

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP

Andressa Bruno Noruega

Protagonismo social em cena: o fortalecimento do SUS a partir da Educação Popular em
Saúde

Andressa Teoli Nunciaroni Fernandes
Prof Orientador

Rio de Janeiro
2022

Protagonismo social em cena: o fortalecimento do SUS a partir da Educação Popular em Saúde.

Social Protagonism on the scene: the strengthening of SUS through Popular Education in Health.

RESUMO: A construção e a consolidação do SUS denotam a conquista popular, advinda de muita mobilização social. Porém, o cenário atual reflete as fragilidades acerca do controle social, marcado pelo distanciamento dos usuários e as práticas em saúde e pela limitada identificação e reconhecimento de suas atribuições e direitos. A Educação Popular em Saúde surge como ferramenta fortalecedora da valorização dos sujeitos e das coletividades na construção e manutenção do SUS, por uma abordagem horizontalizada de trocas de saberes. Assim, o estudo objetiva identificar os saberes populares acerca do SUS e estratégias para sua popularização, a partir de oficinas participativas. É um estudo exploratório, com abordagem qualitativa e a coleta de dados aconteceu por meio de Grupo Focal, em oficina presencial, com referencial metodológico da Educação Popular em Saúde. A análise e discussão dos resultados foi feita baseada na análise de discurso de Michel Pêcheux. As memórias de lutas passadas se misturaram com as limitações dos movimentos sociais da contemporaneidade, contudo, surgiram novos saberes sobre o SUS e se percebeu a potência da Educação Popular em Saúde como mobilizadora de estratégias que assegurem os direitos sociais e o fortalecimento do maior sistema público de saúde do mundo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Participação da comunidade. Educação em saúde.

ABSTRACT: *The construction and consolidation of the Unified Health System (SUS) denotes the popular achievement, resulting from much social mobilization. However, the scenario we experience today reflects the weaknesses about social control, marked by the distance between users and health practices and by the limited identification and recognition of their attributions and rights. Popular Education in Health emerges as a tool to strengthen the valorization of individuals and communities in the construction and maintenance of the SUS, through a horizontal approach to knowledge exchange. Thus, the study aims to identify popular knowledge about the SUS and strategies for its popularization, from participatory workshops. This is an exploratory research, with a qualitative approach, its data collection took place through a focus group, in a face-to-face workshop, with a Popular Education in Health methodological reference. The analysis and discussion of the results was based on Michel Pêcheux's discourse analysis. The memories of past struggles were mixed with the limitations of contemporary social movements, however, new knowledge about the SUS emerged and the power of Popular Education in Health was perceived as a mobilizer of strategies that ensure social rights and the strengthening of the largest public health system in the world.*

Keywords: *Unified health system. Community participation. Health education.*

Orientadora: *Andrena L. Nunciavelli*

Email da prof indicada pela orientadora para corrigir: Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa - vanessa.correa@unirio.br

Link das normas da revista escolhida: <https://saudeemdebate.org.br/sed/about/submissions>

Introdução

“A Educação Popular não se faz ‘para’ o povo, ao contrário, se faz ‘com’ o povo, tem como ponto de partida do processo pedagógico o saber desenvolvido no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e, procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir dos grupos populares, configurando-se assim, como referencial básico para gestão participativa em saúde.”¹

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Educação Popular em Saúde (EPS) emerge como contribuinte para a supressão das injustiças sociais e com o propósito de erradicar a pobreza, a partir da valorização da diversidade de conhecimentos e culturas, da integração dos saberes populares ao cotidiano dos serviços de saúde e, as consequentes e imprescindíveis, intensificação e mobilização do protagonismo popular na defesa dos direitos e garantias sociais.¹

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), estrutura-se a partir de movimentos libertários com viés de resistência às disparidades sociais e com forte apelo popular. Apresenta-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS e salienta, ainda, a relevância de fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS.²

Historicamente, a construção e a consolidação do SUS denotam a conquista popular, advinda de muita luta e mobilização social, da saúde como direito de todos. A sequência de marcos históricos necessários para essa concepção abarca, em essência, o envolvimento coletivo e a atividade dos cidadãos como parte substancial do processo.^{3,4}

Desta forma, a participação da comunidade é um dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde e junto deste, dentre outros, caminham a universalidade, a integralidade e equidade da assistência.^{5,6}

É preciso, então, identificar a saúde como um processo social, fundamentado em sistemas para além do organismo e seus processos fisiológicos, denotando vida aos fatores exógenos que a constituem, baseando-se, então, em determinantes e condicionantes sociais. E assim, endossando o rompimento do conceito de saúde vinculado à ausência de doença.⁶

O modelo vigente de saúde, Regulamentado pelo Decreto nº 7508/2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, assegura o acesso universal e igualitário às ações e

serviços de saúde e, sua arquitetura é desenhada no formato das Redes de Atenção à Saúde (RAS), fundamentalmente organizada e ordenada pela Atenção Primária. Tal acesso é realizado através das portas de entrada e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, referenciadas por aquelas, de acordo com a complexidade do serviço.⁷

Logo, caracterizado pelo desmantelamento do antiquado modelo curativista hospitalocêntrico centrado na doença, em decorrência das mudanças da concepção de saúde, do protagonismo dos usuários do SUS, da formação e qualificação em saúde para um Modelo de Assistência à Saúde com abordagem descentralizada, ascendente e alicerçado nas causas multifatoriais, o atual cenário de transição, ainda, enfrenta entraves e fragmentação em seu percurso adaptativo.

A deturpação do Sistema Único de Saúde ocasionada pelo sucateamento e desmonte da rede pública, pela fragilidade dos sistemas de informação e a predileção da mídia em demonstrar a imagem de um sistema falido estampado nos noticiários, favorece a descredibilização e a desmobilização populacional.^{8,9}

Em suma, pode-se observar que, há ainda limitado e frágil interesse popular às práticas associadas ao exercício da cidadania no contexto do SUS, e essa, comumente, está atada à inatividade do usuário perante às suas atribuições, vinculada à prática enraizada de sujeição, caracterizada pela obediência, inoperância e desinteresse do indivíduo.^{4,10,11}

Ainda, pode-se identificar a relevância dos multifatores que constituem o conceito amplo de saúde, ao descolamento da participação social. Ou seja, as vulnerabilidades produzidas e a configuração de um território desigual corroboram para alicerçar a reduzida ação dos movimentos sociais e/ou repercussão de movimentos sociais significativos que são apagados nas mídias de maior abrangência.

A renúncia e debilidade de engajamento populacional, são traços do distanciamento social arraigado em nosso país, reverberam as disparidades quanto ao acesso, a potencialização do alcance das informações e anunciam a necessidade imediata de expandir saberes e promover a coletividade. Cessando o afastamento e promovendo a horizontalização do conhecimento.^{4,11}

A compreensão das atribuições e deveres se fundamenta nos preceitos contidos na legislação do SUS que assegura a participação da sociedade civil nos Conselhos e Conferências de saúde, e também, a prática de corresponsabilização das ações em saúde, na discussão de problemas,

levantamentos de questões e coparticipação no planejamento das execuções e elaborações de Políticas Públicas, que perpassam desde o cuidado individual até o cuidado comunitário.^{11, 12}

O desenvolvimento de estratégias e a implementação de melhores condições de saúde, são de interesse coletivo. Com isso, fortalecem as RAS, bem como as diretrizes e princípios do SUS, humanizando a assistência e ratificando a primordialidade de sua existência.

Para isso, então, é necessário, reconhecer a relevância de cada um, imerso na pluralidade social brasileira, para a construção de conhecimento amplificado capaz de atender às demandas de maneira equânime e integral, respeitando as especificidades dos atores sociais.¹²

É nesse contexto que a EPS é uma estratégia para fortalecer o processo de valorização e identificação dos movimentos sociais na construção e manutenção do SUS, através de uma abordagem “não-hierarquizada” de obtenção e trocas de saberes, empoderando e emancipando o exercício da cidadania.¹³

“[...] a Educação Popular como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.”¹

Isto posto, conforme expõe Gomes (2021)⁴, apesar das conquistas ao que tange o direito à saúde e sobretudo, a legitimação da participação popular e controle social como parte essencial para a manutenção e sustentação do Sistema Único de Saúde, nos deparamos, ainda, com o cenário de ermo sentimento de pertencimento e o enfraquecimento da identificação popular perante ao SUS, reduzindo a articulação coletiva e a fragmentação das Redes de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a realização deste estudo justifica-se pela necessidade de difundir e popularizar os saberes acerca do SUS, a partir do pressuposto de que o conhecimento advém de um processo histórico-social dos sujeitos em interação, construído a partir do diálogo horizontalizado, chamado de Educação Popular em Saúde.

Portanto, o objeto do estudo consiste na (re)construção de saberes acerca da participação popular no SUS a partir da Educação Popular em Saúde, sendo estruturado a partir da questão

norteadora: “A Educação Popular em Saúde contribui para ampliação dos saberes e promove a popularização do SUS?”. E tem como objetivo delimitado: Identificar os saberes populares acerca do SUS e estratégias para sua popularização, a partir de oficinas participativas.

Metodologia

A pesquisa tem como referencial teórico metodológico a Educação Popular em Saúde, aqui pensada como ferramenta para difundir e propagar conhecimentos acerca do Sistema Único de Saúde, ampliando os saberes de maneira horizontalizada, com o intuito de promover a autonomia dos sujeitos e o exercício da cidadania. Decidiu-se, então, por realizar um estudo exploratório, com abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (2013)¹⁴, a pesquisa qualitativa é aquela que se ocupa com um nível subjetivo e relacional da realidade que não pode ser quantificado, corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Sendo tratado por meio da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais. Oportuniza, assim, responder a questões de caráter social.

A pesquisa exploratória, conforme explicita Gil (2017)¹⁵, tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com a questão norteadora as vistas de explicitá-la e construir hipóteses. Portanto, estas pesquisas objetivam especialmente o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições e possibilita a considerar variados aspectos relativos ao fato estudado.

A coleta de dados aconteceu por meio da técnica de *Grupo Focal*, que, para Kitzinger (2000, apud TRAD, 2009, p. 780)¹⁶:

“O grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados.”

Para isto, foi realizada a oficina presencial, gravada, intituladas como: “*Oficina PopularizaSUS: protagonistas do saber para o fortalecimento do SUS!*”, nas instalações de Associações dos Moradores, localizadas no município do Rio de Janeiro - RJ, Brasil. Os critérios de

inclusão dos participantes, considerando-os como recorte da população geral, foram: presença na reunião que será previamente agendada; ter 18 anos ou mais e residir no Brasil, com fluência no idioma português.

O convite aos participantes para estarem presentes na oficina foi realizado pelas lideranças comunitárias da Associação de Moradores participante. Participaram da Oficinas PopularizaSUS os que assinaram o Termo de Consentimento em duas vias.

Coube às pesquisadoras do estudo em questão, atuarem ora como moderadora, ora como observadora, conforme necessidade, para conduzir a oficina. Foram feitos registros do grupo focal, sendo este material mantido à salvaguarda das pesquisadoras para assegurar o sigilo da identidade dos participantes.

Foi entregue, um documento impresso preenchido pelos participantes, sem identificação para preservação dos dados, a saber: questionário para coleta de dados sobre os aspectos sociodemográficos, contendo nove perguntas múltipla escolha a respeito do sexo, idade, nacionalidade, naturalidade, nível de escolaridade, renda familiar mensal, se participa(ou) de algum movimento social, já fez/faz parte de algum conselho de saúde, de conferência, há quanto tempo frequenta o grupo/espço/associação.

Como estratégia elucidativa e propulsora para discussão, levantamos questões disparadoras no grupo: (a) saberes: “Quais os princípios e diretrizes do SUS você conhece?” e “Como e onde a participação popular é realizada no SUS?”; (b) estratégias: “O que o vídeo trouxe de novo?” e “Quais as estratégias/ ações de atingir a população para aumentar a adesão e ampliar a participação social no SUS?”. E, entre tais questões (a) e (b), foi exibido um vídeo educativo de autoria própria, intitulado ‘Princípios e diretrizes do SUS: caracterizando os espaços de Participação Popular’, que aborda os princípios e diretrizes norteadores da estrutura do SUS e caracteriza os espaços de participação popular.¹⁷

Ao que se referem os aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) obedecendo aos requisitos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016. O parecer de aprovação deste projeto consta na página do CEP e pode ser encontrado pelo número: 5.486.018. A pesquisa contou com financiamento próprio.

Assim sendo, a interpretação e análise das falas delineadas neste grupo focal aconteceram com conceitos oriundos da Análise de Discurso (AD), que, conforme Orlandi (2013, p.15)¹⁸:

“Esse tipo de estudo se pode conhecer melhor aquilo que faz do homem um ser especial com sua capacidade de significar e significar-se. A Análise de Discurso concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive.”

Relaciona a língua como esteio construtivo do discurso e a concepção de que não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia. Traz-se sentido ao processo discursivo como o apreçamento da língua associada à ideologia, produzido por/para sujeitos de maneira inesgotável.¹⁹

Resultados e discussão

A “*Oficina PopularizaSUS: protagonistas do saber para o fortalecimento do SUS!*”, foi realizada em julho de 2022 - período assolado pela inquietação eleitoral pré campanha presidencial - e dispôs da participação de dois integrantes (M1 e H1) de Associação dos Moradores, ambos idosos, pertencentes à classe média, residentes de bairro abastado, porém com distinto engajamento em movimentos sociais.

A AD traça, então, a compreensão entre os objetos simbólicos e a produção de sentido e seus significados, do qual se podem recortar e analisar estados diferentes. Considerando o *corpus* resultante da Oficina, a definição de recortes, implicados pela interpelação de quem analisa, cursa da identificação de regularidades das formações e sequências discursivas.

Os sujeitos implicados na ocasião versam como ponto de conexão a palavra, que antecede o ato, dialogam apesar da disparidade de pensamentos e posicionamentos, ainda que compartilhando tempo cronológico e histórico e como membros da mesma associação. Atributos ativistas, sindicalistas de imersão e vivência contraposto pela parte afetada, externa, que presume a possibilidade de não estar inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), concatenando superioridade e independência dos serviços e ações deste.

Recorte nº1:

E aqui, eu frequento pouco [se referindo ao SUS], mas eu foco muito nessa parte da pobreza, né? Eu vejo muito esse lado do pobre, da necessidade. (M1)

Recorte nº2:

Bom, pobreza.... as filas gigantes, pessoas idosas, né? pessoas passando mal... (M1)

A sequência discursiva de M1 revela, em seus dizeres, o estigma do SUS fragilizado, projetado à margem para parcelas da sociedade à margem, improficuo e prescindível à sociedade, acrescido da visão centrada no assistencialismo intervencionista hegemônico, o qual a qualidade é medida pelo número de procedimentos e ações individualizadas, avaliadas segundo tecnologias duras.²⁰ Assim, rompe com conceito baseado em evidências, primordial à prevenção quaternária, reforçando o modelo biomédico.²¹

Para Eni P. Orlandi¹⁸, é o que chamamos de memória discursiva: o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o *já-dito* que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra.

Logo, corrobora com as significações do senso comum e, ainda, por aquelas expostas pela mídia e o jornalismo tendencioso, que suscita críticas pessimistas e implica na efetivação do sistema acerca do controle social.⁸

Em divergência, H1 expressa outra posição em seu processo discursivo, denota seu histórico de atuação a partir da vivência de dentro dos movimentos sociais. Ocupa lugar de representante, de atender e falar pelas/para as demandas do outro. Está inserido no processo de luta e comprometimento com as causas coletivas. Sua percepção é guiada do exterior para o interior, inferências causais reconhecidas e estruturais. Extrapola os jargões e ocupa o enfrentamento ao reconhecer os dispositivos do SUS, seus nós e a designação de responsabilidades do poder executivo na organização da saúde.

Recorte nº3:

Tenho sim, até porque eu participo do Conselho, né? E na Associação dos Moradores, eu participei da discussão que levou a criação do SUS, na década de 80.

Então, o Sistema Único de Saúde, ele devia ser organizado de maneira universal e sem nenhuma discriminação na hora de atender o público em geral, deveria atender a todos.

Mas o que que acontece, você vai... pro teu problema de saúde, você vai procurar, você não sabe onde procurar. Você vai em um hospital e te falam: “ah não, aqui não é porta de entrada”, aí você tem que ir pra outro lugar. (H1)

O nó da articulação em Rede de Atenção à Saúde reduz-se a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família. Mas evidenciam-se outros desafios, pautados nos limites de cada ponto, o que mostra a fragmentação da continuidade do cuidado nessa Rede. É clara, portanto, a necessidade de se fortalecer a APS para torná-la efetivamente o eixo estruturante do SUS.²²

Para o participante H1, a iniquidade sobressai perante a implementação das ações e serviços de saúde, o favorecimento de expectativas e necessidades individuais sobrepõem às demandas da coletividade. A Política Pública como uma ação corrompida por interesses individualistas, de corporações e do próprio Estado na manutenção do poder. A corrosão da estrutura do Estado é consumada corriqueiramente e o isolamento do controle social no funcionamento do SUS, sem a aliança com o Ministério Público, para o controle da lei.

Recorte nº4:

Vai no Diário Oficial pra você ver, nos últimos 30 dias, quantas exonerações e quantas nomeações teve nos cargos da prefeitura do [...]. Não é só da área da saúde não, mas a área da saúde é mais, porque a saúde faz contato com o povo e o povo é o eleitor, entendeu?

Aí, nessa hora, pré-eleitoral, vão arranjar atendimento para todo mundo. Tudo maquiado, passa a eleição, cai na fila de novo. É assim que é o Sistema Único de Saúde nosso. (H1)

Associada ao desmantelamento da Saúde Pública, a perda de poder dos espaços de participação popular, a inoperância e descolamento de setores cruciais, como as instituições de ensino superior para assegurar o controle social, fruto das lutas e dos movimentos de redemocratização do país, são causa-efeito indispensáveis à vigência do padrão neoliberal instalado na sociedade.

Recorte nº5:

Ninguém quer largar o seu tempo para participar de reuniões de conselho. Profissionais, nem pensar, porque o terceirizado não pode fazer parte do Conselho, o concursado, “tá” lá praticamente sozinho e não consegue largar o posto dele pra fazer parte da reunião dos Conselhos. E os usuários, que são as Associações dos Moradores, as Organizações de Defesa do Direito das pessoas, não querem participar porque acham que é perda de tempo. (H1)

A legitimidade da participação social esvai-se conforme os “novos tempos” se adequam a estrutura social globalizada com a garantia da acumulação de capital à custa da exploração das vidas/saúde, a minimização do Estado na representatividade dos direitos da população, o individualismo e um modo de organização disruptivo à criação do SUS, que mobilizou o protagonismo social e delineou a promulgação da “Constituição cidadã” de 1988.

Recorte nº 6:

Há um individualismo crescente na sociedade hoje. A gente teve na década de 80, um sonho. O sonho de construir uma nova constituição. A Constituição de 88 foi feita com muita participação popular. (H1)

A asfixia das instituições públicas decorre da subalterna ação do Estado à lógica da privatização, alavancando o distanciamento das diversas esferas sociais que deveriam compor os Conselhos e Conferências, legalmente instituídos, mas sem legitimidade social. Endossa a fragilidade e insuficiência da federação em conferir a autonomia dos entes, a fundamentação da “necropolítica” excludente, a negligência programada que fomenta o sucateamento dos planos de carreiras e materializa a destruição do Estado.²³

Recorte nº7:

Eles (políticos) compraram membros da sociedade civil para não dar quórum, pelo menos o presidente do Conselho tinha que ir; da sociedade civil é 50%, profissionais de saúde é ¼, então, nós somos 75%, não dava quórum. Ficou 9 meses sem dar quórum no Conselho Estadual de Saúde. Porque ele (político) queria que o Conselho votasse a sua posição sobre as OSs, porque o Conselho de Saúde é deliberativo, se ele votasse, olha: não deve botar as OSs e ia votar, porque é a deliberação da Conferência, de não aceitar a privatização da saúde, do SUS. (H1)

As falas de H1, refletem, com fidedignidade, a experiência do sujeito posicionado em determinado lugar, expondo os significantes constitutivos de seu discurso. Aborda a desarticulação do trabalho compartilhado e da proteção conceitual da coletividade. Vê-se a utilização dos espaços institucionalizados de participação popular não mais como possibilidade de debate e defesa das garantias sociais, mas como palanque político utilizado, oportunisticamente, para a apresentação de promessas eleitoreiras.

Recorte nº8:

É uma espécie de tipo assim, “eu já pago meus impostos, o governo que faça a sua parte”. [...] Processo de negação da construção coletiva, uma negação de que a sociedade é um bem coletivo e a pessoa muito preocupada com a portaria do seu prédio para dentro, da portaria do seu prédio pra fora só não pode ter mendigo na calçada. (H1)

A construção paradoxal de política instaurada no país revela-se na conflituosa relação de pertencimento e necessidade, da existência indubitável do Estado, anteposto à desvalorização, descrédito e a cultura de isenção tendenciosa a desmobilização popular, que minimiza e dispensa seu papel. A estrutura patrimonialista vigente privilegia as classes dominantes em desfavor do estado democrático de direito, essencialmente igualitário, e, assim, sustenta a prescindibilidade da participação popular e justifica o afastamento social.

Recorte nº9:

Como é que eles entraram lá na política que é um igual a todo mundo, e hoje eles têm mansões no lago sul de Brasília. Aí vai lá e decreta sigilo por 100 anos. Para esconder o que está roubando. Por isso que desacredita às pessoas, mas não tem solução. (H1)

Além disso, a dominação dos sentimentos de raiva e consternação, ressaltadas após a exibição do vídeo, evidenciam o interdiscurso assolado pelo momento político partidário evidente no país concomitante à realização da Oficina. A primordialidade de refazer o cenário repugnante de desproteção e vulnerabilização social, agravado ao longo do mandato presidencial entre os anos de 2018 e 2022, poderá ser realizada com a alternância dos líderes do poder executivo e legislativo a serem eleitos nesse pleito.

Sobre a supracitada necropolítica instalada no país, no governo de Jair Messias Bolsonaro, é manifesta a deturpação da seguridade social. A carência de propostas de promoção e preservação que visem à proteção das vidas da população, principalmente, a mais vulnerabilizadas, colaboram a política de contenção social do Estado brasileiro, com ações agressivas e enviesadas contra a classe trabalhadora, sobretudo, contra negros/as; população LGBTQI+ e mulheres, suscitando a morte e punição, majoritariamente, destes grupos.²⁴

Neste contexto mediato social, ressaltado pela profundidade das mobilizações eleitorais, H1 reproduz preconceitos, os já ditos que o distanciam do sujeito implicado nas causas coletivas e da sociedade contemporânea, reforça a memória de realidades extintas de sujeição e diminuição dos sujeitos vulnerabilizados pelo Estado, da presença de filas que antecederam o advento do SUS, dissipando a complexidade atual das lutas identitárias, da afirmação dos direitos dos povos originários.

Recorte nº 10:

O voto eleger os políticos, mas o voto é comprado por um prato de comida, o voto é comprado por um pó de pedra naquela rua barrenta, o voto é comprado com a prótese pro cara que tá lá e não consegue andar, o voto é comprado por um cara que tá com dor de dente e não consegue ir ao dentista.

"A memória, por sua vez, tem suas características, quando pensada em relação ao discurso. E nessa perspectiva, ela é tratada como interdiscurso. Este é definido como aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente."¹⁸

O inconsciente denota o preconceito arraigado em sua formação e do seu entorno. Desconsidera a pluralidade, heterogeneidade e mobilidade dos movimentos sociais que interpelam o sujeito social coletivo e socializa a criação de identificações, a interpretando como fixa, manifestada na reprodução de discurso descontrolado sobre uma antiga estrutura que não existe mais. Torna

evidente o distanciamento de seu lugar de fala, de sujeito privilegiado, morador de bairro nobre, tomado pela contradição da importância da mobilização social.²⁵

Nessa conjuntura, H1 realinha sua condição e posição à de M1, as implicações das realidades que concernem o entorno de suas vivências sobressaem no contexto de privilégio que o poder aquisitivo lhes oferece. A classe média que reside em um dos bairros mais abastados do município do Rio de Janeiro, os aprisiona a viverem tendenciosos ao apego do padrão que os cerca. Os privilégios despontam na superioridade e descaracterização do que difere, desvaloriza a cultura que não conhece e dificulta a visualização de sua posição perante os demais.

O (re)conhecimento de um modelo de Sistema Único de Saúde moldado para atender a todos, banaliza a distinção que M1 acreditava deter por estar em um posicionamento social mais favorecido. Depara-se com o SUS inclusivo, capaz de respeitar e assistir às disparidades territoriais, culturais e de demandas. Salienta a ruptura do paradigma do sistema marginalizado para a marginalidade.

Recorte nº11:

A gente assiste a uma coisa [se refere ao vídeo produzido pelas pesquisadoras] e parece que é tudo mentira, né? Fala ali como se fosse realidade. A menina fala um monte de coisa que não acontece.

O proceder segregacionista decorre da incompreensão e do distanciamento do sujeito restrito ao que sua bolha social implica. O preconceito a cega para as demais culturas e modos de vida, apaga a profusão de possibilidades organizacionais que os povos têm, minimiza e enquadra todos ao seu padrão, descaracterizando a abundância de saberes. Condena o que não conhece ao erro e à falha, condicionando a imposição de sua cultura aos demais. Quando na prática, o que é rotulado como ausência, é a presença do SUS manifestado no respeito aos costumes e saberes peculiares aos povos.

Recorte nº 12:

Agora, quero ver ir lá, no Pará, para aquele povo que mora nas casas de madeira, isoladas no meio do rio e esquecidas. Ai eles vão lá, votam e depois são esquecidos de novo. Cadê o SUS? Quem que chega lá? (M1)
O SUS vai até lá. (PESQUISADORA)
O SUS vai até lá?
[...] Gente, eu me choquei. Mulher tendo filho na rede, com aquelas parteiras, sabe? Nossa... (M1)

Na confluência do interdiscurso, destaca-se o intradiscurso, aquele que o sujeito constrói a partir da escuta de suas falas e o julgamento estereotipado dá lugar ao ímpeto de divulgação e promoção do conhecimento acerca do SUS e da construção de ideias novas suscitadas na Oficina.

Recorte nº13:

Quero debater o que o vídeo ensina e mostrar pro pessoal que não veio. (M1)

Recorte nº14:

Mandar mais mensagem no grupo da Associação dos Moradores para ver se o povo vem. (H1)

Considerações finais

Apesar da susceptibilidade ao tempo e aos imprevistos referentes à coleta de dados, retratados no reduzido quantitativo de participantes, as limitações impostas à oficina não geraram repercussões quanto a sua confiabilidade e pertinência. Logo, foram percepções concebidas: o delineamento da concepção que os participantes têm sobre o SUS e a verificação da Educação Popular em Saúde como ferramenta promotora da emancipação do conhecimento e do empoderamento do exercício da cidadania.

Outrossim, destaca-se a nuance de distanciamento inicial dos sujeitos implicados no mesmo movimento que os trouxeram até a oficina, a Associação dos Moradores. Não obstante a mesma causa e pertencimento de classe, as vivências e saberes relativos ao SUS são discrepantes, esboçam pontos de vista contrapostos, um representado pela imersão e engajamento nos movimentos sociais que estruturam a configuração vigente do sistema e o outro pelo descomprometimento e profundo desconhecimento acerca destes.

Assim sendo, a oficina participativa proporcionou a ampliação da visão sobre o SUS e sobre os espaços de participação popular para os presentes, incitados pelo diálogo com o vídeo apresentado, permitindo a desconstrução de estereótipos e o desmantelamento dos privilégios, manifestados pelos atravessamentos do contexto político atual consoante ao resgate da memória prévia à concepção do SUS. Ratificando, ao final do estudo, no ensejo de divulgação e no ímpeto por propagar a nova ideia que eles têm do SUS: como Direito.

Além disso, contribui para o exercício da enfermagem mediante a fomentação da autonomia e consequente corresponsabilização dos usuários na assistência, alcançando a prática de saúde humanizada. Ademais, proporciona a mobilização de causas coletivas, que permitem mapear e revelar os pontos de fragilidade dos profissionais que atuam na “ponta” e então, conceber estratégias que priorizem a manutenção dos direitos sociais e o fortalecimento do maior sistema de saúde pública do mundo.

Referências

1. 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, 2012. [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/pneps-2012.pdf>>.
2. Brasil. Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 nov. 2013
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas. Brasília, 2000.
4. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 45, N. 131, P. 1199-1213, out-dez, 2021.
5. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990.
6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.
7. Brasil. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
8. Moraes, JCO, Carneiro CR, Cruz HRFV, *et al.* A Mídia e sua Relação com a Formação de Opiniões Sobre o Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Paraíba, 21(2):103-110, 2017.
9. Silva JJJ, Dos Santos VM, Correia MVC. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. SER Social, Brasília, v. 48, p. 191-210, jan.-jun., 2021.

10. Miwa M, Ventura CO. (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V. 44, N. 127, P. 1246-1254, out-dez, 2020.
11. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan.-mar., 2013.
12. Coelho JS. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.
13. Ferreira V.F, Rocha GOR, Lopes MMB, et al. Educação em Saúde e Cidadania: Revisão Integrativa. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 363-378, maio/ago. 2014.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
15. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. Ed. Atlas, São Paulo, 2017.
16. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.
17. Noruega AB, Nunciaroni AT, Cunha FTS. Princípios e diretrizes do SUS: caracterizando os espaços de Participação Popular. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/705538>.
18. Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 11^a. ed. Campinas: Pontes, 2013.
19. Pêcheux M. (1975). *Les verites de la Palice*, Maspero, Paris, 99 trad. bras. Semântica e Discurso, E. Orlandi et al., Editora da Unicamp.
20. Merhy EE. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002.
21. Jamouille M, Roland M, Bae J, et al. Implicações éticas, pedagógicas, sócio-políticas e antropológicas da prevenção quaternária. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 10º de outubro de 2018 [citado 18º de novembro de 2022]; 13(40):1-14. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1860>.

22. World Health Organization; United Nations Children's Fund. A vision for Primary health care in the 21st century goals. Towards universal health coverage and the sustainable development goals [internet]. 2018 [acesso em 2022 nov 17]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
23. Pochmann M. Estado e Capitalismo no Brasil: a inflexão atual no padrão das políticas públicas do ciclo político da nova república. Revista Educação e Sociedade. Campinas, v. 38, nº. 139, p.309-330, abr.-jun., 2017.
24. Castilho DR, Lemos ELS. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. Revista Katálysis, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 269-279, maio/ago. 2021
25. Gohn M.G. Abordagens Teóricas no Estudo dos Movimentos Sociais na América Latina. CADERNO CRH, Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, Set./Dez. 2008.