

SIGNIFICADOS E IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA EDUCADORES E UNIVERSITÁRIOS
MEANING AND IMPORTANCE OF POPULAR EDUCATION IN HEALTH TO LIFE PROFESSIONAL EDUCATORS AND COLLEGE

Antônio Medeiros Júnior¹, Iris do Céu Clara Costa², Cláudia Christianne Barros de Melo Medeiros³, Renata Paula Costa Trigueiro⁴

¹ Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN-Brasil. Doutor em Ciências da Saúde. Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN

² Professora Associada III do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela UNESP-Araçatuba/SP. Pós doutora em Psicologia Social pela Universidade Aberta de Lisboa-Portugal

³ Mestre em Saúde Coletiva pela UFRN.

⁴ Mestre em Administração pela UFRN. Professora substituta da UFRN, Professora Orientadora de ensino a distância do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte-IFRN-Brasil

RESUMO

Esse trabalho identificou representações da educação popular entre 116 educadores e 115 universitários da saúde em Natal-RN-Brasil. Utilizou a Teoria do Núcleo Central e Teste de Associação Livre de Palavras com o estímulo indutor “educação popular em saúde”. Para educadores emergiram “troca de saberes” como núcleo central, participação, transmissão de conhecimentos, respeito ao ser humano no sistema intermediário e prevenção no periférico. Para estudantes o núcleo central foi “transmissão de conhecimentos”, no intermediário surgiram fragilidades das políticas de saúde e necessidades da população. No periférico, emergiram falta de assistência para a população e importância da comunicação entre profissionais/usuários. Não há consenso entre os entrevistados embora o grupo valorize os processos participativos na construção do SUS. Os estudantes têm visão equivocada da educação popular, o que sinaliza para redefinição desses conceitos que fundamentarão suas condutas nos serviços de saúde pública.

Palavras-chave: Educação da População; Prática profissional; Participação social; Relações comunidade-instituição; Classe social; Políticas públicas.

ABSTRACT

This work identified representations of popular education among 116 educators and 115 college health in Natal-RN, Brazil. Used the Central Nucleus Theory Test and Free Word Association with the inducing stimulus "popular health education". Emerged for educators "knowledge exchange" as the main core, participation, transmission of knowledge, respect for human beings in the intermediate system and preventing the peripheral. For students the core was "knowledge transfer", appeared in the intermediate weaknesses of health policies and needs of the population. In peripheral emerged lack of care for the population and importance of communication between professionals / users. There is no consensus among interviewees, although the group values the participatory processes in the construction of SUS. Students have mistaken view of popular education, which signals redefinition of these concepts that will explain their conduct in public health services.

Keywords: Population education; Professional practice; Social Participation; Community-Institutional Relations; Social Class; Public Policies.

Antônio Medeiros Júnior

Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Doutor em Ciências da Saúde. Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da UFRN

Endereço: Av. Senador Salgado Filho 1787 Lagoa Nova, Natal-RN, CEP: 59056-000

Fone/Fax: 55 84 3215 4133

Emails: amjunior@ufrnet.br e iris_odontoufrn@yahoo.com.br

SIGNIFICADOS E IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA EDUCADORES E UNIVERSITÁRIOS

MEANING AND IMPORTANCE OF POPULAR EDUCATION IN HEALTH TO LIFE PROFESSIONAL EDUCATORS AND COLLEGE

ENTENDENDO A EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS: DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE À EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

No início do século XX, com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, a proposta da educação em saúde atribuía aos profissionais da área responsabilidades de desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador cabia gerar e executar ações educativas capazes de transformar comportamentos (Almeida et al., 1999).

Nessa perspectiva, até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada com o propósito de eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo os valores culturais das populações ou grupos populacionais trabalhados. Por um lado, as ações educativas ficavam restritas às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista (Alves, 2003).

Por outro lado, a idéia de que a saúde é produzida socialmente, estando relacionada a um conjunto de valores como a vida, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, a justiça social e a valorização da vida é bem mais recente. Em consequência, a partir desse novo entendimento, as determinações da saúde passaram também a ser pensadas em relação às dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas. Assim, no mundo contemporâneo, não se pode pensar a promoção da saúde sem uma ação coordenada com outros setores da sociedade: governamentais, não governamentais e com a sociedade civil (Andrade, Cunha, 2001).

Na nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, o conceito ampliado de saúde passou a tomar forma, sendo considerada em seu aspecto positivo e indo muito além de suas consequências imediatas, indicadas negativamente, como a doença e a morte. A saúde passou a ser vista como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população e que é gerada a partir das capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais do ser humano (Brasil, 2003).

Esses novos conceitos dão suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade, ou seja, a prática cotidiana de assistência aos indivíduos é orientada pela visão que se tem de saúde, doença, vida, trabalho, daí por diante (Fracolli, Bertolozzi, 2003).

Assim, considerando que a educação em saúde não pode mais ser considerada como um espaço subordinado e paralelo à prática médica, ela deverá ser repensada a partir dos conceitos e práticas dos diversos grupos sociais e da forma como eles estão inseridos no processo de produção e nos fatores que determinam a saúde, a doença e as condições de vida. Para compreender a saúde, é necessária pois a compreensão do processo de vida. É esse que deve ser o objeto de atenção da educação em saúde. Assim, não se pode mais pensar a educação na ou para a saúde, uma vez que o conceito de saúde não está mais centrado na doença e sim na qualidade de vida e a educação não pode mais ser pensada somente como instituição de ensino. Educação e saúde devem ser pensados como conceitos interligados e a educação em saúde deve ser uma área do conhecimento elaborada para compreender as condições de vida dos diferentes grupos populacionais e, a partir dessa compreensão, direcionar sua atenção para rever criticamente as práticas de saúde existentes e a relação dos trabalhadores da saúde entre eles e com a população. Para tanto, é fundamental a criação de

mecanismos que garantam a participação efetiva desses sujeitos em todo o processo educativo (Arroyo, 2001; Miranda, 2001).

Dessa forma, é importante que seja dito que desde o início da década de 1980, esses caminhos têm sido repensados pela Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS), que tem procurado reorientar o enfoque das ações educativas no sentido de estimular o trabalho participativo e intersetorial e estabelecer estratégias para subsidiar os diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão dos mecanismos para transformá-las. Assim, tem sido salientada a importância do papel do trabalhador em saúde no desenvolvimento de ações educativas, uma vez que é na relação que se estabelece entre a rede básica de serviços de saúde, as equipes profissionais e os grupos sociais que se materializam os conflitos, interesses e visões de mundo que influenciam os modos de vida dos diferentes grupos populacionais (Brasil, 1990; Brandão, 2001).

A partir desse entendimento de que a educação em saúde é uma prática social, suas estratégias deverão ser centradas na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. No entanto, apesar dessa indicação do DNSP/MS, a ação educativa praticada na rede básica de serviços de saúde ficou reduzida a uma ação complementar do ato médico e seu enfoque, restrito ao repasse de conteúdos sobre normas de higiene. Sua atenção continuava dirigida à tentativa de diminuir ou eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças (L'abatte, 1999; Brasil, 2003).

Embora se mantenha a mesma denominação, a educação em saúde passou a ser repensada como uma prática social a ser desencadeada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. Esse diálogo deve ser entendido a partir da crença de que todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança (Miranda, 2001; Vasconcelos, 2001; Alves, 2006).

Nesse sentido, Vasconcelos (2002) traça as seguintes estratégias da ação educativa: a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde; o entendimento de que os sujeitos (técnicos e população) desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa; a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde.

Pela complexidade de sua dimensão, a educação em saúde requer a presença de diferentes perspectivas epistemológicas. Para tanto, utiliza os aportes teóricos presentes na Pedagogia Social, nas Ciências da Educação, nas Ciências da Saúde e nas Ciências Sociais (Martinez et al., 2000). Os autores consideram que, na perspectiva educativa, uma ação promotora da saúde deve incidir sobre três processos: o processo cognitivo, uma vez que pretende conseguir a compreensão sobre os conteúdos informativos que as pessoas recebem, de forma a poderem analisá-los, sintetizá-los e aplicá-los; sobre o processo afetivo, uma vez que afeta crenças, atitudes e valores que sustentam, implicam e estimulam a participação; sobre o processo psicomotor, desenvolvendo habilidades e competências que propiciam a atuação individual e comunitária.

Como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, pois está situada em um tempo e um espaço delimitado e se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida. Brandão (2001) enfatiza que viver numa cultura coloca os sujeitos com e dentro de um mundo em que são e criam, ao mesmo tempo, fios, panos, cores e possibilidades. Isso significa estabelecer no eu e com os outros a possibilidade do presente, que consiste em valores, crenças e negociações cotidianas, através das quais cada um torna a

vida social possível. Assim, tudo aquilo que é chamado de educação e de saúde acontece também no âmbito da cultura. Assim, educar é criar cenários em que pessoas, comunidades, símbolos sociais e significados de vida possam ser criados, recriados, negociados e transformados. Isso se realiza com relação, afeto, amorosidade e informação. Nesse sentido, as pessoas são aquilo que criam e aquilo que criam e recriam como objetos da vida social, representando uma das multiplicidades a que Brandão (2001) chama de cultura. Se a cultura é algo que se reproduz sob determinadas condições, a educação e a saúde também estão relacionadas a essas condições e são determinadas pelo modelo econômico, político, social e cultural de um país. Assim, a educação em saúde tem sua especificidade vinculada ao momento histórico em que está sendo pensada. Brandão (2001) chama a atenção para o fato de que um dos objetivos da educação é tornar interior às pessoas uma cultura que as antecede. No entanto, essa cultura é colocada no singular, como se existisse apenas uma cultura, a dominante. A educação em saúde tradicionalmente age nesse sentido, reduzindo os indivíduos a seres que devem se adaptar a essa cultura e às regras que ela impõe.

Martinez et al., (2000) relatam que, ao contrário, é necessário entender que saúde/doença é um processo que está vinculado ao desenvolvimento social e cultural, uma vez que cada sociedade gera um tipo de doença e um modo de enfrentá-la.

A exemplo da educação em saúde e após a implantação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a Educação Popular em Saúde (EPS) vem sendo discutida e afirmada pelo Ministério da Saúde (MS) desde a década de 1990 (Brasil, 1990; Brasil, 2003). A coordenação da EPS/MS procurou articular-se com os princípios do SUS uma vez que estes apontam para a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e controle social. A EPS auxilia na construção desse novo sistema de saúde e, portanto, desse novo sujeito (trabalhador da saúde e usuário): atuante e participativo, afirmando a autonomia, a participação, o diálogo, a reflexão, a criatividade e a afetividade como fundamentais para o processo educativo (Brasil, 1990; Brasil, 2003).

O movimento da EPS tem encarado alguns desafios: o primeiro deles é a aproximação desses dois campos do saber aparentemente tão distintos. Arroyo (2001) enfatiza que é preciso construir mediações, analisar discursos, representações e redimensioná-los, pois é necessário que a inserção no meio popular ajude a selecionar os eixos comuns de reflexão. A ampliação do conceito de saúde, relacionada à qualidade de vida, faz com que se discuta os determinantes do processo saúde/doença e se articule a luta pela saúde com os direitos sociais e a cidadania. É no bojo desses movimentos e encontros de luta que se percebe um novo campo sendo construído em torno do tema EPS e que tem se configurado como um espaço de troca, construção de conhecimentos e ação (Arroyo, 2001).

Brandão (2001) por sua vez, propõe a formação da pessoa cidadã, participante e atuante no mundo, a partir do investimento na pessoa humana. Essa formação é pensada a partir da liberdade, autonomia, consciência crítica e responsável, ativa e solidária. Para a formação dessa pessoa, é necessário que a era do conhecimento possa se abrir ao desvelamento de quatro horizontes:

- a) o das pessoas existirem como seres da vida, pois dentro de todas existe a interação, a integração e a indeterminação de forças e de princípios complexos e diferenciados;
- b) o de estender o contrato social dos direitos humanos a todos os seres com quem é partilhada, nesse planeta, a experiência da vida;
- c) o das pessoas entenderem que o que as coloca como seres humanos é o fato de terem raciocínio e de pensarem o mundo em que vivem;
- d) o de que ousadia é os seres pensarem e ousarem viver em nome da paz criada sobre o primado da justiça e da igualdade solidária.

Vasconcelos (2001) faz uma colocação a esse respeito, dizendo que os profissionais da área da saúde e usuários dos serviços são influenciados por diversas correntes de pensamento, envolvendo variados níveis e tipos de saberes, desde o conhecimento oriundo do senso comum, das práticas religiosas, das discussões filosóficas e das teorias elaboradas pelo conhecimento científico sobre a vida, saúde e doença das pessoas, ao longo do tempo. Todavia, torna-se necessário compreender, para a otimização da prática sanitária, a importância da educação popular, visto que a sua tecnologia educacional propõe uma possível condução do processo educativo, visando, quase sempre, a apuração, organização, conscientização e aprofundamento do sentir, pensar e agir das diversas categorias de sujeitos e grupos oprimidos da sociedade, bem como, de seus parceiros e aliados.

Subjacente a tal perspectiva, a educação popular em saúde é o processo contínuo que busca adequar o conhecimento científico dos profissionais de saúde à realidade da população, gerando um sistema de troca de saberes, no qual a articulação dos diferentes grupos possibilita a reflexão e o estudo sobre as práticas educativas, sociais e de saúde. No confronto de tais práticas sistematizadas, justapõem-se informações e interpretações diferentes, que permitem a transformação de problemas individuais de saúde, em problemas coletivos enfrentados com discussões, lutas políticas, criação de redes de solidariedade e manifestações culturais.

Por sua vez, a prática de uma educação dialógica nesses espaços, além de buscar a transformação de saberes existentes, visa incutir nos indivíduos uma consciência da sua autonomia e responsabilidade com a saúde, não só através dos conhecimentos técnico-científicos, mas a partir de uma compreensão do conceito abrangente de saúde-doença-cuidado. Tais experiências têm possibilitado a construção de formas mais apropriadas para promover, manter e recuperar a saúde da população. Por outro lado, a fragmentação do indivíduo, o uso indiscriminado das tecnologias médicas e o enfoque dado à doença e não ao doente, têm sido características presentes na medicina ocidental moderna e ainda predominam no cotidiano das instituições formadoras e prestadoras dos serviços de saúde.

Nesse contexto, esta investigação considerou importante identificar as representações sociais elaboradas por educadores populares e estudantes universitários acerca da educação popular em saúde no Rio Grande do Norte, sob o suporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1978) e da Teoria do Núcleo Central (Abric, 2003).

Com a finalidade de aproximar os movimentos sociais, as universidades e instituições que influenciam na elaboração de políticas públicas de saúde no Rio Grande do Norte, Brasil, buscando inserir a educação popular em saúde como uma das estratégias pedagógicas no processo de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, esta pesquisa buscou identificar e comparar as RS que permeiam as concepções e práticas de educação popular em saúde, entre os participantes da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS-RN) e estudantes universitários da área da saúde de instituições públicas e privadas da cidade de Natal-RN-Brasil, buscando um consenso que permita ou possibilite o crescimento das pessoas e Instituições envolvidas com educação popular.

Isso poderá verdadeiramente transformar problemas individuais em problemas coletivos de saúde, que consiste na essência da educação popular, permeada pelas discussões populares, criação de redes de solidariedade, lutas políticas e manifestações culturais que redundem na otimização da prática sanitária.

CAMINHAR METODOLÓGICO

Os sujeitos dessa pesquisa foram 116 educadores populares participantes da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde do Rio Grande do Norte (ANESPS-RN) e 115 estudantes universitários dos cursos de medicina, enfermagem,

odontologia e nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e da Universidade Potiguar (UnP).

Utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) como estratégia de acesso ao núcleo central do tema educação popular em saúde, seguindo-se os pressupostos teóricos formulados por Vergès (2000), mediante a combinação entre frequência e ordem média de evocações.

Nesta perspectiva, foi utilizado o seguinte procedimento: a evocação livre do tema “Educação Popular em saúde” solicitada através da seguinte pergunta: diga três palavras que vêm em sua mente quando se fala em educação popular em saúde, e em seguida coloque-as em ordem de importância para você. Também justifique porque essas palavras são importantes.

Vale lembrar, conforme preconiza Bardin (1977), que inicialmente, as palavras coletadas foram organizadas através de um processo de agrupamento por classificação, reunindo as palavras próximas em nível semântico e em seguida, foram submetidas a uma classificação por aproximação de sentido, com o objetivo de estabelecer as categorias de análise. Logo após, o material foi submetido a uma análise quantitativa executada pela análise lexicográfica do software Evoc 2000. (Vergès, 2000).

A identificação de cada estrutura representacional foi efetuada a partir da utilização de quadros de quatro casas, estabelecendo um esquema figurativo que possibilitou a distribuição do termo evocado em função do duplo critério: a frequência e a ordem média das evocações. Subjacente a essa perspectiva, o software Evoc 2000 forneceu o cálculo da Ordem Média de Evocação (MOME) e da Frequência Intermediária (FI) das palavras, que posteriormente foram agrupadas em categorias, considerando os caracteres comuns desses elementos. Assim, foi possível construir os esquemas figurativos do tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O teste de evocação resultou em 348 unidades de significado no grupo dos educadores populares (Grupo 1) e 345 no grupo dos estudantes universitários (Grupo 2). No grupo 1, as unidades de significado foram agrupadas em cinco categorias com frequência média igual a 70 e, no grupo 2, em oito categorias e frequência média igual a 40. Os dois grupos apresentaram média das OMEs (MOME) de 2,0. Os resultados estão representados nos esquemas figurativos a seguir.

Esquema 1. Identificação da provável estrutura da representação social da educação popular em saúde para os educadores da ANEPS-RN. Natal-RN. 2012.

Frequência	OME Inferior a 2,0	OME igual ou Superior a 2,0
Acima de 70	Troca de saberes (74) 1,9	Participação (118) 2,1
Entre 50 e 69	(56) 1,9	Prevenção (55) 2,0
	Respeito (53) 1,8	

O esquema 1 resulta das evocações emitidas apenas por participantes da ANEPS-RN. Neste esquema a “troca de saberes” destaca-se como o núcleo central da representação (quadrante superior esquerdo). No sistema intermediário (quadrantes superior direito e

inferior esquerdo) os elementos participação, transmissão de conhecimentos e respeito ao ser humano, foram observados e, na periferia (quadrante inferior direito), localizou-se o elemento prevenção. Em uma representação a presença do núcleo central traduz o consenso acerca do objeto no seio de um grupo social. No grupo da ANEPS-RN, a articulação é constituída por instituições, movimentos e práticas de educação popular em saúde diversificadas, que dinamicamente chegam e saem da grande roda (reuniões interativas mensais), participando, compartilhando idéias e esforços, agregando novos significados e sentidos às experiências e saberes, cuja finalidade é, dialeticamente, reconhecer, respeitar e fortalecer a diversidade de conhecimentos relacionados aos modos de pensar, fazer e cuidar da saúde da população, buscando influenciar na formulação coletiva de políticas públicas.

Esquema 2. Identificação da provável estrutura da representação social da educação popular em saúde para estudantes universitários. Natal-RN. 2012.

Frequência	OME Inferior a 2,0	OME igual ou Superior a 2,0
Acima de 40	Transmissão de Conhecimentos (80) 1,9	Políticas (67) 2,1 Prevenção (56) 2,1
Entre 20 e 39	Participação (37) 1,7 Necessidade (24) 1,9	Falta de assistência (30) 2,0 Comunicação (28) 2,1 Troca de saberes (20) 2,0

O esquema figurativo 2 mostra a estrutura representacional acerca da educação popular em saúde do grupo de estudantes universitários. Os resultados revelaram um núcleo constituído pelo elemento transmissão de conhecimentos, situado no quadrante superior esquerdo, cujo sentido se relaciona com a pedagogia tradicional, ainda hegemônica, nas instituições de ensino superior, centrada no professor; na exposição de conteúdos; na memorização de técnicas e na passividade do aluno. Desse modo, os universitários associam o tema educação popular em saúde à realização de palestras e exposições prescritivas de hábitos preventivos nos serviços de saúde, reproduzindo as atividades de ensino mais comuns na formação universitária. Mostraram ainda, como elementos presentes no sistema intermediário, o reconhecimento das fragilidades das políticas públicas de promoção e prevenção da saúde, além da necessidade do envolvimento da sociedade na construção dessas políticas. Todavia, no sistema periférico aparecem à falta de assistência à população, a comunicação e a troca de saberes como elementos mais individualizados que constituem o aspecto móvel da representação, sujeito portanto, a atualizações e mudanças.

ENTENDENDO O DESFECHO FINAL

A educação popular em saúde tem apontado a necessidade de humanização do SUS e da vinculação do usuário ao serviço de saúde no sentido de fortalecer vínculos e possibilitar relações paciente-profissional fundamentadas na autonomia, no respeito, na reflexão crítica e no diálogo. A partir de uma prática educativa crítica, será possível rever as relações com os usuários, se a relação da instituição com os trabalhadores em saúde estiver sedimentada em outros referenciais que não reproduzam uma prática centrada na imposição de conteúdos e na verticalização das relações.

Pode-se concluir nesta investigação que, provavelmente, no grupo de educadores da ANEPS-RN há consenso em relação à temática da educação popular em saúde, mostrando

que o grupo valoriza os processos participativos na construção do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, as representações dos estudantes apontam para uma visão equivocada da educação popular em saúde, associando-a basicamente às práticas educativas verticais dentro da dinâmica dos serviços de saúde e às dificuldades da população diante das políticas de saúde no Brasil.

Portanto é necessário que se trabalhe e aprofunde os conceitos da educação popular entre os alunos da área da saúde, para que fundamentados na consciência da autonomia e responsabilidade, nos conhecimentos técnico-científicos, na compreensão ampla do processo saúde-doença-cuidado, nas prerrogativas da Educação popular, possam de fato utilizar esse instrumento junto a população assistida para potencializar suas ações. Dessa forma, ao se tornarem profissionais de fato, poderão trabalhar fortalecidos, trazendo para junto de si uma população consciente e empoderada, capaz de promover, manter e recuperar sua própria saúde de forma co-responsável e cidadã.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P.H.F; LOUREIRO, M.C.S .Orgs. *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: EUFG; 2003. p.37-57.
- ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (org.) *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, 1999.
- ALVES, G.G. *Capacitação em Vigilância da Saúde fundamentada nos princípios da Educação Popular*. Programa de Pós Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006, 183p.
- ALVES, R. *Conversas sobre educação*. Campinas, SP: Verus, 2003.
- ANDRADE, L.O.M.; CUNHA, I.C.H.B. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In.: MINAYO, M. C. S; MIRANDA, A. C. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ARROYO, M. As bases da educação popular em saúde. Educação Popular em Saúde. *Revista Radis*. n. 21. Rio de Janeiro: Fiocruz, nov/dez, 2001.
- BARDIN, Laurence . *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 2003.
- BRANDÃO, C.R.. A Educação Popular na Área da Saúde. In.: VASCONCELOS, E.M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 21-29.
- BRASIL. O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde. *Ministério da Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo. Cruz, 2003.
- BRASIL. Presidência da República. Lei 8080/90. *Lei Orgânica da Saúde*, Brasília: Diário Oficial, 1990.
- FRACOLLI, L.A; BERTOLOZZI, M.R. *A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo*. Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/IDS. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 22 maio 2003.
- L'ABATTE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 15, supl. 2. Rio de Janeiro, 1999.
- MARTINEZ, A.G; CARRERAS, J.S; HARO, A.E. *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán, 2000.
- MIRANDA, A.C. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- MOSCOVICI, S. *A Representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed Zahar; 1978.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular e pesquisa-Ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In.: GONÇALVES (Org.). *Educação e grupos populares: temas (re) correntes*. Campinas, SP: Alínea, 2002.

VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular e a Atenção a Saúde da Família*. São Paulo:Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

VERGÈS, P. *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocationa*. Aix-en-Provence, version 2, abr. 2000.