem excluídos que também sejam preconceituosos? O fato de serem excluídos assegura de que são tolerantes com os diferentes e prontos ao diálogo?

Neste mesmo sentido, Adilson Marques pontua alguns cuidados a serem tomados principalmente no que parece ser prática integrativa, complementar e popular, quando não o é. Ele apela ao bom senso e mostra que entre o ceticismo e a crença em tudo, é preciso ter bom senso. Pois, a comercialização das crenças e práticas sendo restritas ao lucro individual, pode não passar de charlatanismo. Em suas palavras:

“Tem três grupos: os dos céticos, os dos muitos crédulos e o intermediário que é o bom senso. Porque as explicações mirabolantes é que é o problema. A questão do charlatanismo é que é tudo muito caro. Para você vê, as práticas indígenas ou populares, não são pagas, ele tem aquela vontade de servir e de te ensinar. E quando você vai mexer nesse lado nova era é tudo financeiro, tudo de cobrar e muito caro. Por exemplo: o curso é de graça, mas para você aplicar na prática, você tem que comprar o medalhão e o medalhão é 300 reais e sem o medalhão não funciona, então ok, daí você vai lá e compra. Isso tudo é enganação. Eu compro muita briga por causa disso. Tinha aqui em São Carlos que para você aplicar reiki, tinha que usar um cristal tal, uma pena assim, assim assado, e só funcionava se comprasse na lojinha exotérica da pessoa. Se comprasse na lojinha exotérica do concorrente não funciona, tem que ser na minha loja!”.

Diante do exposto que consta: - registro da história de construção e tentativa de implantação e implementação da PMPICEPS; apresentação de ações e atividades compositoras e colaboradoras do processo; e, problematização da assimetria dos espaços institucionalizados, do fazer, do decidir, da lida com os efeitos, das inconclusões, do dialogar, da imprecisão do “como” do projeto e da parte “não popular” do popular - é apresentado como *corpus* de análise (considerando o processo como inacabado e pensando numa contribuição à frente) duas necessárias percepções do processo: conjuntura facilitadora e conjuntura dificultadora.

Conjuntura facilitadora:

Indagadas sobre suas percepções sobre o processo de construção e intenção de implantação e implementação da PMPICEPS, as pessoas informantes deste estudo constataram alguns facilitadores e facilidades neste processo que são apresentados como conjuntura.

É anunciado que o interesse por parte dos profissionais de saúde que já compõem a rede no município, pode ser um importante fator de facilitação, pois esses profissionais expressam esse interesse:

“O que nós percebemos no Fórum, é que vários profissionais da saúde têm interesse. O que nós conseguimos detectar é que há vários interessados em trabalhar nessa área com essas técnicas. Então o que eu vejo como um caminho, até para não se gastar dinheiro [...] Acho que seria um caminho pra facilitar a implantação” (Adilson Marques).

“...eu vejo tantas possibilidades que os próprios profissionais estão pedindo, [...] ajuda. Falando: traz oficina para gente, vem fazer com a gente” (Rukma).

É demonstrado também, que além do interesse do profissional de saúde, o interesse da população e o interesse do grupo que se organiza para a implementação, também são uma composição importante no quesito de facilitação do processo:

“[...] a gente está numa sociedade que quase todo mundo está buscando algo mais natural. As pessoas parecem mais abertas e os efeitos colaterais são bem menores. E não só a população em geral, como também os próprios trabalhadores profissionais da saúde, sabem do benefício que isso ia trazer” (Lilian Ribeiro).

“Olha, eu aposto no sucesso e facilidade, pois tem um grupo bastante envolvido. Somos um grupo de pessoas que estamos muito afim que isso aconteça. E eu estou confiando no trabalho desse grupo como facilitador [...] As pessoas querem receber uma massagem, as pessoas querem receber um reiki, as pessoas querem falar disso, conhecer um pouquinho mais disso (Rukma).

“A gente tem feito algumas práticas na periferia, então se pensa: o povão mesmo não vai querer fazer! A gente tem preconceito de que eles não aceitam e tal. A gente vê na prática que não [...] por exemplo, a gente fez na semana do bebê, num bairro, e elas queriam que continuassem o yoga, a gente só não continuou porque não tinha estrutura. Pelas participantes, elas queriam que tivessem toda semana uma continuação” (Adilson Marques).

Fernanda Catarucci expressa que o marco legal expresso nas políticas nacionais são expressões facilitadoras do encontro e diálogo de diferentes perspectivas que carecem de aproximação. Em suas palavras:

“Então, eu acredito que a política legitimando a existência dessas práticas, ela faz com que isso melhore a comunicação entre os dois universos e diminuam os preconceitos que existam sobre essas práticas, que são práticas que não estão legitimadas entre nós. E isso faz com que muitas pessoas que estavam com medo e inseguras, passem a ter interesse e a querer estudar sobre e, até aumentar o grupo de praticantes. E a busca então” (Fernanda Catarucci).

Neste mesmo sentido, Lilian Ribeiro aponta a legalidade como facilitador no processo: “A facilidade é também as leis de incentivo, que no sistema já tem lá previsto”.

Iraí considera como facilidade o percurso de dez anos do MAPEPS somados aos espaços de cuidado e as vivências, tanto com profissionais da rede de saúde, quanto com os futuros profissionais em formação na universidade:

“Eu acho que de facilidades o que a gente tem são esses processos, esses dez anos em que a gente vem construindo uma rede, vem mostrando que essas práticas podem contribuir, são positivas [...] o que a gente vem fazendo no MAPEPS (essa coisa dos espaços de cuidados) tem sido mostrado para os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde em formação com as oficinas na universidade também têm visto. A gente já vem muitos anos sensibilizando a rede de saúde para essas práticas. Então já facilita esse [...] processo que a gente já vem desenvolvendo” (Iraí).

Maria Waldenez denota em sua fala não apenas os processos da construção da PNEPS como conjuntura facilitadora, mas também o que a implementação municipal facilitaria para os sujeitos que desta proposta vivenciasse. Neste último, ela aponta a autonomia e a prevenção como facilitador:

“Eu aprendi no movimento nacional, essa perspectiva de que como essa política é articulada com o nacional e nacional com aqui, é o que trago de contribuição e facilitação. E [...] eu procuro levar pessoas para esse espaço de articulação [...] os próprios processos (mostram autonomia), por exemplo: Eu acendo uma vela e rezo em casa; a vela custa cinquenta centavos e a reza custou o meu tempo; eu posso fazer isso na minha casa, eu não preciso de farmácia aberta ou de ir lá comprar e tal; a erva eu posso plantar na minha casa. Então isso tudo também me dá autonomia para conseguir alcançar a cura de uma forma mais próxima de mim [...] eu falei o que de bom isso vai trazer: a autonomia [...] eu acho que isso é uma facilidade [...] a prevenção [...] práticas populares, elas muitas delas atuam neste sistema (preventivo e mais autônomo). Não que elas não atuem também na cura, não é” (Maria Waldenez).

Neste mesmo sentido, Rukma acrescenta: “Facilitaria para quê? É para despertar isso: que eu sou responsável por mim mesma. Como autonomia isso, como autonomia”.

Na perspectiva de custo, estima-se economia de recursos quando as práticas forem implementadas. Na apresentação⁷³ feita ao conselho municipal de saúde, foi feito um

⁷³ Vide ANEXO IV

demonstrativo baseado na experiência de um município no sul do Brasil. O argumento de economia dos recursos financeiros é constado como facilitador também: “Impactar [...] também financeiramente para o município pensando como órgão executivo” (Lilian Ribeiro). “...a prevenção custa menos para todo mundo” (Maria Waldenez). “Diminui remédio e gasto, diminui violência e gasto com ela...” (Adilson Marques).

Como projeto e intenção, aposta-se que a implementação da PMPICEPS traria facilitadores que propiciariam concepções de saúde mais amplas e plurais, facilitando o acontecimento da saúde e da qualidade de vida:

“[...] com a política e as práticas o sistema público de saúde vai conseguindo melhorar a qualidade de vida e do trabalho e aplicar recursos em outras coisas, melhorando qualidade de vida e de trabalho e outras coisas, é menos consulta, é menos medicamento e se amplia consultas e grupos de outros lados” (Maria Waldenez).

“Impactar tanto na qualidade de vida, isto é, na saúde...” (Lilian Ribeiro).

“E a saúde não é só o que eu trago a nível da minha dor, a nível de uma sensação de bem-estar para mim, antes, é como eu me relaciono com as pessoas também, com a sociedade e como grupo. Daí a qualidade de vida acontece” (Fernanda Catarucci).

O interesse dos profissionais, da população e do grupo; o marco legal que as políticas nacionais trazem a partir da constituição federal que apresenta a saúde como direito das pessoas e, portanto, também dever do estado; histórico formativo e dialógico do MAPEPS; a articulação com os processos anteriores nacionais; a visada autonomia e prevenção; o argumento financeiro de redução de custo; e, o acontecimento da saúde e qualidade de vida ressignificados: são juntamente possibilitados pelo encontro e diálogo que caracterizam a descentralização do processo construtivo da PMPICEPS, além é claro, de uma proximidade mais estreita com a democratização do processo.

O insucesso de muitas políticas se deve ao fato da construção centralizada dos processos que a envolvem (LOTTA, 2012; CONTIJO, 2012; OHLWEILER, 2007). Partindo desta afirmação, entende-se que a conjuntura facilitadora mencionada acima, exprime no seu processo, caractere oposto, ou seja, descentralizado e democrático. Pois, a derrota das políticas em sua implementação, nas feições de processos decisórios que desconsideram as realidades locais e específicas, são antagônicas ao processo da PMPICEPS. A PMPICEPS mostra uma construção atrelada a participação e interesse de diferentes grupos e pessoas, o que nesta perspectiva, poderia facilitar o sucesso da construção desta política, uma vez que, se opõe a uma forma de processo centralizado.

Considerar as realidades locais aloca o referencial da educação popular como potencial abertura ao diálogo e acontecimento da democracia: “A política de educação popular e saúde ela é um pouco mais democrática, é muito mais abrangente, vamos dizer assim” (Adilson Marques) e “Quando ela traz essa legitimidade dos grupos, ela faz diminuir o preconceito” (Fernanda Catarucci). A conclamação e a abertura a participação popular, incluindo aqui a todas (os) a quem se endereça a política (sistema, trabalhadores (as), comissão, secretarias, e população usuária), se apresentam como uma conjuntura de fato facilitadora, pois, nela não consta apenas diretrizes, modelos gestores e labirintos burocráticos, mas, sobretudo, consta pessoas, gente, humanidade. Ohlweiler (2007) enfatiza que a denominação da constitucionalidade das políticas públicas é a própria possibilidade de materialização das ações da democracia. Uma política pública construída não apenas para as pessoas, mas com as pessoas, como é o caso da PMPICEPS, além de materializar a constitucionalidade expressa na materialização das ações da democracia, é democracia como fundamento.

A consideração das realidades locais é exatamente o que justifica a junção peculiar de duas políticas nacionais (PNEPS e PNPIC-SUS) numa mesma política municipal como é o caso da PMPICEPS. Em São Carlos-SP, há uma pluralidade de práticas que extrapolam em muito as que constam na PNPIC-SUS. As apresentações dos coletivos feitas anteriormente constam que há uma variedade de práticas consideráveis. Por exemplo, só nos catálogos de apenas três regiões do município foram registradas 53 diferentes práticas populares de saúde nestas regiões. As pessoas participantes desta pesquisa relatam a importância desta junção na consideração atenta da regionalidade marcadamente mais plural, reconhecida apenas na PNEPS. E na contribuição da PNEPS as diferentes dimensões não estão atreladas a formação “formal” e certificada, mas na formação que a pessoa tem pela vivência nos crivos da amorosidade:

“Eu tenho essa prática porque eu já tive a oportunidade de experimentar, e quando eu experimento eu reproduzo, por isso, que eu acho importante[...] a gente começar atender os profissionais, porque tem coisa que você não precisa de formação, não é preciso formação para você colocar uma pessoa deitada e pôr uma mão na cabecinha dela, ou a mão no coração dela, a mão na mão dela, olhar no olho dela. Alguém fez isso comigo, então para mim isso teve uma importância. A política vai dar força, porque a partir do momento que você dizer: o município tem a política, a gente pode buscar recurso, então a gente falar com secretário de saúde, a gente pode falar com um vereador, a gente pode (Rukma).

“Complementando, São Carlos foi o primeiro município que fez uma integração entre as Práticas Integrativas com a Política de Educação Popular e Saúde. Essa junção foi uma coisa que o MAPEPS trouxe para o grupo, para discussão e vimos a importância disso. Nós aqui em São Carlos fizemos essa ponte, conseguimos juntar [...] interessante que dava para fazer essa ponte, pois que não eram políticas excludentes, mas que se complementavam, e, que inclusive, algumas práticas que não eram contempladas no plano nacional [PNPIC] poderiam entrar por via da Educação Popular e Saúde. Por exemplo: benzimento e imposição das mãos. Na PIC tem cinco práticas. A gente sabe que estas cinco entraram por pressão política, porque os grupos estavam mais organizados e conseguiram pressionar” (Adilson Marques).

“Eu acredito que a política ajudaria quantitativamente, tanto no número de praticantes, quanto no número de terapeutas enfim. Em todos os sentidos. Porque ela diminui o preconceito” (Fernanda Catarucci).

“As práticas populares de saúde são um pouco mais amplas, vai depender de região para região. Então por isso que a gente conversou. A gente ia até fazer duas políticas, mas por uma questão mesmo de aprovação de duas políticas era mais difícil, então a gente escreveu uma só. Hoje eu penso, fica mais fácil também de implementar uma só que as duas.” (Iraí).

“[...] adaptava para a nossa realidade, para nosso município [...] Eu vejo isso de forma muito benéfica porque as outras práticas fazem tão bem quanto as plantas medicinais propriamente ditas, cada uma no seu momento, cada uma a sua forma, contribuem para uma melhora significativa da saúde da população em geral” (Lilian Ribeiro).

“Então eu entendo primeiro que esse processo vem pra fortalecer a política do SUS, fortalecer políticas internas do SUS [...] podem dialogar entre si inclusive diálogo entre políticas” (Maria Waldenez).

Vasconcelos (2015) enfatiza que o referencial da educação popular no campo da saúde exprime sobre a participação popular e controle social da sociedade sobre o Estado, metodologias dialógicas e princípios facilitadores que possibilitam articulações entre poderes. Essa articulação entre poderes na expressão da PMPICEPS “está a serviço de pensar outros modos de relação” (Maria Waldenez), e de aguçar a percepção de que “há muito além do que o que gente vê no cotidiano da saúde” (Iraí). No caso municipal ainda, exprime participação até na decisão de articulação entre políticas, o que é uma expressão de autonomia também. Esses facilitadores germinam o fortalecimento mútuo. Maria Waldenez constata tal fortalecimento:

“[...] importante ter uma política nacional que viesse a possibilitar o argumento legal para quem tivesse na ponta tivesse essa força [...] eu acho que a fortaleza vai ser na própria vivência da população em relação a essas práticas. E também, a equipe ir percebendo no processo o quanto todos se fortalecem” (Maria Waldenez).

A PNEPS-SUS considera o protagonismo social como facilitador na edificação de um processo democrático. Seus valores, permeados nos princípios teórico-metodológicos, que dentre outros, reafirma o compromisso com a construção do projeto político democrático e popular (BRASIL, 2012). O protagonismo social na experiência municipal tem enchido plenárias, ocupado com voz o Fórum Municipal de PIC e EPS, tem povoado a universidade em turmas completas nas ACIEPE's, nas formações em plantas medicinais, nas oficinas de cuidado, nas páginas dos catálogos do MAPEPS, nas cores e sons de cada vídeo que sistematiza experiências, em cada cartilha e folhetos.

Conjuntura dificultadora:

As dificuldades percebidas e constatadas no processo de construção desta intenção política, não são apresentadas com a intenção de obsto ou mesmo desânimo, todavia, como entendimentos necessários para melhor articulação e enfrentamento.

A política e gestão de pessoas é apresentada como um ponto frágil, uma vez que, é constatada a sobrecarga do profissional de saúde da rede pública do município e a pouca disposição de oportunidade concreta de condições:

“[...] o servidor público é muito sobrecarregado. Falando como servidor público direto. Eles são muito sobrecarregados e tudo que vem de novo no primeiro momento, na minha cabeça eu penso que eles pensam: vem mais uma coisa para gente fazer. A gente não está dando conta nem do que já tem e a gente vai pegar mais uma coisa para fazer. Isso pensando nos trabalhadores, porque até tem gente que quer fazer, mas é preciso pensar na grande dificuldade, pois o executivo precisa dar condições de ser feito isso, oferecer meio para que isso seja feito. Inicialmente mostrar que há o interesse, porque muitos querem, mas apontar o meio de fazer, porque não é ofertado nada” (Lilian Ribeiro).

“É aquela história assim: as pessoas já têm o trabalho delas do dia a dia, já não é fácil. Então [...] é trabalhoso, há uma reunião fora, as vezes é uma coisa de final de semana, [...] tudo isso é um trabalho extra que a gente acaba fazendo, mas não se tem remuneração”. (Rukma).

O orçamento na disposição de recursos se apresenta como um obstáculo consideravelmente dificultador, pois ocasiona uma série de inviabilidade e descontinuidade:

“A gente quer montar as hortas, de plantas medicinais para disponibilizar para a população. A gente quer montar nas unidades de saúde. A gente até consegue os terrenos, por exemplo, mas agora a gente até conseguiu algumas hortas, mas a gente precisa de investimento, a gente precisa de material, a gente precisa de muda, a gente precisa de mão de obra, e a gente precisa que este investimento seja público, municipal, federal e estadual. Isso vai depender da política administrativa que eu não entendo qual é. Inclusive a gente estava tentando entender, mas é nesse sentido de ter recurso para material e para mão de obra mesmo e também salário para os profissionais. Hoje nós temos profissionais que estão fazendo esse trabalho

voluntariamente. E eu acho que eles merecem ter esse retorno financeiro mesmo” (Iraí).

“Sem pessoal contratado com algum acordo, o voluntário é muito instável” (Adilson Marques).

“... acho que o que mais está difícil mesmo é a questão de investimento, de dinheiro mesmo [...] para poder ter quem faça, por exemplo: [...] tem os profissionais, mas vai pagar esses profissionais? [...] O que eu percebo difícil é a questão de recursos financeiros, recursos humanos a gente tem” (Rukma).

Os preconceitos que dificultam a probabilidade do acontecimento do necessário diálogo, são apresentados como óbvia dificuldade neste processo. Os preconceitos são tanto relativos a formação, a função, pessoas, grupos e até mesmo preconceito político. Os fragmentos das falas a seguir denunciam este preconceito:

“O problema é quando a gente fecha para um sistema só. Porque se a gente não tem contato com o outro a gente sempre cria preconceito com aquilo que a gente não conhece [...] eu acho que vão existir dificuldades. Eu entendo que uma pessoa que passa 10 anos numa academia estudando dia inteiro, uma verdade é que talvez quando vier uma pessoa de fora ela pode olhar e vai falar: o que é essa pessoa sabe? Isso tem o mesmo grau de influência sobre o que ela vai fazer com esse paciente. Eu acho que já começa uma problemática. Por que? Porque a gente entende que o conhecimento é aquilo que foi produzido sentado numa cadeira e não aquilo que a pessoa fez 10 anos de vivência, de escutar, de atender, de olhar de acolher. A gente tem essa dificuldade, então, eu acho que isso pode trazer algumas dificuldades” (Fernanda Catarucci).

“Além disso a gente tem uma grande dificuldade que é o investimento do poder público, A gente tem uma grande dificuldade de investimento do poder público nessas práticas que são populares, então a gente luta para conseguir recursos, para atuar de uma forma que não traga prejuízo para população que está marginalizada” (Iraí).

“Então precisa ter uma certa disponibilidade para o aprendizado e para ter disponibilidade para o aprendizado a pessoa precisa reconhecer que não sabe tudo. Será? Será que a gente vai encontrar pessoas assim?” (Maria Waldenez).

“Talvez seja isso que os políticos não entenderam que é a função deles. Que é diminuir esses abismos que são formados pela falta do conhecimento. As vezes eu vejo muito político querendo tomar muita decisão sem conversar com as pessoas que estão relacionadas a problemática que eles estão discutindo, [...] só aumenta os abismos e os preconceitos” (Fernanda Catarucci).

“Daí criminaliza a parteira, porque tem que ser certificada. Quem que vai dá o certificado? Quem vai dizer que a pessoa é, sou eu. E assim vem todo aquele discurso que precisa ter cuidado, porque as vezes as pessoas estão dando uma erva que não é, e que pode fazer mal” (Maria Waldenez).

O cenário institucional ou a instituição como está (na representação dos poderes e governos), pode se apresentar como rígida dificuldade, ao passo que, não flexibiliza de livre espontânea vontade as mudanças consideradas estruturalmente necessárias:

“Quando eu falei de as práticas populares terem contradições, não é que a prática popular tem contradição em relação a inserção no sistema, mas que ao inserir numa instituição que é a mesma (isso é muito duro) e aí como a inserção muda a instituição? Porque não é inserir no que já tem, não é inserir não é institucionalizar, é tornar-se instituição. E aí já tem uma instituição! Mas eu quero romper com essa instituição e fazer outra” (Maria Waldenez).

“[...] receio e dificuldade não conseguir implementar por conta dessa luta de poder [...] então eu acho que existe essa força, existe esse poder que intervém e que dificulta. Porque não quer, porque tem receio de perder sua clientela para essas práticas.” (Iraí).

Os riscos percebidos e elencados são caracterizados como conjuntura dificultadora, uma vez, que pode representar ameaça ao sucesso da intenção política deste processo. Numa perspectiva macro, a conjuntura do atual governo⁷⁴ caracteriza um momento frágil e arriscado, pois é identificada a possibilidade do próprio SUS acabar, existir retrocessos e não avanços, pois faz cortes orçamentários, constitucionais, que são como cortes na possibilidade de vida de determinados segmentos sociais:

“[...] atualmente eu percebo muito risco em muita coisa. Eu estou percebendo o risco do próprio SUS acabar [...] Mas assim, a política foi aprovada aqui, pelo nosso conselho que é municipal. O risco que eu percebo é da gente não conseguir implementar por conta dessa luta de poder maior e nacional também [...] mas eu tenho receio da gente no atual quadro político ao invés de avançar, retroceder. A gente estava em um caminho bem bacana, agora, não sei.” (Iraí).

“O SUS é uma luta diária!”. Pois, não é porque o SUS foi instituído que agora ele está acontecendo. Então eu acho que é isto mesmo: é uma luta diária! Então a gente tem que ter muito claro no processo que alguns princípios (por exemplo da integralidade) que [...] a gente vai ter que ir

⁷⁴ Como exemplo temos a PEC 451/2014 disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>>. Os estudiosos e defensores do SUS e da saúde como direito compreendem que essa proposta, já aprovada, é uma explícita afronta e golpe contra a saúde como direito, além de denunciarem o aspecto perverso de segmentação do SUS. A nota da ABRASCO denota essa consideração:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>>. O editorial da revista científica SAÚDE DEBATE dedicou a primeira edição do ano de 2015 para ampliar a discussão de universalidade do SUS e denunciar o que esta proposta de emenda constitucional viola neste sentido:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00005.pdf>>.

batalhando, porque a atual conjuntura nacional não favorece [...] até porque tem uma estrutura que ela está ‘muito bem, obrigada!’” (Maria Waldenez).

Identifica-se risco da tensão de poderes que se expressam num campo de disputa, que acaba marcadamente propiciando uma postura de contras:

“[...] que vários conselhos de saúde são espaços de coronéis [...] mandamento e imposição pela força [...] Não dá para generalizar, [...], eu vejo que a educação popular ela vai entrando no sistema por portas de esquina dependendo os lugares [...] Então eu acho essa entrada das terapias complementares no SUS, não como disputa, quem vê a disputa é quem tem a hegemonia, mas quem está entrando, não vem para disputar, mas vem para complementar [...] mas ainda assim tem algumas disputa, porque não será mais medicocêntrico, [...] hospitalocêntrico. Então também tem que começar com esse diálogo. Mas que setor popular, eu pergunto para você, que está inclusive dentro da universidade nas ações afirmativas, que chega com rojões e boas vindas e coquetel de recepção?” (Maria Waldenez).

“[...] eu não sei, tem gente que fala que a gente teria dificuldade com os médicos [...] talvez sim, se entender que não vai ser só a ordem deles sobre os outros [...] mas a gente não vai mexer no quintal deles, a gente vai propor uma coisa que é para somar” (Rukma).

“Vai contra essa lógica de indústria farmacêutica e médica que não está interessada em cura, e sim em manter um cliente por mais tempo. A gente vai contra essa lógica que está predominando agora no contexto político de enfraquecimento do SUS para favorecer os planos de saúde. É isso aí: a indústria da doença que está vencendo. Então mantêm a pessoa doente para ser um eterno consumidor” (Adilson Marques).

“[...] é justamente contra aqueles que estão contra nós [...] Eu preferia que fosse contra ninguém, então ‘o contra quem’ é quem está contra a gente. Se não, daria para todo mundo estar bem, ganhando [...] mas o mercado disputa e pensa só no lucro [...] as pessoas também como a reserva de mercado [...] o receio de perder a clientela” (Iraí).

Um risco definidamente enfatizado foi o de dissociação da prática com o praticante, pois, embora no município os princípios da EPS têm entrado pelas práticas integrativas, complementares e populares de saúde, sua fundamentação não comporta mero tecnicismo:

“[...] apropriam do conhecimento popular para depois negá-los enquanto conhecimento. Não só a ele, mas a quem o construiu” (Maria Waldenez).

“Eu tenho receio que o espaço do praticante, o trabalho do praticante deixe de ser trabalho do praticante. E assim, os outros profissionais percebem isso como oportunidade de trabalho e comecem a querer desenvolver a prática deste praticante, que é um saber ancestral, que é um saber que se adquire ao longo da vida, que é um saber de geração em geração” (Iraí).

Neste mesmo sentido de risco, ainda há o desdobramento do risco de conversão dos princípios dos praticantes e das práticas em produto, e, ainda em cultura de medicalização imposta e prescritiva:

“Porque senão a gente pode correr o risco de ter uma prática popular de saúde que tem uma cultura de medicalização, que tira autonomia dos sujeitos. Então eu só troquei um frasco de pílulas por um saquinho de chá. [...] tomar muito cuidado é sobre não traduzir a cultura popular em produto [...] traduzir uma erva por um saquinho de erva” (Maria Waldenez).

“Se não vigiar os praticantes fazem a mesma coisa que o médico centrado, o que muda é a prática. Troca a ordem do médico pela ordem do terapeuta holístico. Mesmo os terapeutas, ditos holísticos, também tem essa visão bem individualizada, é muito difícil. É ele ali que sabe que domina e o paciente vai ser o tratado” (Adilson Marques).

“Então o risco que eu percebo como exemplo, é a gente trazer as práticas populares para o sistema de saúde, mas elas virem pela metade. Dessa forma, toda filosofia e fundamento dela se perdem. Por exemplo: Você pega uma prática de benzimento que tem uma relação com a terra como mãe, com os ancestrais, com a energia, com os cosmos, e passa a ser uma prática de fazer um gesto, entendeu? Isso é um risco” (Iraí).

As dificuldades em conjuntura expressas: - na ausência de uma clara política e gestão de pessoas; na dotação orçamentária deficitária; nas relações marcadamente preconceituosas e cindidas; no cenário institucional (mencionado como assimétrico e apático ao clamor social na relação de poder); nos riscos (de desmantelamento do SUS, da existência de retrocessos, impossibilidade de avanços, de cortes orçamentários, constitucionais, corte da possibilidade de vida) – ataviam reflexões emergentes e paradoxalmente fortalecedoras nos movimentos de resistências e arranjos de viabilidade.

Os mesmos desafios colocados ao SUS destacam-se no processo da PMPICEPS. Diferentes autores os problematizaram e apresentaram: os obstáculos do financiamento prejudicado pela política macroeconômica e os efeitos que o atual capitalismo provoca; subsídios federais ao mercado de planos privados de saúde, resistência à reforma da estrutura gerencial estatal da prestação de serviços; e, entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados (MENDES; MARQUES, 2009; SANTOS, 2013).

Campos (2009) problematiza para além do dinheiro e financiamento. Ele amplia a noção dos desafios e obstáculos colocados ao SUS e aponta algumas lacunas que caracterizam sua constituição e decurso. Por exemplo, o SUS não conseguiu integrar os hospitais ao sistema, e isto deixou margem para outros problemas como: a baixa resolutividade da atenção básica, a falta de efetividade do trabalho integrado e superação do modelo biomédico como único. Na contramão deste aspecto manco do SUS, nos processos que constituem a construção da PMPICEPS, tem sido considerada, em suas ações e atividades, a formação do profissional que estará atuando também nos hospitais, bem como os profissionais que já atuam nos hospitais da cidade por meio dos espaços de cuidado oferecidos a eles por meio da

vivência das práticas. Mesmo como desafio do orçamento que é ausente no momento, mesmo com o obstáculo no acontecimento da implementação da política municipal, os hospitais têm sido considerados estrategicamente como espaço onde a EPS e as PIC podem estar como ação política.

Sobre a descentralização do sistema, Campos (2009) argumenta que ocorreu de forma parcial e incompleta, pois se deu sem regionalização como forma de estruturação, visto que muitos municípios brasileiros são estruturalmente frágeis e pequenos em economia, gestão e população. Nesta direção, percebe-se que é sentido, principalmente na autonomia orçamentária do município, o impacto do descompasso entre o nacional e o regional. Em várias das reuniões do grupo, foi ouvida essa queixa, pois, quando o governo federal foi ‘favorável’ às políticas sociais da saúde, com aberturas de espaços, financiamentos e diálogo, no município de São Carlos-SP, a Secretaria de Saúde pareceu ser negligente na iniciativa e interesse, mesmo havendo quem se dispunha a redigir e trabalhar em projetos que atrairia recursos federais; negaram-se ao trabalho de escutar e assinar um papel. Na atual gestão, em que os representantes da Secretaria de Saúde do município apresentam maior abertura, escuta e interesse, a conjuntura nacional (dado ao desmantelamento do SUS e das políticas sociais) é explicitamente desfavorável, e o interesse do município precisa bancar-se aqui em contextos de muitas outras aparentes insuficiências, uma vez que, existem UPA deficitadas e outras unidades da rede em funcionamento parcial por ‘falta de dinheiro’.

O SUS foi negligente no tocante a política de pessoal, de modo a não aliançar com os trabalhadores contra a corrente privatista dos serviços de saúde, deixando brechas para a ocorrência em que o “Privado contamina o Público” (Campos, 2009, *idem*, p. 52). A aliança possível no caso da PMPICEPS até o momento é formativa e ideológica, no sentido de arguir na vivência, afeto e estudo, a possibilidade do acontecimento da mesma. A sobrecarga, a falta de recompensa financeira está explicitada nas falas de quem está dentro da rede pública de saúde do município. A apresentação de caminhos possíveis para lidar com este desgoverno no gerir de pessoas, tarefas, recursos e o empreendimento da saúde como direito em sua integralidade, universalidade e equidade, é apresentada com êxitos quando repensa-se criticamente a gestão e propõe um método novo que considera a crítica e a factibilidade, sem desatentar a orientação da requerida produção (CAMPOS, 2009 e 2013).

Pensando adiante nos posicionamentos frente a essa dificuldade, foi sugerido por todas (o) informantes (Rukma, Maria Waldenez, Iraí, Fernanda, Lilian e Adilson) o estreitamento dos laços com os profissionais da rede de saúde do município. Contudo, ambos propuseram numa intenção inicial a identificação de profissionais praticantes ou afetos às práticas

complementares, integrativas e populares de saúde. Mas, considerando que existem outros modos afeitos críticos e práticos que se posicionam a favor da democracia, da política do SUS e de uma reorientação epistemológica da gestão, seria um possível facilitador buscar articular-se para o diálogo e contribuição mútua com os sujeitos que no município são operadores da saúde coletiva na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada⁷⁵, do apoio matricial que o Núcleo de Apoio a Saúde da Família envereda, e possíveis outros. Pensar ainda como caminho⁷⁶, além da articulação, o conhecimento de outras diferentes formas e conceitos que podem não apenas ser conversão de um ao outro princípio, mas, sobretudo construir consensos e fomentar novas alianças.

Há problemas já conhecidos no tocante planejamento/construção/elaboração de políticas públicas em países em desenvolvimento como o Brasil. Oliveira (2006, p. 273) lembra que os basais problemas se referem ao tecnicismo, à burocracia de formulação e controle e, às previsões dos economistas, que “tende a colocar sombra na parte mais importante do planejamento: o processo de decisão, que é uma construção política e social”. Contudo, frente às sombras do labirinto burocrático tem-se trilhado caminhos de diálogo.

Vasconcelos et al. (2015, p. 104) mostra que a EPS, embora como política careça de agenda e orçamento, não somente se faz e constitui de processos formalizados no campo administrativo, pois não se opta restritamente por “iniciativas centradas em imposições administrativas e incentivos orçamentários” todavia, se apela para a aproximação dialógica dos diversos atores sociais para aprofundamento do debate sobre saúde. E sua potencialidade consiste justamente aí.

Considerando os riscos no seu aspecto de corte orçamentário e demais cortes, sabe-se que está posta não apenas uma questão de economia, mas de prioridade. Santos (2013) mostra que

⁷⁵ CAMPOS E AMARAL (2007) apresentam a concepção Paideia para reorganização do processo de trabalho numa clínica que não se pautem em centralidade, mas em compartilhamento, e, numa forma de gestão que aumente a distância entre ideias e práticas.

⁷⁶ Como caminho, pois não foi o objetivo desta pesquisa articular essa discussão, mas constatar essa possibilidade de soma de diferentes perspectivas, pensando tanto a cooperação das PIC para o fortalecimento da saúde coletiva como campo prático, quanto a expansão do conceito de saúde como cultura que a EPS mostra saber trazer e considerar, o que talvez possa colaborar com saúde coletiva no sentido de apelar mais ao que vem do povo e não enfatizar somente a necessidade do que precisa ser para o povo como direito. Esta forma de conceber e fazer saúde coletiva que Campos apresenta, até onde estudei, tem força sistemática e política (interna) mais bem estabelecida que a EPS que faz muito bem seu trabalho “fora” da oficialidade, mas, ainda manquitola quando articula suas tentativas de “entrada” no sistema e na instituição. Nesta percepção, a saúde coletiva tem muito a nos ensinar como maleabilidade como processo e factibilidade como o possível por ora.

entre o SUS real e o prescrito, existe uma secundarização dos direitos humanos de cidadania em detrimento do mercado. Em suas palavras: “a real política de Estado para a saúde [...] vem priorizando a criação e expansão do mercado dos planos privados de saúde para os direitos do consumidor, e secundarizando a efetivação das diretrizes constitucionais para os direitos humanos de cidadania” (idem, p. 273). Enquanto o direito é mais dirigido ao consumidor que ao humano, o que temos é a discrepância entre o mercado forte às custas da fraqueza das gentes. Os efeitos do atual e velho insistente capitalismo no contexto brasileiro da saúde, é a exclusão de muitos para fortalecimento da ‘manutenção’ das desigualdades de oportunidades, acesso, e condições de vida e poder.

Paese e Aguiar (2012) explicitam três diferentes momentos historicamente situados das políticas públicas no contexto brasileiro. O risco de retrocesso anunciado pelas (o) informantes do processo de construção da PMPICEP, se localiza bem nos momentos históricos atrás anunciados. O primeiro momento com Juscelino Kubitschek que, com o plano de metas (de intensificação do processo de industrialização para propulsão e internacionalização do mercado brasileiro), inseriu políticas públicas no mercado consumidor pelo incentivo ao emprego industrial para favorecer a migração do campo para as cidades. O segundo momento, no governo civil-militar que impulsionados pelas políticas de Kubitschek, que teve foco e prioridade na elevação do bem-estar material da população pela rendição a industrialização. O terceiro momento, cunhou marcos institucionais para que a política pública se afastasse do modelo tecnocrático do período civil-militar e, fosse possível uma expressão mais participativa do povo, residindo as principais questões como direitos, não apenas civis e políticos, mas também sociais; que é a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Ao que observamos na conjuntura macro, a PEC451/2014, os cortes orçamentários e a pouca (senão dizer nenhuma) prioridade nas políticas e direitos sociais no atual governo, onde a priorização é do mercado e não do humano no mercado, como também expressa na [re]forma da previdência⁷⁷, é perceptível uma semelhança muito grande com o primeiro e segundo momento das políticas públicas do país. Diante do exposto, retrocesso não é uma palavra exagerada, mas consideravelmente cabível se contextualizada historicamente. Ao se observar objetivamente as tradições não só das políticas públicas, mas também as próprias herdades que o SUS tem em termos de gestão, é possível notar que há uma espécie de

⁷⁷ Criticada e denunciada como ataque aos direitos sociais (WAGNER, RAMBO e ANDRADE, 2017) disponível em: <https://www.anfip.org.br/doc/publicacoes/Documentos_20_03_2017_18_29_12.pdf>.

hibridismo. Campos (2007a) analisa a história do SUS e identifica a influência das tradições (a liberal-privatista e, os sistemas nacionais públicos de saúde) sobre a organização do cuidado em saúde no sistema brasileiro; e mostra que entre as duas tradições:

O SUS é quase um híbrido entre estas duas tradições. Resta-nos descobrir se tal “híbrido” favorece a saúde da maioria ou ao interesse empresarial e corporativo. Resta-nos averiguar se tal hibridez, ainda quando necessária à sobrevivência do SUS, não lhe retirou potência, não lhe retirou a possibilidade de reproduzir-se enquanto espécie singular (CAMPOS, 2007a, p. 1870).

No risco de conversão das práticas em produto, é possível atrelá-lo à tradição liberal privatista, que faz de todo e qualquer conhecimento e, até mesmo do tempo e do espaço; mercadoria de venda e consumo. O apontamento deste risco, também é uma anunciação crítica, na qual demanda cuidado e apreço sem preço aos princípios que considerem dimensões e saberes tais como: arte; espiritualidade; amorosidade; criatividade; diálogo; construção coletiva; pertencimento e constituição identitária; “saberes vindos da intuição, da sensibilidade e da emoção que surgem na arte, na vida espiritual, no envolvimento amoroso, na contemplação, nas brincadeiras, nas festas e na agressividade guerreira” (BRASIL, 2012; VASCONCELOS et al. 2015, p. 98).

De encontro a esses levantamentos críticos sobre os riscos, Dussel (2006, p. 141) assinala como se tivesse escrito para nosso contexto político/social de agora, que:

A finalidade da economia é a vida humana, o que se deve obter no menor tempo possível de uso da mesma vida (redução da jornada de trabalho), e não, ao contrário, aumentar a jornada de uns (que sofrem), deixar sem trabalho outros (que morrem na pobreza), e impor como finalidade da economia a acumulação crescente de lucro, imolando com isso a humanidade (vítima da miséria) e a vida na Terra (pelo problema ecológico).

Por isso o apelo ao apreço e não somente o apego ao preço, faz da ação política da educação um poder, senão todo, algum. Freire (2015a, p. 110) escreve que: “se a educação não pode tudo, alguma coisa fundamental a educação pode”.

As conjunturas facilitadoras e dificultadora não estão separadas de mutualidade, pois certas dificuldades constatadas, facilitam novas e necessárias reflexões que orientam posturas e aumentam a potencialidade. Pois, a medida que se verifica essa relação conjuntural, é possível elencar frente aos desafios da continuidade - resistência às práticas; subsistir com solidariedade num contexto concreto de capitalismo; concorrência e disputa com o atual modelo; viver e resistir na crise política atual - tanto pelo exercício da vontade, quanto do poder.

Então como processos educativos advindos do processo de construção/implantação/implementação da PMPICEPS, vê-se toda a problematização das ações e atividades já feitas no emaranhado das conjunturas facilitadora e dificultadora. A problematização pontilha cada passo formativo, processo, princípio e negociação do espaço. Mas antecedente a este processo político, há outros começos nos quais cada uma (um) traz consigo uma presença na história e realidades e experiências apreendidas. Estão como Fiori (2014) diria, encarnados como subjetividade e intersubjetividade. Estão co-determinados como sujeitos, como diria Campos (2009 e 2013) e como tal, sujeitos ao sol que é para todos e a sombra que é para alguns; mas, também estão inconclusos e, portanto, podendo, como diria Freire (2015b). Estão com vontade, como dizem as (o) próprias (o) informantes desta pesquisa: “A gente quer mais”. Esta foi a frase anunciada por todas (os), cada qual em seu processo e processo comum. É um *querer-viver* do ser humano expresso em sua vontade que Dussel (2007, p. 26) mostra como “essência positiva, o conteúdo como força, como potência que pode mover, arrastar impulsionar”. Este querer não apenas ‘fica na vontade’, mas na luta por um poder que obedeça a dignidade do humano. Dussel (2007, p. 39) nomeia esse poder como *poder obediencial*, que se expressa na forma de exercício do poder político que está em obediência ao interesse do povo. Mas como Iraí disse: “sou bem megalomaniaca”, e neste sentido, não esperam menos que a *hiperpotentia* que por Dussel (2007, p. 102) é mencionada como vontade de poder do povo em que: “O povo aparece como ator coletivo, não essencial nem metafísico, mas sim conjuntural, como um ‘bloco’ que se manifesta e desaparece, com o poder novo que está sob a práxis de libertação anti-hegemônica e da transformação das instituições”. Falando em instituição, aprende-se neste processo que queremos outra. Campos (2007a, p. 1870) chamou de um SUS “espécie singular” que na “luta diária” que a Maria Waldenez pontuou, é possível, desejado e construído apesar de cada ‘ainda não’.

Gostaria de encerrar constatando que ainda não foi possível implementar a PMPICEPS em São Carlos- SP. Ainda não fez-se da Reforma Sanitária, SUS e EPS completas. A forma de poder que se manifesta ainda não é *obediencial*, uma vez que não há coerência com o desejo do povo que solicita. Ainda assim, mesmo frente a ordem vigente estabelecida, neste caso como embargo e falta de interesse do político, a EPS se expressa como resistência e *ação política*, mesmo sem ser na pauta oficial política pública de saúde.

O SUS não será único, enquanto a saúde não for nossa. A saúde não será nossa, enquanto a política não for nossa. A PMPICEPS não será política pública, enquanto o SUS não for único, a saúde nossa e a política nossa. O ‘ainda não’ do SUS, da política e da saúde, não justifica sua impossibilidade, mas reitera a emergência de seu acontecimento. E dessa

forma, quem continua não é apenas a luta, quem continua é o caminho e os caminhantes com e apesar das lutas, nas celebrações de cada passo dado. Espero de coração (porque no referencial da EPS o coração pode esperar) que esta dissertação seja uma tímida celebração dos passos dados nesta construção.

Não é sustentável um projeto de saúde e de sociedade ser ‘para o povo’ sem o povo. Um SUS na experiência brasileira, mesmo em consideração de sua objetividade histórica importada, não tem sua permanência garantida na atual conjuntura política por socorro apenas intelectual estrangeiro. A luta hoje nem sei se seria para o 4º momento histórico da política pós-constituição, mas, seria uma espécie de luta que resiste para não retomar aos números anteriores. Hoje a saúde é ameaçada até como direito, quanto mais a dificuldade de legitimá-la como cultura, como saber ancestral, como política, como intuição, arte, sensibilidade, espiritualidade! Mas, é paradoxo essa questão, pois, no final das contas quem resiste é a cultura, a sensibilidade, o jeito chamado até ignorante do povo, que aprendeu como América Latina, a teimosia como resistência. E talvez para que mantenhamos firme a luta pelo direito à saúde, na sua expressão mais nítida no SUS, tenhamos de contar com o exército popular que luta não apenas com a intelectualidade importada, mas justamente com a intuição, emoção, fé, ancestralidade, cultura, arte e humor.

Sem a fatalidade do discurso econômico e sem a ingenuidade de não entender a necessidade do financiamento do SUS, é necessário constatar que o discurso do mercado não é aceito em detrimento do aniquilamento da vida. Pois, dificilmente o capitalismo produz riquezas, mas com regular frequência e vigência produz ricos. Gera ricos em produção manual e detalhada, pois, são poucos que fazem poucos herdeiros. Já a produção em série quantitativa, abruptamente multiplicada, é a produção de pobres e de pobreza. As custas da miséria, o capitalismo propaga seu preço, que sem apreço segue. Mas não segue livremente como se não importasse a nós as condições concretas de sobrevivência. Por isso no protesto da solidariedade que ainda teima, avançamos. Ainda há quem divida o pão com o irmão e questione a falta dele.

Galgou-se até aqui, contando desde a impressão de democracia, Reforma Sanitária e SUS, não apenas números exitosos nos índices de saúde pública, mas sobretudo, circunscrito em cada número uma pessoa: criança nascida viva; sendo amamentada; vencendo a desnutrição e patologias comuns a primeira infância; com o primeiro dente sendo escovado e no caso de cárie, cada uma sendo obturada; a adolescência passa a existir como carência de cuidado e não apenas expressão da rebeldia; hormônios são acolhidos e humanos educados; gravidez é opção e não imposição; jovens vivem a sexualidade como direito com

responsabilidade; a maternidade é abraçada; a mulher decide; o homem é convocado ao cuidado; as diferentes famílias são consideradas; e o idoso é gente e não apenas memória, portanto é lembrado⁷⁸.

O ‘ainda não’ da democracia, da Reforma Sanitária, do SUS, da EPS, da PIC, da saúde coletiva etc, fazem muito mais que sua inexistência. A fila do SUS além de expressão da ‘preguiça política’, má vontade dos homens, desgoverno, e ‘faltas’ de gestão apropriada e dinheiro; pode ser expressão de esperança, de que o povo ainda espera, porque ainda há o que esperar. Há o que esperar. E aprendemos aqui que a utopia não precisa ser um sonho apenas, mas, uma luta, um mapa, um chão sob o qual propósitos de transformação se erguem e caminham ao encontro.

No mais, gostaria de encerrar o apontamento das inconclusões com as palavras do Enrique Dussel, que pontua que já, tem-se o até agora, uma espécie de “acordo feito até o momento [...] É simplesmente um instrumento da finitude humana em vista do progresso no futuro de decisões melhores” (DUSSEL, 2007, p. 83). E no mais, continua ...

⁷⁸ Dados do DATASUS mostram os números destes feitos: <<http://www.datasus.gov.br/>>.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Práticas integrativas e complementares de saúde no cuidado. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 1. n. 6, p. 1-2, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/viewFile/21571/pdf>> Acesso em: 20 de Jun. 2016.

AZEVEDO, Ana Caroline Borba et al. Benefícios das Práticas Alternativas Integrativas e Complementares na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. **Acta de Ciências e Saúde**, Brasília, v. 1; n. 4, p. 43-61, 2015. Disponível em: <<http://www.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/download/94/87>>. Acesso em: 22 mai. 2016.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias; REZENDE, Mônica. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.138-172. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BONETTI, Osvaldo Peralta; ODEH, Muna Muhammad; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1413-1426, 2014.

BORNSTEIN, Vera Joana. Experimentando a construção do conhecimento com base em diferentes saberes. **Revista APS**, Juiz de Fora. v. 9, n. 2, p. 175-179, 2006.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Algumas palavras sobre ontem e agora. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues. ASSUMPÇÃO, Raiane (Org.). **Cultura rebelde: escritos sobre a educação popular ontem e agora**. São Paulo: Editora e livraria Instituto Paulo Freire, 2009, p. 7 -10.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília /DF: Senado, 1988. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde- CNEPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitudes de ampliação de acesso**. Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Maio 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 1865-1874, 2007a. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2016.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 47-55, jan./abr. 2009.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha; ACIOLI, Sonia; STOTZ, Eduardo Navarro. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1625-1636, Maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501625&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2017.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DUSSEL, Enrique. Cultura latino-americana e filosofia da libertação (cultura popular revolucionária, além do populismo e do dogmatismo). In:_____. **Oito ensaios sobre cultura latino-americana e libertação**. São Paulo: Paulinas, 1997, p. 170-231.

_____. Europa modernidade e eurocentrismo. In: LANDER, Edgardo (org.) **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires, Argentina: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. p. 25-34. Disponível em:<http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D1200.dir/5_Dussel.pdf> Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. **Filosofia da libertação**: crítica à ideologia da exclusão. São Paulo: Paulus, 1995a.

_____. **Introducción a la filosofía de la liberación**. 5ª ed. Bogotá: Editorial Nueva América, 1995b. p. 84-171.

_____. **20 teses de política**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. 184 p.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (org.) **Implementação de políticas públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: E. PUC Minas, 2012. 406 pp.

FERREIRA NETO, João Leite et al. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1997-2007, out. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 20 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00032912>.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. São Paulo: Editora Centauro, 3ª Edição, 2006.

_____. **Educação como prática da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra 30ª ed., 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015 a.

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

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 59 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015b.

FIORI, Ernani Maria. Conscientização e Educação (1970). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasil: Ministério da Saúde, 2014, p. 55-72.

_____. **Educação Libertadora**. In: Textos escolhidos: VII.: Educação e política. Porto Alegre: L&PM, 1991.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2016.

GONTIJO, José Geraldo Leandro. Coordenação, cooperação e políticas públicas: organizando percepções e conceitos sobre um tema caro à implementação. In: FARIA, C. A. P. (org.) **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: E. PUC Minas, 2012. p. 82- 123.

GOMES, Luciano Bezerra (org). **O cuidado e a educação popular em saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 262 p.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética histórica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

GUEDES, Carla Ribeiro. NASCIMENTO, Marilene Cabral. Por uma clínica ampliada na formação médica: uma experiência de ensino. **Diversitates**, v. 8, n. 1, dez, 2016. Disponível em: <<http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/146/100>>. Acesso em: jan. 2017.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press, 1995.

JOLY, Ilza, Zenker Leme et al. Pesquisa e intervenção em música: uma perspectiva da educação musical ao longo da vida. In: OLIVEIRA, Maria Waldenez de; SOUSA, Fabiana Rodrigues de (Orgs.) **Processos educativos em práticas sociais: pesquisas em educação**. São Carlos: EdUFSCar, 2014, p. 239-262.

JÚNIOR, Israel Pacheco. PACHECO, Shirley. Dialogicidade em Paulo Freire. In: ASSUMPÇÃO, Raiane (Org.). **Educação Popular na perspectiva Freiriana**. São Paulo: Editora e livraria Instituto Paulo Freire, 2009, p. 93-113.

LOTTA, Gabriela Spanghero. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. P. (org.) **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: E. PUC Minas, 2012. p. 20-50.

MARTELETO, Regina Maria e DAVID, Helena Maria Schelowski Leal. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 1211-1226, 2014.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. O cogito. A temporalidade. In: MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1996, p. 493-580.

MOREIRA, Laura Monteiro de Castro. **Centros Viva Vida de Referência Secundária**: um estudo de caso da atenção pediátrica. Belo Horizonte: 2010.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 51-66.

OHLWEILER, Leonel. A construção e implementação de políticas públicas: desafios do Direito administrativo moderno. **Verba Juris**, João Pessoa, v. 6, n. 6, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/vj/article/view/14868>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

OLIVEIRA, José Antônio Puppim de. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 273-287, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122006000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2016.

OLIVEIRA, Evaldo Ribeiro; TÚBERO, Rosana; NOGUEIRA, Simone Gibran. Relações étnico-raciais: educação e pertencimento. In: OLIVEIRA, Maria Waldenez de; SOUSA, Fabiana Rodrigues de (Orgs.) **Processos educativos em práticas sociais**: pesquisas em educação. São Carlos: EdUFSCar, 2014, p. 143-166.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de et al. Processos Educativos em Práticas Sociais: reflexões teóricas e metodológicas sobre pesquisa educacional em espaços sociais. In: OLIVEIRA, Maria Waldenez de; SOUSA, Fabiana Rodrigues de (Orgs.). **Processos Educativos em Práticas Sociais: Pesquisas em Educação**. São Carlos: EDUFSCar, 2014. p. 29-46.

_____. Os serviços de saúde e os saberes populares. In: MANO, Maria Amélia Medeiros; PRADO, Ernande Valentin. (Orgs.). **Vivências de Educação Popular e Saúde na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia**. São Carlos: EDUFSCar, 2010, p. 241-248.

_____. et al. **Diálogo com as práticas populares de saúde na formação profissional**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, p. 157-164.

PAESE, Cláudia Regina; AGUIAR, Anne Adelle Gonçalves de. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, jan./jul. 2012.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, São Paulo, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2011. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-Paim-e-col-sistema-de-sa%C3%BAde-brasileiro.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2016.

PALUDO, Conceição. Habermas e a Educação Popular: a dimensão política da educação como possibilidade de encontro. **Contexto & Educação**, Ijuí, v. 25; n. 83; Jan./Jun, p. 67-82, 2010.

QUINTANA, Mário. **A cor do invisível**. São Paulo: Globo, 2005.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.

1, p. 273-280, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2016.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus André Barreto de. Processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. **NEPP-UNICAMP**; caderno 48, 2000.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 108-120, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000100108&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2016.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-110420160001000204&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2016.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular em saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 46-57.

_____. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 25-33, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2016.

VALLA, Victor Vincent. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: BRASIL: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 35-48.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias; SILVA, Marísia Oliveira da. A contribuição da Educação Popular para a reorientação das práticas e da


política de saúde do Brasil. **Revista da FAEEBA- Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, jan./jun. 2015.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: _____. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-19.

VASCONCELOS, Valéria Oliveira. Diálogos às margens: reinventando a educação popular em contextos de trabalho comunitário e pesquisa. In: OLIVEIRA, Maria Waldenez de; SOUSA, Fabiana Rodrigues de (Orgs.). **Processos educativos em práticas sociais: pesquisas em educação**. São Carlos: EdUFSCar, 2014. p. 195-212.

ANEXOS

ANEXO I
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS/UFSCAR 								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: PROCESSOS EDUCATIVOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS- SP								
Pesquisador: Thalyse Santana Pereira								
Área Temática:								
Versão: 2								
CAAE: 53756616.3.0000.5504								
Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas								
Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 1.543.819								
Apresentação do Projeto:								
Trata-se de uma pesquisa de mestrado, de natureza qualitativa e que se propõe a trabalhar junto ao processo de implementação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde do Município de São Carlos- SP. Participarão da pesquisa 14 pessoas que compõem a comissão de implementação da política em questão. A pesquisa é orientada pelo referencial da educação popular e saúde e se caracteriza como estudo de caso. A documentação das informações será efetivada por instrumentos de coleta e registro como: uso de entrevista semi-estruturada, gravador e diário de campo.								
Objetivo da Pesquisa:								
Visa entender os processos educativos decorrentes da prática do processo de implementação de política pública. Além disso, pretende realizar um levantamento histórico bibliográfico e oral dos precedentes da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos (PICs e EPS); Identificar, selecionar e delimitar os preceptores e operacionalizadores da Política Municipal da PICs e EPS que compõem este estudo; Identificar, descrever, compreender e analisar os processos educativos intrínsecos a prática de apropriação, redação, implantação e implementação da Política Municipal da PICs e EPS.								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235</td> <td style="border: none;">CEP: 13.565-905</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: JARDIM GUANABARA</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: SP</td> <td style="border: none;">Município: SÃO CARLOS</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (16)3351-9983</td> <td style="border: none;">E-mail: cephumanos@ufscar.br</td> </tr> </table>	Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905	Bairro: JARDIM GUANABARA		UF: SP	Município: SÃO CARLOS	Telefone: (16)3351-9983	E-mail: cephumanos@ufscar.br
Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905							
Bairro: JARDIM GUANABARA								
UF: SP	Município: SÃO CARLOS							
Telefone: (16)3351-9983	E-mail: cephumanos@ufscar.br							
Página 01 de 03								

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.543.819

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos considerados – ok

Benefícios: ok

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com objetivos claros e bem redigida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de identificação do projeto: Agora consta o nome completo da pesquisadora. a Folha de rosto NÃO apresentou o apoio da CAPES, mas considera que essa informação já foi dada.

Orçamento financeiro: ok

Tcle: feito e ok

Recomendações:

Recomendações atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_653769.pdf	20/04/2016 11:21:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/04/2016 11:19:50	Thalyse Santana Pereira	Aceito
Folha de Rosto	SKMBT_C55216020311210.pdf	03/02/2016 14:27:45	Thalyse	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resumo_.doc	03/02/2016 12:36:58	Thalyse	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	03/02/2016 12:14:52	Thalyse	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.543.819

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 12 de Maio de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

ANEXO II

Convite

Temos a grata satisfação de convidá-lo (a) para participar do I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos – SP, a realizar-se no dia 22 de Setembro de 2015 (terça-feira) a partir das 8h30min na FESC – Fundação Educacional São Carlos situada à Rua São Sebastião, 2828 – Vila Nery (Campo do Rui).

O evento tem entre os seus objetivos o fortalecimento das ações em Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e Educação Popular em Saúde (EPS) na Cidade de São Carlos e reunirá gestores e profissionais de saúde do município, representantes da Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba, onde o programa funciona desde 1990, e representantes do Ministério da Saúde para discutir a implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde do Município, e dar visibilidade às cinco principais linhas de ação: a homeopatia, a fitoterapia e plantas medicinais, a medicina tradicional chinesa (acupuntura, práticas corporais, meditação e orientação alimentar), a medicina antroposófica e o termalismo/crenoterapia, bem como o Plano Municipal de Educação Popular em Saúde.

Esperamos poder contar com a sua ilustre presença, para assim garantirmos a consolidação das PICs e EPS no Município de São Carlos. Aproveitamos o ensejo para reiterar protestos de elevada estima e consideração.



JOSÉ LUIS RABELLO
VEREADOR – PSDB

Parceiros:



ANEXO III

**PLANO MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E
EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE**

Apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de São Carlos no formato de DECRETO.

São Carlos, 18 de Novembro de 2015.

Ao

Conselho Municipal de Saúde de São Carlos

Assunto: Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde de São Carlos.

Com os nossos cordiais cumprimentos, a Comissão formada a partir da realização do I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde de São Carlos, no dia 22 de Setembro de 2015 na FESC – Fundação Educacional São Carlos, vem através deste apresentar a proposta de adesão à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), representando a sociedade civil organizada e a secretaria municipal de saúde darmos início a viabilidade destas ações, traçando o plano municipal de práticas integrativas e complementares e de educação popular em saúde de São Carlos e com sua aprovação, buscando os recursos necessários para implementação deste plano.

Há alguns anos no município de São Carlos tem se desenvolvido um trabalho abrangente junto às Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde através de ações individuais ou de alguns grupos, como ONG Círculo de São Francisco, MAPEPS através da UFSCAR, mateiros, terapeutas, benzedeiros, entre outros. Com encontro destes atores, surgiu o sonho de se tornar realidade estas práticas no SUS - São Carlos, iniciado com a aprovação da Lei Municipal 15.826/2011 de autoria do Vereador José Luís Rabelo. Visto ser práticas já adotadas e institucionalizadas em diversos municípios do Brasil e reconhecida pela OMS por meio do seu Programa de Medicina Tradicional, que recomenda aos Estados Membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção da medicina tradicional e medicina complementar e alternativa aos sistemas oficiais de saúde, atuando na prevenção e tratamento de uma gama de doenças, em especial as psicossomáticas, vindo a reduzir expressivamente o consumo de medicamentos alopáticos, a procura por atendimentos especializados e de altos custos, reduzindo também o efeitos colaterais aos usuários, aumentando resolubilidade do Sistema de Saúde, através do cuidado continuado,

humanizado e integral, ampliando o acesso às práticas integrativas, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no seu uso.

Diante do exposto, esperamos contar com o apoio deste Conselho Municipal de Saúde para que possamos dar continuidade ao processo de implantação e implementação deste Plano Municipal de Práticas integrativas e complementares e de educação popular em saúde no âmbito do Município de São Carlos.

Atenciosamente,

À Comissão Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas e que em seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 971, de 3 de maio de 2006 que regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no o Decreto

Presidencial Nº 5813 de 2006 que Institui a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

Considerando a Portaria nº 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP-SUS);

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram prioridade da Secretaria Municipal de Saúde, tornando disponível o acesso a ações de educação, promoção, prevenção e assistência aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso,

O Prefeito Municipal de São Carlos, com fundamento no art. 84, inciso IV da Constituição Federal, DECRETA:

DECRETO Nº xxxx, de xx de xxxxxx de 2015.

Institui a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde no âmbito do Município de São Carlos. **(PMPICEPS)**

Art. 1º Fica instituída a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde - **PMPICEPS** no âmbito do Município de São Carlos.

§1º Para efeitos desta lei, entende-se por práticas integrativas e complementares o conteúdo disposto na Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 e Portaria nº 1600/2006 que instituem e regulamentam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, do Ministério da Saúde.

§2º Para efeitos desta lei, entende-se por Educação Popular em Saúde o conteúdo disposto na Portaria nº 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP-SUS).

Art. 2º A Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde consiste na implantação e implementação das ações e serviços relativos às práticas integrativas e complementares e de educação popular em saúde pelas Secretarias do Município e outros órgãos municipais, sob coordenação da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 3º Além da implantação e implementação das ações e práticas integrativas e complementares e de educação popular em saúde no âmbito do SUS do Município de São Carlos, nos termos da legislação federal, a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde – PMPICEPS tem as seguintes diretrizes:

– Ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e contínuo dos usuários, gestores, pesquisadores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde;

– Estruturação, fortalecimento e expansão das ações em Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde.

Desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares e da Educação Popular em Saúde em caráter multidisciplinar promovendo o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, da sociedade civil organizada, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras;

Incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde em todos os níveis de atenção à saúde.

Fortalecimento de iniciativas de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde já existentes.

Art. 4º São objetivos da objetivos da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde – **PMPICEPS**:

- Elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde – PMPICEPS;
- Promoção da educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares e em Educação Popular em Saúde para os trabalhadores do SUS, gestores, conselheiros, usuários, sujeitos das práticas populares e sociedade civil, incorporando aos processos educativos os princípios e as práticas da educação popular em saúde;
- Desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde em Práticas Integrativas e Complementares e em Educação Popular em Saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares produzindo e sistematizando conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; **IV** - Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares e em Educação Popular em Saúde, para instrumentalização de processos de gestão, ensino, pesquisa e cuidado;

V - Articulação com instituições de ensino superior e médio profissionalizante e outros centros e espaços de formação para ofertas de capacitação e apoio institucional em Práticas Integrativas e Complementares e em Educação Popular em Saúde.

Art. 5º Fica constituída a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde, órgão do Poder Executivo, com o intuito de contribuir com a implementação e monitoramento da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde – PMPICEPS no SUS do Município de São Carlos (SP).

Parágrafo Único: a Comissão será paritária e composta por membros que já atuem no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares e da Educação Popular em Saúde, nomeada pelo Prefeito Municipal de São Carlos, sendo:

1 (um) representante de instituição formadora em saúde;

1 (um) representante dos trabalhadores dos serviços público de saúde;

2 (dois) representantes da gestão da saúde, sendo 1 (um), preferencialmente, do Conselho Municipal de Saúde;

- 1 (um) praticante popular de saúde;

- 1 (um) representante da sociedade civil organizada do terceiro setor.

Art. 5º Caberá ao Poder Executivo definir as secretarias e demais órgãos municipais, cujas ações se relacionem com o tema da política ora instituída, que atuarão de modo articulado para a consecução dos objetivos comuns de que trata esta lei.

Art. 6º O disposto nesta lei será desenvolvido diretamente pelo Poder Executivo Municipal, ou mediante acordos de cooperação com entidades privadas, sob fiscalização e controle público.

Art. 7º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

São Carlos, xx de xxxxxxxx de 2015.

ANEXO IV

APRESENTAÇÃO EM POWER POINT FEITA NA OCASIÃO DA REUNIÃO DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO DIA 10 DE FEVEREIRO DE 2016



Apresentação ao Conselho Municipal de Saúde

Regulamentação Estadual/Municipal para Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde no SUS

- ✓ **Decreto Presidencial no 5.813, de 22 de junho de 2006**, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.
- ✓ **Portaria Interministerial no 2.960, de 09 de dezembro de 2008**. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- ✓ **Portaria GM/MS N 971, de 3 de maio de 2006**. Regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)
- ✓ **Portaria GM no 886, de 20 de abril de 2010**. Institui a "Farmácia Viva" no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ **Portaria N° 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013**. Institui a política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS (PNEPS-SUS)
- ✓ **Portaria MS/GM No 1, de 2 de Janeiro de 2015**. Estabelece a Relação de Medicamentos Essenciais - RENAME 2014 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2012.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PNPIC E PNEPS

✓ Alguns estados e municípios elaboraram políticas e/ou regulamentação para serviço de práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde, orientados pela Política Nacional.

✓ O documento da PNPIC é referencial para estados e municípios formularem suas políticas sobre iniciativas estaduais/municipais voltadas a normatização do serviço de práticas integrativas e complementares e Educação Popular no SUS.

REGULAMENTAÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL DA PNPIC E PNEPS NO SUS

Ceará	Decreto N° 30.016 , de 30 de dezembro de 2009. Regulamenta a Lei Estadual N° 12.951 , de 07 de outubro de 1999, que dispõe sobre a Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará.
Espírito Santo	Resolução N° 543/2008 do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo . Aprova a Proposta de Institucionalização da Política das Práticas Integrativas e Complementares. Lei N° 7.684 da Câmara Municipal de Vitória , Estado do Espírito Santo, de 03 de junho de 2009. Dispõe sobre a institucionalização da Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos e dá outras providências.
Minas Gerais	Portaria N° 1444 , de 24 de março de 2008, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Institui Comissão para elaborar a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, do Estado de Minas Gerais. Resolução N° 1885 , de 27 de maio de 2009, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares.
Rio de Janeiro	Lei Estadual n° 5471 , de 10 de junho de 2009, estabelece no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, a criação do Programa de Terapias Naturais.
Rio grande do Sul	Projeto de Lei N° 108/2006 , da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Lei N° 2636 , de 10 de janeiro de 2007. Institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de medicamentos Fitoterápicos no Município de Gravataí.
Santa Catarina	Instrução Normativa/SMS n° 4 , de 12 de novembro de 2010 Estabelece normas gerais para a inserção das PICs na rede municipal de saúde de Florianópolis. Portaria n° 047/SMS , de 12 de novembro de 2010. Implantar normas gerais para o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, conforme a Instrução Normativa em anexo nesta portaria.

REGULAMENTAÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL DA PNPIC E PNEPS NO SUS

São Paulo	<p>Lei Nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008. Institui no âmbito do Município de São Paulo, o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde.</p> <p>Projeto de Lei nº 770, de 2010 DOE de 24/11/10 p.20 – seção Leg. nº 221 - Institui, no âmbito do Estado de São Paulo, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.</p> <p>Decreto nº 51.435, de 26 de abril de 2010. Regulamenta a Lei nº 14.903, de 6 de fevereiro de 2009, que institui o Programa de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais no Município de São Paulo.</p>
Pindamonhangaba	<p>Portaria 971 de 03/05/2006 do Ministério da Saúde e Portaria Municipal 3.059 de 27/04/2007 Unidade da Secretaria de Saúde e Assistência Social responsável pela efetiva implantação e ampliação das Práticas Integrativas e Complementares na rede Municipal de Saúde.</p> <p>○ CPIC – Centro de Práticas Integrativas e Complementares</p>

BENEFÍCIOS E VANTAGENS DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA PNPIC

- ✓ Redução de 37,15% de usuários de medicamentos psicoativos;
- ✓ Redução de 37,56% dos números de consultas médicas;
- ✓ Favorecimento a abertura para práticas preventivas de saúde;
- ✓ Redução dos custos (R\$);
- ✓ Redução de danos a saúde da população;
- ✓ Participação ativa da comunidade;
- ✓ Produção da própria saúde;
- ✓ Valorização e resgate do saber popular;
- ✓ Possibilita a efetivação dos princípios do SUS - Universalidade, Integralidade e Equidade;

*Dados do Município de Severiano de Almeida- Rio Grande do Sul que fez implementação de horta municipal.
<https://www.youtube.com/watch?v=ssU36hQA6gc>

BENEFÍCIOS E VANTAGENS DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA PNPIC

- ✓ Prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo;
- ✓ Fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS;
- ✓ Observação do indivíduo na sua dimensão global - sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde;
- ✓ Corroborar para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS;
- ✓ Ampliação da co-responsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania;
- ✓ Busca pela ampliação da oferta de ações de saúde tem, implantação ou implementação da PNPIC no SUS;
- ✓ Abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a prática de cunho privado;



ONG Circulo de São Francisco

- ✓ Desde de 2003 a ONG Circulo de São Francisco vem se consolidando como um centro de referência no atendimento gratuito de práticas integrativas e complementares no município de São Carlos – SP. Organizam jornadas bianuais, desde 2007, para discutir essas práticas e atuar no sentido de implantá-las no SUS, universalizando o acesso.

Processo de implantação – Município de São Carlos



Ecovila Tibá

- ✓ Desde 2006 a Ecovila Tibá desenvolve ações voltadas para cultura permanente do ambiente através da vida simples e ecológica por meio de práticas integrativas e complementares de saúde.

Processo de implantação – Município de São Carlos



Prefeitura Municipal de São Carlos

- ✓ Lei N° 15.826 de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a implantação das terapias Naturais e Práticas Integrativas e complementares no âmbito da política municipal de saúde e dá outras providências;
- ✓ Lei N° 17.194 de 8 de julho de 2014. Institui no âmbito do Município a “Semana Fitoterapia”.

Processo de implantação – Município de São Carlos



Projeto Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde (UFSCar)

✓ **Objetivo: formação profissional** para o **diálogo** entre as práticas populares de saúde e as práticas de saúde dos serviços ofertados pelo SUS.

✓ **Início em 2006.**

Processo de implantação – Município de São Carlos



2006 a 2012: Mapeamento de práticas populares de saúde que a população de São Carlos lança mão para os problemas de saúde. 3 territórios de São Carlos. Entrevistas com 150 moradores e cerca de 20 pessoas de 4 equipes de Saúde da Família. Foram mapeadas e descritas mais de 53 práticas populares de saúde (3 catálogos).



Processo de implantação – Município de São Carlos



✓ **2006 a 2015:** Cursos de formação profissional de 30 horas. 158 formados (entre profissionais atuantes e estudantes).



Processo de implantação – Município de São Carlos



✓ **2012 à 2015:** 10 Oficinas de Práticas Populares de Saúde de 4 a 8 horas a cursos da área de saúde de São Carlos e Região. 130 estudantes.



Processo de implantação – Município de São Carlos



- ✓ **2014 e 2015:** 17 espaços de cuidados para profissionais de saúde com vivências de práticas populares. Mais de 150 profissionais participantes.



Processo de implantação – Município de São Carlos



- ✓ **2013 e 2015:** 2 Encontros de Práticas Populares de Saúde, com 26 trabalhos apresentados, 167 participantes, 10 apresentações e vivências de práticas populares de saúde, 3 conferências com especialistas.



Processo de implantação – Município de São Carlos



- ✓ Prêmio Nacional: Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde (2012).



Processo de implantação – Município de São Carlos



Em Abril de 2015 foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde um levantamento dos profissionais interessados em participar de Curso sobre Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Mais de 100 profissionais se mostraram interessados, dentre eles: médicos, enfermeiros, dentistas, agentes de saúde e etc.

Foi realizado o curso atendendo a 70 profissionais, onde estes receberam o certificado ainda no mês de fevereiro.

Já está sendo aberta nova turma para atender aos profissionais remanescentes

Processo de Implantação – Município de São Carlos



✓ Após a realização deste curso por interesse dos próprios profissionais de saúde algumas unidades já iniciaram suas próprias hortas medicinais:

UBS – Santa Felícia
USF Cidade Aracy Equipe I e II
USF Antenor Garcia

*Fotografia da horta de plantas medicinais – UBS Santa Felícia.

Processo de Implantação – Município De São Carlos

Processo de implantação – Município de São Carlos

- ✓ Em 2015 - 7ª Conferência Municipal de Saúde de São Carlos foi apresentada a proposta para Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde na Rede Pública de Saúde de São Carlos.



- ✓ Em 2014 e 2015 - com objetivo de conscientizar e mobilizar a opinião pública a respeito do uso de ervas e plantas medicinais e demais práticas foram realizadas no município de São Carlos a I e II *Semana de Fitoterapia - Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde*, respectivamente.



Processo de implantação – Município de São Carlos



- ✓ Em 2015 - Tenda Paulo Freire, no 14º Congresso Paulista de Saúde Pública
Espaço de diálogo, vivência e cuidado.



Processo de implantação – Município de São Carlos



- ✓ Em 2015 – foi realizado o **I Fórum de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) de São Carlos** – com participação de 90 pessoas o evento reuniu gestores e profissionais de saúde do município de São Carlos, representantes da Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba, representantes do Ministério da Saúde, universitários e sociedade civil.

*I Fórum Municipal
de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e
Educação Popular em Saúde (EPS) – de São Carlos.*

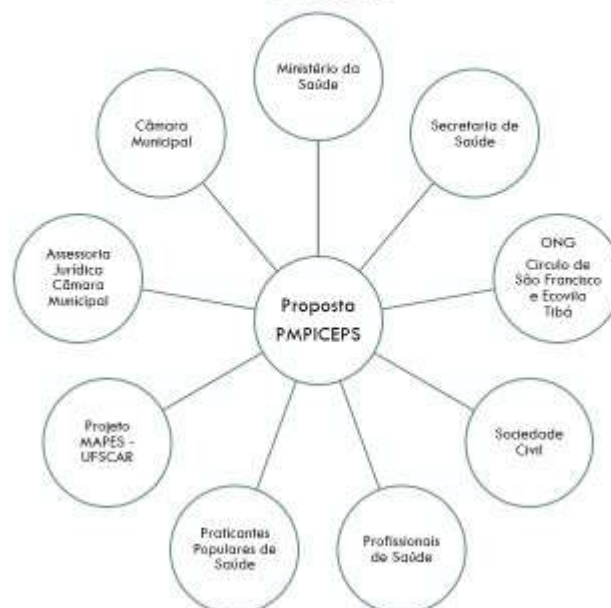
Processo de implantação – Município de São Carlos

Processo de implantação – Município de São Carlos

- ✓ A partir da realização do I Fórum formou-se uma Comissão de trabalho para elaboração da proposta da PMPICEPS no município de São Carlos.

Processo de implantação – Município de São Carlos

Comissão



Processo de implantação – Município de São Carlos

Em 2016 - Publicação da PORTARIA N° 002/16-SMS, no Diário Oficial em 03 DE FEVEREIRO DE 2016, para inclusão na REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – de medicamentos fitoterápicos :

- ✓ Isoflavona (Glycine max)
- ✓ Espinheira Santa (Maytenus ilicifolia)
- ✓ Guaco (Mikania glomerata)

Incentivos financeiros - PMAQ

- ✓ A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) possui financiamento previsto para as consultas e para os procedimentos, segundo Tabela Unificada de Procedimentos do SUS.
- ✓ Financiamento para profissionais que atuam com as práticas e podem compor as equipes de Saúde da Família, bem como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde Bucal.
- ✓ Possibilidade de financiamento por meio de editais específicos para implantação das PICs nos municípios e/ou estados.

DECRETO Nº xxxx, de xx de xxxxxx de 2015.

Institui a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e de Educação Popular em Saúde no âmbito do Município de São Carlos.
(PMPICEPS)

ANEXO V

SÍNTESE CONSTRUÍDA COLETIVAMENTE PARA NOTICIAÇÃO NO PORTAL DA
SAÚDE PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**Conselho Municipal de Saúde de São Carlos (SP) aprova Política de Práticas****Integrativas e Complementares e Educação Popular e Saúde no âmbito de São Carlos**

Na última quarta- feira, 10 de fevereiro, o Conselho Municipal de Saúde de São Carlos (SP) aprovou a implantação da *Política de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular e Saúde no âmbito de São Carlos*.

Histórico. Há alguns anos, o município de São Carlos tem desenvolvido um trabalho abrangente junto às Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e Educação Popular em Saúde (EPS) através de ações individuais e de alguns grupos, como ONG Círculo de São Francisco, EcoVila Tibá, Projeto Mapeamento de Práticas de Educação Popular e Saúde (MAPEPs) da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, mateiros, terapeutas, benzedeiros, entre outros. Iniciativas governamentais municipais como cursos de formação em ervas medicinais, Semana de Fitoterapia, construção de Hortas de Ervas Medicinais nas Unidades Básicas, apontavam um crescente interesse dos trabalhadores da saúde para com as PICs e a EPS. A Câmara Municipal propôs uma Política de Práticas Naturais, de autoria do vereador e erveiro José Luis Rabelo, aprovada em 2011. A 7ª Conferência Municipal de Saúde de São Carlos, de 2015, propôs a Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde na Rede Pública de Saúde de São Carlos. Nesse contexto e com o encontro destes atores, surgiu o sonho de implantar em São Carlos as PICs e EPS como Política Municipal. Ao final de 2015 realizou-se um Fórum aberto com ampla participação da sociedade civil, no qual se debateu a proposta da Política. O Fórum contou com a presença e assessoria de representantes da SEGEP e da SAS, além do apoio e a presença do Prefeito Municipal, do Secretário de Saúde, do presidente do Conselho Municipal de Saúde, de profissionais de saúde, estudantes e professores de cursos da área da saúde e usuários do SUS. Nesse Fórum foi constituído um grupo de redação composto por terapeutas populares, universidades, Câmara Municipal de Vereadores, Secretaria de Saúde e trabalhadores da saúde. Com assessoria da Procuradoria Jurídica da Câmara Municipal de Vereadores e da SEGEP e da SAS esse grupo elaborou a minuta da Política que foi submetida ao Conselho.

Debate e perspectivas. Os conselheiros destacaram a importância da aprovação da Política no âmbito municipal, tendo-se em vista as respectivas Políticas Nacionais e os debates que

vêm ocorrendo nas Conferências acerca dessas duas Políticas de PICs e EPS. Também destacaram que esta aprovação traz para o município outras possibilidades, mais acolhedoras e integrais, para a atenção aos usuários do SUS. A articulação prevista na Política com outras esferas de governo, como Secretaria de Educação e de Agricultura, foi outro ponto de destaque, pois ampliam essas possibilidades para a educação de crianças e jovens para ampliação da participação popular e do conhecimento sobre terapias complementares e integrativas, além do apoio a arranjos produtivos locais para fornecimento de insumos, entre outras perspectivas de articulações. Apontaram a necessária valorização das práticas populares que já acontecem nos territórios e externaram sua preocupação com a formação dos trabalhadores de saúde e com sua sobrecarga de trabalho, bem como com a qualidade da atenção nas PICs no serviço de saúde. Para fazer frente a esses e a outros desafios, a Política prevê a formação de uma comissão com o intuito de contribuir com a sua implementação e monitoramento. O Secretário de Saúde, Marcus Alexandre Petrilli, presente à Seção, externou seu apoio a Política destacando a importância deste novo conceito de saúde para a atenção a saúde da população de São Carlos. No início de 2016 a Secretaria já havia tomado a iniciativa de incluir medicamentos fitoterápicos na REMUME. O Secretário indicou que, com a aprovação da Política, poderá buscar também integrar grupos que já oferecem as PICs para iniciar o trabalho de atenção à população. A Política segue para a assinatura do decreto pelo Prefeito.

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Como você se apresenta e como gostaria de ser apresentado nesta pesquisa?

Relate suas percepções sobre a construção da PMPICEPS de São Carlos SP.

Nesta construção o que você aprendeu? O que ensinou?

Como você compreende a implantação e implementação da PMPICEPS no Sistema Único de Saúde de São Carlos? Há facilidades? Dificuldades? Riscos? Desafios? Potencialidades? Para que/quem a implantação e implementação da PMPICEPS no Sistema Único de Saúde de São Carlos SP?

Contra o que/quem a implantação e implementação da PMPICEPS no Sistema Único de Saúde de São Carlos SP?

APÊNDICE II

EXEMPLO DE UMA RELATORIA

II Reunião da Comissão de Revisão da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação popular e Saúde no SUS

Local: ONG Circulo São Francisco - Centro – São Carlos

Data: 13/10/2015

Horario: 08h00m às 11h00m

Presentes:

Vanessa – Coordenadora da Equipe Essência – ONG Circulo São Francisco

Waldenez – Coordenadora do MAPEPS

Thalyse – Psicóloga – Mestrado em Educação

Iraí – MAPEPS – Essência – Circulo São Francisco

Anandi – Enfermeira USF Presidente Collor

Tania – Terapeuta holística – Casa da Sagrada Família

Lílian – Administradora – Assessora do Vereador Zé Rabelo

Maria do Socorro – Fitoterapeuta - Gabinete Zé Rabelo

Ariane – setor jurídico da Câmara Municipal

Isabela - Gestão do Cuidado Ambulatorial

Pauta:

Apresentar avanços desde a última reunião

Encaminhamentos

Ata:

- Vanessa passou o Caderno de Atenção Básica – Práticas Integrativas e complementares, que apresenta as

- Waldenez ressaltou que o SUS não se restringe à Atenção Básica. Que deveríamos pensar em toda abrangência possível para as Práticas Populares e Tradicionais. Que deveríamos pensar no máximo de práticas possíveis e os espaços, dentro do SUS, onde podemos atuar.

Informou que o Grupo de Economia Solidária fara uma formação em Políticas Públicas. Todas concordaram que deveríamos fazer essa formação.

- Socorro informou que a Equipe da Unidade do Santa Felícia entrou em contato porque querem fazer uma horta de plantas medicinais na Unidade. Acreditamos que a horta ficará

pronta antes no Santa Felícia do que no AzulVile, porque no Santa Felícia existem pessoas que se prontificaram a fazer a manutenção da horta.

Várias contribuições foram dadas sobre o quanto precisamos aprender ainda e sobre os parceiros potenciais para nossa formação.

- Vanessa falou do Workshop sobre manejo de solo, mandala, hortas, oferecido com o Richard.

- Lilian disse que o pessoal do Santa Felícia já iria cuidar da área onde será a horta, precisariam de uma orientação técnica para começar o plantio.

- Tania trouxe sua pesquisa sobre os custos das políticas de práticas integrativas e complementares. O Plano de Implantação das Práticas Integrativas e Complementares de Florianópolis está disponível na internet. Trouxe dados de Uberlândia, as práticas adotadas no município.

- Vanessa leu as etapas seguidas em Florianópolis.

- Ariane trouxe as estratégias de implementação de diferentes municípios.

- Waldenez sugeriu que a Thalyse sistematizasse as etapas que nós já fizemos, pensando nas etapas apresentadas no modelo de Florianópolis. Fizemos muitas das etapas que eles fizeram, em ordem diferente. Precisamos sistematizar o que já fizemos. Destacou os formulário e protocolos do E-SUS que precisamos utilizar, alimentar, orientar que os profissionais de saúde façam seus registros de atendimentos para termos os dados de utilização das práticas. -

- Tania trouxe depoimentos que justificam a importância de se implementar a utilização das práticas no SUS.

- Thalyse pensou em sistematizar o que está sendo feito aqui. O reconhecimento da validade dessas práticas de forma mais estrutural já vem acontecendo. Sugere que façamos a sistematização das ações de São Carlos. Para justificar porque daria certo em São Carlos. Congregar o que já foi feito é uma argumentação para justificar nossa implementação. Inclusive as estatísticas das plantas medicinais distribuídas na semana. Isso mostra o número de pessoas que faz uso de plantas medicinais. Temos dados locais para justificar a implementação. O interesse das pessoas em fazer os cursos. Mostrar que a população do município tem interesse nessas praticas, nessa política.

- Tânia lê etapas de Florianópolis:

Definir comissão de implementação da política (temos uma comissão de redação da política)

Criação departaria que institucionalizou a política.

- Anandi fez um rascunho e nos encaminhou por e-mail. Sugere buscarmos apoio no conselho de saúde. Diz que a secretaria tem interesse na política, mas não tem pessoal para estar junto conosco para pensar a política.
- Waldenez diz que a primeira diretriz da política é a criação da comissão.
- Socorro disse que Anandi está representando o secretário de saúde do município.
- Socorro sugere que cada uma faça um resumo das suas práticas, das suas ações, sistematize seus dados de atendimentos, ações educativas que mostrem o interesse da população nas práticas e mande para Thalyse fazer uma sistematização geral.
- Waldenez sugere que cada uma de nós olhe as etapas e aponte o que consideramos importante em cada etapa. Sugere que pensemos estrategicamente.
- Waldenez: A política das PICs prevê as PICs do SUS. Em Fortaleza, vários praticantes populares foram contratados para trabalhar no SUS. Mas antes dele sair, ele foi processado. As corporações se posicionaram contra essa iniciativa. A política prevê o fortalecimento das práticas populares que já acontecem no território. Não precisaria estar conveniado no SUS. Deveria ter o registro de que está sendo feito esse fortalecimento. Em Cuiabá existem praticantes no SUS. A irmã da Vanessa está lá e poderia descobrir como foi feito.
- Anandi sugere começarmos com um projeto piloto, algo menor.
- Lilian traz que os convênios que complicam. Estão esperando o convenio para ser feito com a ONG. Quando é por convênio, fica frágil. Muda o gestor, pode ser que o convênio acabe. - Waldenez lembra das pessoas do território que já fazem as práticas. Para fortalecer o que elas já fazem.
- Lilian diz que se as unidades de saúde oferecem as plantas, ela entende que a população vai valorizar ainda mais os praticantes dos territórios.
- Socorro vai ter uma barraca de ervas na feira do Cidade Aracy, a pedidos da população.
- Lilian sugere que envolvamos as erveiras nas ações.
- Ariane diz que nosso judiciário (do estado de São Paulo) é o mais conservador do Brasil. Temos que utilizar os termos usados na política nacional. Ex.: uso de plantas medicinais (não prática de erva, ou curandeiro, etc). Usar “gênero” não aprovam, usar “respeito a mulher” aprovam. Por exemplo.
- Waldenez lembra que os praticantes encaminham para alopatia e Socorro deu exemplo de médicos alopatas que encaminham para práticas populares. Esses exemplos são importantes para argumentarmos que uma prática não impede o uso da outra.

Cuidados com distorções, por exemplo, se para combater a criminalização precisa de certificação, que irá certificar o praticante do bairro?

- Tania lembra que um curso de 40 horas não fornece os conhecimentos de uma vida de praticantes.

Sem sermos românticas, existe incoerências na prática popular também, assim como nas outras práticas. Que cuidados tomaremos para isso?

- Lilian lê os encaminhamentos da reunião passada.

Para a problemática que precisa ser desenvolvida no texto da política, faremos a sistematização do que é feito no município.

- Tania trouxe tese de uso de práticas na gestação e parto.

- Waldenez lembrou que o decreto é mais curto e objetivo.

Para elaborar o plano municipal, precisamos pensar nos nossos passos e acordarmos, entre nós, a justificativa de cada passo. Thalyse organizaria o que fizemos, para pensarmos nas justificativas de cada passo.

- Ariane orienta Lilian sobre como elaborar a política.

- Waldenez: O que vamos colocar nas diretrizes está nas políticas nacionais. Vamos usar texto adequado a partir dessas políticas.

- Anandi leu as contribuições que já fez no texto anterior. Um documento para introduzir o assunto dentro do Conselho Municipal de Saúde. Precisamos fazer uma comissão.

- Isabela disse que estão discutindo o Plano para 2016, e a implantação da Política de PICs e EPS está contemplada nessa discussão. O Plano contempla as ações, mas é preciso ser pensado no orçamento. Precisamos pensar o que vai ser implantado.

- Lilian perguntou se podemos mandar algumas estratégias para que a secretaria pense os orçamentos possíveis.

Ainda não temos como pensar num custo específico para 2016. Podemos deliberar indicações de práticas ou plantas para entrarem no município.

- Lilian pediu os contatos dos ambulatórios onde já tem acupuntura pelo SUS e outras práticas.

- Isabela faz sugestões para o texto de convenio da ONG com o Azul Vile. Principalmente em relação aos termos de custeio. As sugestões de adequação vão voltar para a equipe da ONG. -

- Isabela orientou que algumas medicações dispensadas na farmácia popular não dependem de receita médica. Teríamos que combinar como seria a dispensação desses medicamentos.

- Waldenez lembrou dos protocolos que os enfermeiros poderiam prescrever.

- Anandi contou que em São Carlos não tem esses protocolos. Teríamos que criar aqui. Tendo o protocolo, um grupo técnico de fitoterapia de São Carlos valida o protocolo dizendo quem pode prescrever os fitoterápicos.
- Tania disse que tem uma lei nacional do uso de plantas.
- Isabela sugere que montemos uma comissão para validar o protocolo do uso das plantas que entrarão na farmácia popular.
- Lilian sugeriu que fosse conversado com a Equipe do Santa Felícia, para que auxiliem na escolha dos fitoterápicos que entrariam na Farmácia Popular. Depois de pensado quais entrariam, Isabela disse que precisamos pensar nos protocolos de dispensação, prescrição. Reunião do conselho de saúde: quarta-feira, a noite, Isabela vai confirmar a data. Tudo que for ser discutido pelo conselho deve ser encaminhado para o Natanael (ou atual presidente do conselho) para ser lido pelo conselho antes de cada reunião.
- Lilian sugeriu que terminemos o documento que irá para o conselho. Apresentaremos para o novo conselho que está sendo formado.
- Isabela disse que as verbas para farmácia popular estão sendo cortadas.

Encaminhamentos:

- Selecionar dados sobre práticas integrativas e resultados. Um tipo de levantamento bibliográfico sobre eficácia de práticas integrativas. Tarefa de Tania, até novembro. Fazer uma previa no power point de como levaremos isso no conselho.
- Thalyse precisa receber os dados do histórico do município para a construção dessa política. Os dados que justificam essa implementação. Ela também fará uma apresentação desse histórico e justificativa.
- Tania irá mandar lista de chás que qualquer pessoa pode indicar. Mandará a lei inteira. O decreto e a minuta do plano serão mandados pela Vanessa e a Wal para Ariane.

PROXIMAS DATAS: - Próxima reunião: **12/11 – 8h as 10h30 – Ong Circulo São Francisco**

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Eu, Thalyse Santana Pereira, estudante do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob a orientação da Professora. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone, a (o) convido a participar da pesquisa intitulada *Processos Educativos na Implementação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde do Município de São Carlos- SP*.

O objetivo desta pesquisa é entender os processos educativos decorrentes do decurso político que intenciona a implementação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular em Saúde do Município de São Carlos- SP.

Você foi selecionado (a) como participante por compor atuação no processo de implementação da referida política. Sua participação não é obrigatória e não implica em qualquer gasto ou ganho financeiro, sendo assim, sua participação é estritamente voluntária. Contudo, no caso de gasto financeiro em razão de sua participação, haverá ressarcimento. Você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento a qualquer momento e por qualquer motivo, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo. Sua participação será por meio de liberação de registro em diário de campo de suas atividades junto ao grupo, por ceder entrevistas gravadas que conterão conteúdos relacionados à sua participação e construção neste processo político, nas quais se dialogará de maneira livre com a pesquisadora e com os (as) demais participantes sobre temas relacionados. Os diálogos serão gravados para posterior análise que também será compartilhada. Sua participação poderá lhe trazer benefícios, pois haverá trocas de experiências, aprendizados bem como cooperação na construção deste conhecimento. Os riscos nessa participação são mínimos ou inexistentes. Contudo, caso sintase desconfortável por qualquer motivo, você poderá deixar sua participação neste estudo a qualquer momento. Sua participação nessa pesquisa será sigilosa e as informações obtidas serão confidenciais, garantindo assim seu anonimato. Os dados não serão divulgados de forma

a possibilitar sua identificação e serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicocientíficos. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas a respeito do projeto e de sua participação, agora ou a qualquer momento. Há, ainda, o e-mail da orientadora do pesquisador, Dra. Aida Victoria Garcia Montrone: <montrone@ufscar.br>. Sinta-se à vontade para entrar em contato, se necessário.

Thalyse Santana Pereira (pesquisadora responsável)

Telefone: (16) 9 9 9624 8836 ou (35) 9 9114 3870

Eugênio de Andrade Egas, 519, Vila Brasília – São Carlos/SP.

Declaro que a pesquisadora leu o presente termo comigo, que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou, ainda, que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565- 905 – São Carlos/SP- Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20__

Nome do (a) participante

Assinatura do (a) participante

Telefone(s) ou outra forma de contato do (a) participante:

APÊNDICE IV

DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DO ANONIMATO

Eu, _____ declaro que abro mão do anonimato que constava no TCLE que assinei, por entender que minha participação na pesquisa intitulada: SE A SAÚDE FOSSE NOSSA: PROCESSOS EDUCATIVOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE DE SÃO CARLOS- SP, menciona uma história fidedigna de construção da PMPICEPS na qual eu faço parte e, escolho e autorizo ser nomeada como me decidi no dia da entrevista.

São Carlos, ____ de ____ de _____.

Nome do (a) participante

Assinatura do (a) participante

Telefone(s) ou outra forma de contato do (a) participante:
