

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Júlio César Sanches Silva

A “PERMANÊNCIA” DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM  
SAÚDE DO SUS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: um contexto de relações de força e  
transformações sociais

Rio de Janeiro

2018

Júlio César Sanches Silva

A “PERMANÊNCIA” DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM  
SAÚDE DO SUS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: um contexto de relações de força e  
transformações sociais

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
para obtenção do título de mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Marcela Alejandra Pronko

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S586p

Silva, Júlio César Sanches

A "permanência" da Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS no Brasil contemporâneo: um contexto de relações de força e transformações sociais / Júlio César Sanches Silva. - Rio de Janeiro, 2019.

98 f.

Orientadora: Marcela Alejandra Pronko

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

1. Educação Popular. 2. Luta de Classes.  
3. Relações de Força. 4. Sistema Único de Saúde.  
5. Atenção Básica. I. Pronko, Marcela Alejandra.  
II. Título.

CDD 370.115

Júlio César Sanches Silva

A “PERMANÊNCIA” DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM  
SAÚDE DO SUS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: um contexto de relações de força e  
transformações sociais

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
para obtenção do título de mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.(a) Dra. Marcela Alejandra Pronko (FIOCRUZ / EPSJV)

---

Prof. Dr. André Vianna Dantas (FIOCRUZ / EPSJV)

---

Prof.(a) Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (UERJ / DESP)

*Dedico este trabalho*  
*às minhas avós,*  
*Laurinda (in memoriam) e Jovelina,*  
*minhas mestras em educação popular;*

## AGRADECIMENTOS

Ao começar a tecer essas linhas de agradecimentos, centenas de momentos vividos me vieram à cabeça: pensamentos bons que me fizeram sentir muita gratidão, saudade, felicidade, amor, solidariedade e, como toda trajetória, as “experiências” desagradáveis às quais reservo as minhas condolências. Aprendi desde tenra idade que se deve homenagear e demonstrar gratidão para as pessoas em vida.

Gostaria de agradecer minha família, em especial, meu pai, José Geraldo, e minha mãe, Maria Gorete, que me ofereceram condições para estudar e me deixaram livre para escolher o meu destino, embora sempre inseguros com a minha militância, as manifestações de rua e por morar no Rio de Janeiro. “Eu sempre avisei” que o problema do Rio de Janeiro começa pela Rede Globo!

Tenho enorme gratidão a minha companheira Viviane que muito me ajudou. Por vezes, ouviu e deu asas às minhas “viagens” reflexivas.

Aqui é o momento de expressar minha gratidão à melhor orientadora e professora da Fiocruz, Marcela Pronko. Fico muito feliz por não ser o único a pensar assim! Agradeço pela sua forma de me ensinar ao longo dessa caminhada.

Minha gratidão aos meus dedicados professores Ana Margarida, Danielle Moraes, Felipe Rangel, Filippina Chinelli, Francisco Lobo, José Roberto, Júlio Lima, Márcia Teixeira, Marco Antônio, Ramón Peña entre outros.

À Helena David tenho muito a agradecer por suas dicas na qualificação e pelos seus textos que foram, sem dúvida, essenciais.

Ao André Dantas agradeço pelas aulas e pelos textos indicados para leitura que muito me auxiliaram a desatar os nós pós-qualificação.

À equipe da coordenação, especialmente a Micheli, a Patrícia, a Regina e a Claudia, obrigado por suportarem a minha presença, pelos cafés e “almoços”.

Gratidão aos amigos da APG/Fiocruz e do GT de Acolhimento pelo companheirismo na militância institucional.

Tenho muito a agradecer aos meus amigos do Alojamento Hélio Fraga, Rafael, Raick, Ramon, Luciana, Liliana, Romão, Jerônimo, Lucindo, Rodrigo, Denis, Danieli. Morei a maior parte do mestrado no alojamento. Nossas longas discussões sobre diferentes temas sociais, nossas festas, a “sabotagem”, o futebol, o slackline etc... Um espaço de muito intercâmbio cultural. Ao lado desses sujeitos foi possível transformar esse espaço, melhorando qualidade de vida dos alunos residentes.

Nos agradecimentos não deixaria de lado os companheiros de turma, os amigos de longa data que sempre me incentivaram, os amigos de trabalho e os amigos das várias repúblicas onde morei. Ao longo desses anos foram bons momentos e proveitosos diálogos.

A todos, a minha gratidão!

*“Pelo simples fato de existir, o homem se coloca em relação com o mundo e esta sua relação subsiste antes mesmo que ele passe a considerá-la e dela faça objeto de investigação, e antes mesmo que a confirme ou a negue prática ou intelectualmente”.*  
*(Karel Kosik)*



## RESUMO

O objetivo desta dissertação consiste na análise de situações de relações de forças no Sistema Único de Saúde (SUS), para apreender o processo da luta de classes no seio do Estado Brasileiro. O ponto de partida dessa análise foi a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, do SUS (PNEPS-SUS), tal como se apresenta e traz elementos para a compreensão das relações de forças presentes nas políticas de educação e de saúde. Identificamos como forças sociais o Movimento Social de Educação Popular em Saúde (MovEPS) e as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Consideramos que a conjuntura política brasileira, com o golpe parlamentar de 2016 e suas transformações sociais, políticas e econômicas, expressa as condições materiais e subjetivas de existência da luta de classes no SUS. O Materialismo Histórico-dialético foi o método selecionado para o estudo. A relevância dessa pesquisa se dá pela cena política brasileira na contemporaneidade, que diverge do período de institucionalização da PNEPS-SUS. Os procedimentos metodológicos consistem na revisão bibliográfica das publicações que abordam tal temática com o objetivo de apresentar uma análise concreta das relações de forças e suas transformações sociais no Brasil contemporâneo. Por meio da escolha teórico-metodológica feita, tornou-se possível perceber as estratégias das forças sociais envolvidas, tais como o *lobby* político, o financiamento de campanhas eleitorais, a construção de redes de integração e a organização da estrutura ideológica.

**Palavras-chave:** Educação Popular em Saúde. Luta de classes. Relações de força. Sistema Único de Saúde. Atenção Básica.

## ABSTRACT

The objective of this dissertation is the analysis of situations of relations of forces in the Unified Health System (SUS) to apprehend the process of class struggle within the Brazilian State. The starting point for this analysis was the National Policy on Popular Health Education (SUS) (PNEPS-SUS), presented and provided elements for understanding the relationship of forces present in education and health policies. We identified the social forces of the Popular Movement in Health (MovEPS) and the Operators of private health care plans. We consider that the Brazilian political conjuncture, with the 2016 parliamentary coup and its social, political and economic transformations, expresses the material and subjective conditions of existence of the class struggle in the SUS. Historical-dialectical Materialism was the method selected for the study. The relevance of this research is given by the Brazilian political scene in the contemporaneity that diverges from the institutionalization period of PNEPS-SUS. The methodological procedures consist in the bibliographical revision of the publications that approach this subject with the objective of presenting a concrete analysis of the relations of forces and their social transformations in contemporary Brazil. Through the theoretical-methodological choice made, it became possible to perceive the strategies of the social forces involved, such as political lobbying, election campaign financing, building integration networks, and organizing the ideological structure.

**Keywords:** Popular Education in Health. Class struggle. Relations of force. Single Health System. Primary Care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Imagem 1	Taxa de desocupação das pessoas de 14 anos ou mais.....	54
Imagem 2	Estratégia da Amil de implantação da AB e redução de custo.....	60

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de ACS nas equipes de ESF e nas equipes de EACS entre os anos de 2007 e 2019.....	41
Tabela 2	Modalidade de operadoras com registro ativo segundo região da sede.....	49
Tabela 3	Nº de empresas de planos de saúde e recursos doados nas eleições de 2002 a 2014.....	51
Tabela 4	Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial.....	51
Tabela 5	Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior.....	52
Tabela 6	Receita de contraprestações por Ano segundo Grupo de Modalidade (2008 – 2018).....	53
Tabela 7	Fóruns de Saúde Suplementar organizados pela FENASAÚDE, temas e principais propostas.....	55
Tabela 8	Quantidade de unidades da federação e educandos por etapa do EdPopSUS-II.....	78
Tabela 9	Os cursos do AVASUS e suas principais características.....	79

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Controle às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMIL	Assistência Médica Internacional
ANAB	Associação Nacional das Administradoras de Benefícios
ANEPOP	Articulação Nacional de Extensão Popular
ANEPS	Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
APS	Atenção Primária à Saúde
AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde
AVS	Agente de Vigilância Sanitária
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF88	Constituição Federal de 1988
CNEPS	Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONESP	Comissão Nacional de Educação Popular em Saúde
CSFX	Colégio São Francisco Xavier
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EaD	Educação a Distância
EC95/16	Emenda Constitucional nº 95 de 2016
EdPopSUS	Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde

ENEMEC	Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária
ENEPS	Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EP	Educação Popular
EPS	Educação Popular em Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FENASAÚDE	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FSFX	Fundação São Francisco Xavier
GT EdPop	Grupo Temático de Educação Popular em Saúde
HMC	Hospital Márcio Cunha
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
MEC	Ministério da Educação
Mops	Movimento Popular de Saúde
MovEPS	Movimento social de Educação Popular em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDP	Projeto Democrático Popular
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PP	Partido Progressista
PSF	Programa de Saúde da Família

PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
RedePop	Rede de Educação Popular em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMS	Sistema de Assistência Médica Suplementiva
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Vepop-SUS	Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I - O MOVIMENTO SOCIAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DA RESISTÊNCIA À PÓS-INSTITUCIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>20</b>
1.1    A RESISTÊNCIA – 1970 A 1990.....	20
1.2    A ORGANIZAÇÃO DO MOVEPS – 1991 A 2002 .....	28
1.3    A INSTITUCIONALIZAÇÃO E A PÓS-INSTITUCIONALIZAÇÃO – 2003 A 2018.....	32
<b>CAPÍTULO II - A TRAJETÓRIA DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM DIREÇÃO À ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>45</b>
2.1    INVENTÁRIO HISTÓRICO.....	45
2.2    A CONJUNTURA POLÍTICA E A ORGANIZAÇÃO DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS ASSISTÊNCIA À SAÚDE ENQUANTO FORÇA SOCIAL E POLÍTICA (2000-2018) .....	49
2.3    EXPERIÊNCIAS DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM DIREÇÃO À ATENÇÃO BÁSICA .....	57
<b>CAPÍTULO III - OS DESAFIOS E O DEBATE ESTRATÉGICO SOBRE A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O EDPOPSUS – (2000-2018) .....</b>	<b>65</b>
3.1    A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS .....	66
3.2    A PNEPS-SUS: SEUS DESAFIOS E DESDOBRAMENTOS.....	70
3.3    O EDPOPSUS E A CONJUNTURA POLÍTICA.....	75
3.4    O DEBATE ESTRATÉGICO SOBRE EPS.....	79
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>98</b>



## INTRODUÇÃO

As mudanças conjunturais no setor da saúde brasileira, entre os anos de 1970 e 2018, indicam um contexto de relações de forças e de transformações sociais, com avanços e retrocessos sociais, políticos e econômicos. A análise do setor da saúde brasileira, enquanto arena de lutas sociais e de classes, onde se disputa o controle estratégico da gestão da Atenção Primária em Saúde (APS), que, no caso brasileiro, se denominou a Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS), visa compreender a instituição e sustentabilidade de uma política pública com característica contra-hegemônica: a Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS (PNEPS-SUS), após o golpe parlamentar de 2016. Por isso, o texto que segue privilegia pontos que no entender do autor estão exigindo novas abordagens que deem conta da luta de classes no Estado Brasileiro e o desmonte da AB.

A PNEPS-SUS é o nosso ponto de partida. Ao longo da pesquisa teremos como objetivo a compreensão da luta de classes e as estratégias de dominação burguesa na saúde pública brasileira a partir da instituição e sustentabilidade da PNEPS-SUS. Pretendemos expor uma análise panorâmica das relações de força e das transformações sociais ao longo da dissertação.

As considerações teórico-metodológicas da pesquisa tiveram como base o método do materialismo histórico-dialético. O exercício dialético do método de Karl Marx nos ofereceu as condições para uma análise do mundo da realidade a partir de um fenômeno aparente<sup>1</sup>, a PNEPS-SUS. Partiremos de um cuidadoso inventário da PNEPS-SUS para chegarmos à essência do fenômeno. É oportuno mencionar a serventia da categoria historicidade para a compreensão da trajetória de construção da PNEPS-SUS como uma política contra-hegemônica, o mapeamento das forças sociais e as relações de força. De igual serventia, temos a categoria da totalidade para as reflexões acerca da integração dos fenômenos sociais.

Em função da categoria historicidade, iniciamos a compreensão sobre o nosso objeto, a PNEPS-SUS, reconstruindo a sua trajetória. Essa reconstrução exigiu um percurso de “ida e volta” para chegarmos ao conhecimento teórico, ou seja, à essência do fenômeno. Entendemos esse exercício analítico de “dar a volta” como um processo de contextualização histórica das condições materiais de existência em conjunto com o momento subjetivo de tomada de consciência para si do fenômeno social pesquisado. Em outras palavras, temos um momento onde há o exercício dialético entre teoria e prática, historicidade e processo.

---

<sup>1</sup> Segundo Netto, (2011), o fenômeno aparente é o ponto de partida do conhecimento teórico em Marx, é a aparência, o empírico, o concreto.

A reconstrução da trajetória da PNEPS-SUS nos remeteu às experiências com a Educação Popular (EP), do início dos anos 60 do século passado. Segundo Vasconcelos, Cruz e Prado (2016, p. 836),

a EP é uma proposta teórica e prática de condução de processos pedagógicos, consolidada na América Latina a partir da década de 1960, que foi muito importante para a formação de lideranças do movimento político que tomou a frente do processo de criação do SUS e da luta por seu aprimoramento.

Na década de 1960, no Brasil, forjaram-se alguns movimentos sociais, entre eles o Movimento de Cultura Popular do Recife, os centros de cultura popular do movimento estudantil, a formação médica em medicina geral comunitária, o Movimento de Educação de Base da Igreja Católica, entre outros. Esses movimentos foram fundamentais para a prática de uma educação no Brasil para libertar o homem por um jeito mais humano de ensinar-aprender a ler-e-escrever (BRANDÃO, 1981). Diante desta pluralidade de movimentos sociais, Brandão narra que a EP, no “método” sistematizado por Paulo Freire, requer “um ajustamento do próprio instrumental de trabalho às condições e peculiaridades de cada lugar de seu uso” (BRANDÃO, 1981, p. 42).

Chegar aos anos 1960 significou um recorte temporal na tentativa de delimitar o nosso objeto de estudo. Definimos esse momento como itinerário de “ida”. Logo, precisamos percorrer o itinerário da “volta”. Apesar de termos conhecido e “iluminado” o caminho percorrido, a “volta” exige o exercício da relação dialética de identidade-distinção entre os fenômenos sociais.

Na primeira parada reflexiva da “volta” entendemos a característica contra-hegemônica da PNEPS-SUS. Conforme Regina Simões Barbosa compartilha,

a Educação Popular é um campo de conhecimentos e práticas que expressa os anseios e utopias dos segmentos sociais dos quais, historicamente, vivem do seu trabalho, mas não usufruem da riqueza que produzem. É, portanto, um campo crítico e que anseia por um outro modelo de sociedade, baseado na justiça social e na solidariedade. Sendo um campo contra-hegemônico, seu avanço ou recuo depende dos enfrentamentos, dos embates e das eventuais conquistas dos movimentos sociais (DAVID et al., 2014, p. 1586).

Em função desse pensamento de Regina Barbosa questionamos: Como explicar a institucionalização da Educação Popular em Saúde (EPS) via PNEPS-SUS, um campo contra-hegemônico de conhecimentos e práticas, enquanto política pública da saúde?

Para pensar sobre contra-hegemonia é preciso refletir sobre o conceito de hegemonia. Por isso, analisamos o conceito de hegemonia do filósofo marxista, Antônio Gramsci, que define hegemonia como o elemento de conexão entre a sociedade civil e a sociedade política, que em seu conjunto constituem o Estado ampliado. A hegemonia está relacionada ao

processo de dominação ideológica onde a classe dominante exerce a direção e o domínio, ou seja, ela é dirigente das classes aliadas e dominante das classes adversárias. Na perspectiva de Gramsci “toda relação de hegemonia é necessariamente uma relação pedagógica” (GRAMSCI, 1999, p. 399), onde a relação pedagógica não se limita às relações escolares. Consoante com Antônio Gramsci (2001, p. 78),

a imprensa é a parte mais dinâmica desta estrutura ideológica, mas não a única: tudo o que influi ou pode influir sobre a opinião pública, direta ou indiretamente, faz parte dessa estrutura. Dela fazem parte: as bibliotecas, as escolas, os círculos e os clubes de variado tipo, até a arquitetura, a disposição e o nome das ruas. Não se explicaria a posição conservada pela Igreja na sociedade moderna se não se conhecessem os esforços diuturnos e pacientes que ela faz para desenvolver continuamente sua seção particular desta estrutura material da ideologia.

Gramsci também estabelece uma ligação entre a hegemonia e a democracia. De acordo com André Dantas (2017, p. 68),

Gramsci não é o teórico da democracia que se tem tentado caracterizar. Sua preocupação central consiste em compreender como se organiza e desenvolve a dominação de classes. A questão da democracia, que está presente em Gramsci como um importante elemento de deslindamento da forma como se manifesta a *hegemonia* – tomada como a “democracia no sentido moderno” (Gramsci, 2006: 188), não pode se confundir com a problemática da via pacífica para o socialismo.

O historiador marxista, André Dantas (2017, p. 69, grifos nossos), complementa que Gramsci,

percebe a democracia como forma política própria de um tempo a partir do qual a estrutura das classes e seus organismos de defesa de interesses (*aparelhos privados de hegemonia*) se complexificam. A democracia moderna se constituiria, portanto, numa espécie de colchão de amortecimento da luta de classes.

Os diferentes graus de organização e força na luta de classes, também contemplado pelo autor, nos ajuda a entender que “a democracia, portanto, em uma concepção dialética, é parte da luta que precisa ser travada, mas na medida em que nasceu sob a ordem do Estado burguês – mesmo que em parte contra essa mesma ordem – precisou respeitá-la para poder nascer, e isto a definiu em linhas gerais” (DANTAS, 2017, p. 69-70).

Para explicitar o conceito de democracia gramsciano, observamos que segundo Gramsci (2011, p. 293, grifos nossos),

entre os muitos significados de democracia, parece-me que o mais realista e concreto se possa deduzir em conexão com o conceito de hegemonia. No sistema hegemônico, existe democracia entre o grupo dirigente e os grupos dirigidos na medida em que o desenvolvimento da economia e, por conseguinte, a legislação que expressa este desenvolvimento favorecem a passagem molecular dos grupos dirigidos para o grupo dirigente.

A partir da “passagem molecular dos grupos dirigidos para o grupo dirigente”, no significado de democracia descrito acima, verificamos a necessidade de recorrer à obra de Poulantzas, em que esse autor marxista nos explica que o processo de relações de forças e as

alianças de interesses entre frações de classe dominante e entre classes dominantes e classes dominadas, onde um desdobramento possível seria a fração de classe dominante estabelecer uma aliança com classes populares promovendo “*um certo jogo (variável) de compromissos provisórios*” (POULANTZAS, 2000, p. 142).

As contradições presentes no Estado, principalmente, no interior dos aparelhos de Estado, em diferentes níveis, são elementos necessários para a reprodução e organização da hegemonia do bloco no poder. Para se estabelecer uma “*configuração estratégica*” é preciso compreender que a presença das classes populares no Estado não significa que a mesma tem igual representatividade, ou seja, o “poder” das frações de classe dominante, tampouco, negar a participação das classes populares e das lutas populares nas relações de forças no interior do Estado. A presença das classes populares também contribui para a constituição de alianças provisórias.

Recorremos à categoria da totalidade com o intuito de mapear a integração dos fenômenos sociais e, em seguida, identificar as forças sociais envolvidas e suas condições materiais de existência. A primeira integração foi entre a EP e a saúde. Para Vasconcelos (2007), nos anos 1970, profissionais de saúde iniciaram a aproximação entre os intelectuais acadêmicos e as classes populares em virtude das práticas pedagógicas de EPS.

A integração dos fenômenos sociais apontou as relações entre a EPS e SUS. Para clarear o caminho da identificação das forças sociais, questionamos: o que é o SUS? A construção do SUS como temos hoje foi parte de um processo histórico de luta de classes e movimentos sociais, especialmente o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) do final da década de 1970 e durante a maior parte da década de 1980. Em sua obra, *A Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*, Paim (2008, p. 173) define que

a Reforma Sanitária, enquanto *proposta* foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em *projeto* a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como *processo* desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma *proposta*, um *projeto*, um *movimento* e um *processo*. A “*unidade dialética saber-ideologia-prática*” (TEIXEIRA, 1988) é orgânica ao *projeto* da Reforma Sanitária e pode contribuir para a constituição de novos sujeitos sociais capazes de avançar o seu *processo*.

Segundo Paim (2009, p.54), após a RSB, que trazia o SUS como um de seus *filhos*, e a promulgação da Lei 8.080/90, apresentando uma concepção ampliada de saúde e seus determinantes, é que se explicita uma definição de que o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das

diretrizes organizativas da descentralização, integralidade e participação da comunidade, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Em geral, o SUS é um sistema público de saúde aberto à iniciativa privada.

“A história de todas as sociedades até hoje existentes é a história das lutas de classes” (MARX E ENGELS, 2007, p. 40). Essa célebre afirmativa de Marx e Engels acerca das lutas de classes entre burgueses e proletários<sup>2</sup>, publicada no *Manifesto Comunista*, norteou este estudo da luta de classes no Brasil contemporâneo. Por isso, identificamos forças sociais em luta pelo controle estratégico do SUS e a gestão dos recursos públicos destinados à AB. Representando a classe burguesa, verificou-se um conjunto de operadoras de planos privados de assistência à saúde (popularmente conhecidas como Planos de Saúde), organizados organicamente e com um programa comum, controlando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), um aparelho de Estado responsável por regular e normatizar o setor de saúde suplementar e, teoricamente, defender os interesses públicos, vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Representando a classe proletária, constatou-se a existência de um movimento social singular, o Movimento Social de Educação Popular em Saúde (MovEPS<sup>3</sup>). Porém, para considerarmos o MovEPS como força social é preciso refletir sobre sua organização, organicidade e programa comum. Isso ocorre quando um conjunto de movimentos sociais de EPS une-se através de articulações fluídas, como abordaremos no capítulo 1.

Decorrido esse breve inventário histórico, inferimos que o MovEPS e a operadoras de planos privados de assistência à saúde são importantes para o estudo das relações de força no SUS. Neste sentido, nos compete apresentar os 3 capítulos que compõem a estrutura desta dissertação.

O primeiro capítulo analisa a trajetória do MovEPS em direção à AB. Está dividido em três partes. A primeira parte consiste no período de resistência dos movimentos sociais de EPS, entre 1970 e 1990. Neste período evidenciou-se o surgimento de movimentos sociais influenciados pelo “método” da EP. Consideramos, de modo geral, as ações dos movimentos sociais em direção à integração dos mesmos. Na segunda parte, entre 1991 e 2002, analisamos a organização do MovEPS. Buscamos apresentar as fluídas e multifacetadas formas de organização dos movimentos sociais. Cotejamos, neste momento, as estratégias e táticas do

---

<sup>2</sup> “Por burguesia entende-se a classe dos capitalistas modernos, proprietários dos meios de produção social que empregam o trabalho assalariado. Por proletariado, a classe dos assalariados modernos que, não tendo meios de produção são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviver. (Nota de F. Engels à edição inglesa de 1888.)” (MARX & ENGELS, 2007, p.40).

<sup>3</sup> A criação dessa abreviação ocorreu por razões didáticas. A mesma não se encontra publicada na bibliografia utilizada nesta pesquisa.

MovEPS enquanto força popular. A última parte, por sua vez, considera o período, entre os anos 2003 e 2018, do processo de institucionalização da PNEPS-SUS, seus desdobramentos pós-institucionalização e a cena política.

O segundo capítulo reflete sobre a trajetória das operadoras de planos privados de assistência à saúde em direção à AB. A reconstrução dessa trajetória partiu de um breve inventário histórico sobre o setor de saúde suplementar no Brasil a partir da década de 1960 do século passado. A segunda parte analisa a conjuntura política e a organização das operadoras de planos privados de assistência à saúde entre os anos de 2000 e 2018. Em seguida, apresentamos as evidências das diferentes estratégias das operadoras de planos privados de assistência à saúde em direção à AB. A questão central deste capítulo é a apresentação da relação desta trajetória em direção à AB com a EPS. Os instrumentos de dominação das classes dominantes na saúde pública como o financiamento de campanhas eleitorais, o uso do aparato ideológico como os jornais Folha de São Paulo e o Estadão no processo de educação de consenso e organização dos planos privados de assistência à saúde enquanto força social.

No terceiro capítulo analisamos os desafios e o debate estratégico sobre a EPS, a PNEPS-SUS e o Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS). Os principais desafios históricos e atuais analisados contribuíram para a sugestão de estratégias de resistência para as forças populares. Por fim, ponderamos sobre conceitos como a institucionalização e a democracia que perpassam, de forma transversal, os fenômenos sociais estudados.

A luta de classes tem de um lado a classe trabalhadora, representada pelo MovEPS, que negligenciou o avanço do inimigo em direção à AB após a institucionalização da PNEPS-SUS, e de outro lado a classe capitalista, representada pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que taticamente se utiliza de aparatos ideológicos para o exercício de sua dominação enquanto classe dominante. A luta de classes entre MovEPS e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, os determinantes históricos e os desafios históricos e atuais foram elencados como as condições materiais para a análise da permanência da PNEPS-SUS, em um contexto de relações de forças e transformações sociais no Brasil contemporâneo.

## **CAPÍTULO I - O MOVIMENTO SOCIAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DA RESISTÊNCIA À PÓS-INSTITUCIONALIZAÇÃO**

O objetivo deste texto é analisar a trajetória do Movimento social de Educação Popular em Saúde a partir de uma abordagem que privilegia, em termos gerais, a análise das estratégias empreendidas na luta de classes no contexto da AB. Considerando a complexidade de construir-se um movimento social organizado em âmbito nacional, entendemos que seja necessário o mapeamento das ações que, em certa medida, se integram enquanto fenômenos sociais em que são forjadas as estratégias e táticas de uma classe social.

O procedimento metodológico para esse estudo introdutório consiste na reconstrução do contexto histórico-político do MovEPS, visando identificar suas transformações sociais, avanços e retrocessos, por meio de uma revisão bibliográfica contemplando a análise de suas estratégias multifacetadas de lutas pela saúde. Reconhecemos as limitações dos recursos disponíveis para o estudo, sobretudo, a complexidade de reconstruir “elos” com mais de 40 anos de existência e que se propagaram por um país de extensão “continental”. Além disso, Eduardo Stotz havia alertado sobre a dificuldade de empreender-se um exercício dessa natureza, principalmente, por um único pesquisador. Para o autor (2005, p.10),

o problema é que uma sistematização dessa natureza requer, além do exame das experiências de Educação Popular e (em) Saúde acessíveis por meio de publicações, a consideração de outras, na maior parte não escritas, vinculadas tanto a movimentos sociais que constituem formas “renovadas de fazer educação popular” (Souza, 2001, p. 31) quanto a movimentos e práticas de saúde “inovadoras” que não se identificam formalmente com esta tradição.

Apesar da dificuldade e da complexidade, o mapeamento das ações do MovEPS para identificar suas formulações estratégicas e táticas de classe, que se apresentam em contínuo movimento, permeou essa etapa da pesquisa. Com isso, aproximamos do entendimento das condições necessárias para o advento de uma força social, ou seja, a organização, a organicidade e um projeto comum. Esse procedimento metodológico contribuiu para a compreensão da importância de diferentes fenômenos sociais, econômicos e políticos na sociedade brasileira, tais como surgimento de movimentos sociais, lutas por uma saúde universal, seminários, congressos, leis, políticas públicas etc. A diante apresentaremos essas reflexões através da reconstrução da trajetória dessa força social, o MovEPS.

### **1.1 A RESISTÊNCIA – 1970 A 1990**

As buscas por fontes para a pesquisa exigiu um exercício criterioso para a seleção dos textos e autores. Durante este exercício verificou-se, na trajetória do MovEPS, a existência de movimentos sociais com propostas metodológicas da EP com suas respectivas características regionais nas lutas sociais.

A EP, na ótica freiriana, é uma educação emancipatória, em que não há libertação sem transformação radical da situação de explorados (FREIRE, 1984) dos sujeitos na luta contra a ordem vigente. No setor da saúde, a EP foi se construindo a partir da década de 1970 do século passado. Nesse período, identificamos indícios da gênese do MovEPS nos anos 1970. Para Eymard Vasconcelos (2017, p 20-21, grifos nossos), nesse período:

muitos profissionais começaram a se deslocar para as periferias urbanas e regiões rurais, juntando-se a essas iniciativas educativas, bem como aos movimentos sociais emergentes. Começaram a surgir **experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, nos quais profissionais de saúde aprendiam a se relacionar com os grupos populares e a organizar ações de saúde integradas à dinâmica social local.**

O movimento social em questão tem sua origem na luta social pela saúde. Surge numa situação de resistência. Continuamos a análise por meio da obra Antônio Gramsci na tentativa de compreender a dinâmica relação de força no setor da Saúde e o *‘modus operandi’* da dominação de classe. Porém, antes de adentrar na dinâmica das relações de força é fundamental compreender as definições de sociedade civil e sociedade política.

Ao considerar a sociedade civil como “o conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias” (COUTINHO, 2011, p. 25), Gramsci apreende que ela é o território, ou melhor, a *“arena da luta de classes”*, onde o objetivo das classes ou grupos sociais é conquistar a hegemonia para, em seguida, reformar ou transformar o tecido social, material, político e cultural da sociedade. Entretanto, a complexidade da sociedade civil no capitalismo avançado exige (re)formulação de estratégias para a consecução dessa luta de classes. Para Gramsci, a sociedade política compreende o “conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da coerção; trata-se do que ele chama muitas vezes de Estado em sentido estrito ou Estado-coerção” (COUTINHO, 2011, p. 25).

Partimos da premissa de que as definições de sociedade civil e sociedade política supracitadas complexificam-se com o aprofundamento das relações de forças e das lutas de classes dentro do capitalismo avançado no ocidente. Não obstante, essa complexidade também pode ser observada no capitalismo dependente como é o caso do Brasil. A complexidade identificada exige da classe trabalhadora a formulação de novas táticas dentro da *“arena da luta de classes”* para o exercício da ação revolucionária. Gramsci nos orienta



sobre o dinamismo e complexidade da *relação dialética de identidade-distinção* entre a sociedade civil e a sociedade política, no cenário de socialização política dos sujeitos políticos. A relação dinâmica e contraditória entre a sociedade civil e a sociedade política nos conduz para o entendimento da complexa constituição do Estado ampliado, que equivale à soma da sociedade política com a sociedade civil. Portanto, a classe hegemônica, com o domínio dos aparelhos de Estado e os “aparelhos privados de hegemonia”, consegue o controle dos adversários com os seus elementos de coerção e educa o consenso dos aliados com as ações dos intelectuais orgânicos forjados por cada classe, bem como a estrutura ideológica no seio da sociedade civil, onde, de fato, ocorrem não apenas as lutas de classes. O desafio da dominação burguesa é estender o consentimento para o conjunto da sociedade, sobretudo, diante do crescimento do número de plataformas de comunicação via internet.

Conforme Vasconcelos, Vasconcelos e Silva (2015), até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi, em geral, uma iniciativa das “elites” políticas e econômicas. As ações desenvolvidas direcionavam-se para a imposição de normas comportamentais, a partir da adoção de, basicamente, dois modelos pedagógicos: tradicional e comportamental. Por outro lado, Vasconcelos (2004, p. 69) indica que “no vazio do descaso do Estado com os problemas populares, vão se configurando iniciativas de busca de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico”. Isto denota, em parte, as estratégias dos movimentos sociais ante o Estado.

No final da década de 1970, ocorreu um marco internacional para as políticas de saúde: A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, conhecida como Conferência de Alma-Ata, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em setembro de 1978. Vejamos o que Helena David (2017, p. 114) afirma sobre a Conferência de Alma-Ata,

no campo específico das políticas de saúde, a Conferência de Alma-Ata, realizada em 12 de setembro de 1978, veio introduzir, de forma mais ampliada, questões que, até então, vinham sendo preocupação de alguns poucos setores envolvidos com a saúde pública e comunitária, representados, sobretudo, pelas iniciativas de algumas faculdades de Medicina, além dos envolvidos com as atividades pastorais da Igreja.

A OMS e o Unicef se inserem no cenário como exemplos de forças internacionais, na perspectiva gramsciana. Além desses exemplos, podemos apresentar na área da educação o Banco Mundial e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) com um “pensamento” neoliberal e uma proposta de “Educação ao Longo da Vida”, como afirmara Moacir Gadotti (2016). Segundo Marcos Cueto (2015, p.53, grifos nossos),

nas últimas décadas do século XX, uma nova perspectiva da saúde internacional passou a ser admitida. A Atenção Primária à Saúde foi o último momento naquele

século em que o Estado foi defendido pela maioria das **agências internacionais** como o líder das políticas sanitárias e quando a principal agência multilateral teve uma liderança indiscutível e integral nas ações intersetoriais, na promoção da participação da sociedade civil e na coordenação de todos os programas de saúde. Ademais, sua origem esteve claramente inspirada na medicina social europeia e no preâmbulo da Constituição da OMS.

Cueto, ao colocar o papel das agências internacionais, nos remete ao alerta de Gramsci acerca das forças internacionais na análise das situações de relações de força. Na perspectiva de Gramsci (2007, p. 42, grifos nossos),

deve-se ainda levar em conta que estas relações internas de um Estado-Nação entrelaçam-se com as relações internacionais, criando novas combinações originais e historicamente concretas. Uma ideologia, nascida num país mais desenvolvido, difunde-se em países menos desenvolvidos, incidindo no jogo local das combinações. (A religião, por exemplo, sempre foi uma fonte dessas combinações ideológico-políticas nacionais e internacionais; e, com a religião, as outras formações internacionais, como a maçonaria, o Rotary Club, os judeus, a diplomacia de carreira, que sugerem recursos políticos de origem histórica diversa e os fazem triunfar em determinados países, funcionando como partido político internacional que atua em cada nação com todas as suas **forças internacionais** concentradas; mas religião, maçonaria, Rotary, judeus, etc., podem ser incluídos na categoria social dos "intelectuais", cuja função, em escala internacional, é a de mediar entre os extremos, de "socializar" as descobertas técnicas que fazem funcionar toda atividade de direção, de imaginar compromissos e alternativas entre as soluções extremas).

Gramsci complementa que “esta relação entre forças internacionais e forças nacionais torna-se ainda mais complexa por causa da existência, no interior de cada Estado, de várias seções territoriais com estruturas diferentes e diferentes relações de força em todos os graus [...]” (GRAMSCI, 2007, p. 42-43). O setor da Saúde, neste sentido, é uma das várias seções territoriais. Além disso, vale destacar que a complexidade aumenta ao analisar uma situação de relações de força, sobretudo, porque o seu movimento é contínuo e o equilíbrio das forças é instável.

A nossa proposta, ao cotejar os exemplos de forças internacionais, tem como objetivo enfatizar que para analisar as relações de força trataremos de compreender as forças nacionais e internacionais envolvidas nessa trajetória, visando definir, introdutoriamente, os seus papéis através da revisão bibliográfica da produção de conhecimento sobre o MovEPS.

A luta social no campo da Saúde entre as frações de classe dominante, política e economicamente, e o nascente MovEPS, intensificou-se ao longo dos anos 1970. Verificou-se a ascensão de uma prática de educação em saúde em oposição e resistência às práticas tradicionais de educação em saúde, ao regime militar e às deficiências do sistema de saúde. Até o momento, a EPS era uma prática educativa não tradicional, marginal às práticas tradicionais, ao mesmo tempo, distante da tutela e controle do Estado.

Apesar do incipiente apoio do Estado para com o setor da saúde, a sociedade brasileira vivenciou em 1982 a implantação do “Plano CONASP”. Esse plano encampou propostas subalternas, entre elas a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>4</sup>, em 1984, com custos menores em relação ao repassado ao setor privado (PAIM, 1986). A fragilidade do sistema vigente no setor de saúde e o apontamento do Movimento social da RSB para a saúde numa concepção mais ampla, transitando de um modelo de atenção curativa para um de atenção integral à população (BOTELHO, 2018), contribuíram para o desenvolvimento das AIS. Durante o desenvolvimento das AIS, Botelho (2018, p. 19, grifos nossos) sinaliza que:

A Educação Popular foi um importante instrumento para organização de movimentos sociais, práticas comunitárias e experiências educativas de elaboração, experimentação e aprimoramento de outras abordagens de cuidado em saúde, o que se dava, ainda **de modo subversivo em sua maioria e sem apoio institucional significativo**. Nessas ações, a concepção ampliada de saúde e sua perspectiva biopsicossocial se configuravam na prática e no concreto do cotidiano do território e dos atores sociais.

Segundo Vasconcelos, Vasconcelos e Silva (2015, p. 93),

nesta época, a política de saúde volta-se para a expansão de serviços médicos privados, principalmente hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo. A aparente tranquilidade social imposta pela repressão política e militar possibilitou que o regime voltasse suas atenções para a expansão da economia diminuindo os gastos com as políticas sociais.

Contudo, a organização das forças sociais populares era incipiente e contava, inclusive, com o apoio de setores progressistas da Igreja Católica. De acordo com David (2017, p. 115-116),

em Petrópolis, a experiência de formação e trabalho com agentes comunitários de saúde que discutimos no presente texto teve início a partir de um grupo de religiosos e religiosas envolvidos com a reflexão, aqui introduzida por Leonardo Boff (que ainda reside na cidade), e o grupo de teólogos que propunham a Teologia da Libertação como diretriz para a atuação da Igreja Católica junto às classes populares.

Além da Igreja, grupos de profissionais de saúde interessados pela medicina comunitária organizavam encontros nacionais de experiências em medicina comunitária. O I Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (ENEMEC), realizado na cidade de Lins-SP, em 1979, indicava uma atuação majoritária dos profissionais de saúde; o II ENEMEC aconteceu na cidade de Recife-PE, em 1980, com forte articulação entre grupos populares na saúde; o terceiro encontro, por sua vez, foi realizado na cidade de Goiânia, em 1981, e entre suas resoluções apresentou uma proposta de transformação do ENEMEC em

---

<sup>4</sup> Segundo Albuquerque e Stotz (2004, p. 262), as AIS “podem ser consideradas como um dos primeiros movimentos concretos em busca da junção assistência – promoção e prevenção. Enfocando prioritariamente a integração dos serviços municipais e estaduais (locus das ações preventivas) à rede de assistência médica do Inamps, as AIS também investiram no financiamento de novas unidades básicas e na criação de instâncias de participação popular, as comissões interinstitucionais de saúde, em nível local, regional, municipal”.

Movimento Popular de Saúde (Mops) (STOTZ, 2005). No entendimento do sanitarista Eduardo Stotz (2005, p. 23), “a evolução do processo entre 1979 e 1981 vai da troca de experiências à reflexão sobre a necessidade de lutar por mudanças no modelo de assistência à saúde”. Entre as estratégias constatadas temos a escolha de uma Coordenação Nacional do Mops para levantar as bandeiras de luta dos movimentos sociais com destaque para luta pelo controle dos serviços de saúde com a direção dos trabalhadores.

Diante disso, nos afastamos da ótica dos sanitaristas e nos aproximamos da ótica da comunidade, bem como dos desdobramentos após a criação do Mops. Em entrevista à revista Trabalho, Educação e Saúde, publicada em 2007, Tereza Ramos, que desempenhava o papel de Agente Comunitário de Saúde (ACS), desde 1978, e, à época, também exercia o papel de liderança dos ACS, relatara que, após a transformação do ENEMEC em Mops, o mesmo demorou a organizar outro encontro nacional. Isto somente aconteceu no final de 1982. Neste encontro de 1982, a maioria dos participantes era composta por pessoas das comunidades em relação aos demais participantes, os médicos e as freiras. A maioria decidiu não mais participar do Mops e criaram a Associação Nacional dos Agentes de Saúde. Entre as razões estava o interesse em desvincular-se da história de que a saúde estava diretamente relacionada à Pastoral da Saúde.

O distanciamento da comunidade com a criação da Associação Nacional dos Agentes de Saúde não representou o fim do Mops. Para alguns autores, o Mops oferecia assessoria técnica e política às centenas de outras experiências populares de educação em saúde. Como apontou Vasconcelos (2017, p.21) o Mops

chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos estados brasileiros. Nelas a educação em saúde passou a ser uma assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos.

A experiência do Movimento de Saúde da Zona Leste, ocorrida no início da década de 1980, na Zona Leste da cidade de São Paulo, é o exemplo mais conhecido do Mops. O sanitarista Stotz (2005, p. 23), em sua obra, sinaliza que tudo indica que esse movimento “representa o ponto mais avançado das lutas populares pela saúde dessa época. Um movimento que propõe o local de moradia como base de um processo de organização, mobilização e conscientização popular na conquista da saúde, entendida de modo amplo”. Apesar do processo de organização, mobilização e conscientização popular do Mops, alguns intelectuais acadêmicos discordam da presença significativa da EPS como “método” pedagógico durante sua trajetória. Como referem Stotz, David e Wong Un (2005, p. 5-6, grifos nossos),

a trajetória do movimento de EP&S não esteve isenta de conflitos e de dificuldades de relacionamento com os movimentos sociais que, a exemplo do Movimento Popular de Saúde (MOPS), reivindicam para si também a herança da educação popular em saúde. É importante assinalar, neste sentido, a experiência originária nos movimentos sociais durante a época da luta contra o regime militar que entre 1979 e 1981, logrou organizar Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária. **É desta experiência, aliás, que nasceu e se desenvolveu o MOPS que jamais conseguiu reunir em torno de si as vertentes da educação popular em saúde** (STOTZ, 2005).

Por outro lado, as discordâncias sobre a institucionalização da medicina comunitária foram motivos de tensões ao recém-criado Mops que já nasce dividido. André Dantas (2018, p. 148, grifos nossos) nos mostra que,

segundo a compreensão das **forças populares envolvidas** no processo, a formação do Mops viria em socorro da “necessidade de lutar por mudanças no modelo de assistência à saúde”. No entanto, divergências quanto à pertinência política de investir na institucionalização da medicina comunitária impõem duras tensões ao recém-criado movimento.

Nessa concepção entendemos que o Mops, para além de um movimento social que nasce dividido, integrou um conjunto de forças populares formadas por sujeitos políticos com vontades e fins heterogêneos que se uniram na busca de um mesmo fim, ou seja, mudanças no modelo de assistência à saúde vigente. As forças sociais manifestam-se através de movimentos sociais, instituições, Igreja, mídia e conta com a ação dos intelectuais orgânicos, educando o consenso e conquistando novos aliados na tentativa de atingir suas conquistas, sobretudo, tornar os seus objetivos como universais. Entretanto, as forças sociais não podem ser confundidas com um grupo social ou classe social. Por isso, quanto ao Mops não se deve incorrer no erro de defini-lo como uma força social, tendo em vista o fato do Mops não ter conseguido construir sua organização, organicidade e um programa comum ao conjunto de forças populares que o movimento ousou integrar.

Em conformidade com Stotz, no que tange às divergências internas do Mops, “o caminho da institucionalização vai prevalecer inclusive do ponto de vista da luta democrática, como se constata na ampla aceitação pelas esquerdas, em 1984, da eleição indireta para a presidência da República, realizada por meio de um colégio eleitoral predominantemente de direita” (STOTZ, 2005, p. 23). No contexto político, a sociedade brasileira vivenciou uma ditadura militar entre os anos de 1964 e 1984. Após esse período, iniciou-se um processo de redemocratização do alto para baixo através de um acordo entre as frações de classe capitalistas que exercem, mediante um equilíbrio instável, suas dominações políticas, econômicas e sociais. A aceitação da institucionalização da medicina comunitária e da eleição indireta para Presidente da República com ampla anuência da esquerda indica um erro de estratégia para um movimento social de resistência e de luta popular pela saúde. Durante o

processo de redemocratização o Mops perdeu sua característica de ser uma forma adequada de articulação da maior parte dos movimentos sociais de EPS (VASCONCELOS, 2017).

No cenário internacional, a OMS, sob a hegemonia dos países capitalistas desenvolvidos, realiza a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, em 1986. Nessa conferência, foi aprovada a “Carta de Ottawa” como um referencial para a integração da saúde ou um referencial para o princípio da integralidade. No que se refere à Carta de Ottawa, Albuquerque e Stotz (2004, p. 260) verificam que,

ao conceituar a saúde como um recurso para o progresso pessoal, econômico e social e como um conceito positivo que transcende o setor sanitário e que tem como requisitos para sua garantia a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade (OMS, 1986), a Carta de Ottawa desloca para o âmbito da política a garantia da saúde, destacando como fundamental a participação comunitária.

Consoante com Vasconcelos (2015, p. 28), no caso brasileiro, “com a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde na década de 1980, tais experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde perderam importância. Os movimentos sociais passaram a lutar por mudanças mais globais nas políticas sociais”. Discordamos de Vasconcelos sobre os movimentos sociais, partimos de exemplos como a já mencionada criação da Associação Nacional de Agentes de Saúde. Destacamos na entrevista de Tereza Ramos (2007, p. 382), o seguinte trecho,

mas o momento mais importante que vivi, antes de chegar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, foi no ano de 1985. Passamos esse ano todo trabalhando proposta para levarmos para a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceria em 1986. Trabalhamos por esse país afora, onde houvesse grupos de agentes comunitários, estávamos lá para dizer: “Vai ter a conferência, a conferência vai voltar, a gente tem que participar e a gente tem que ir com propostas”. E, finalmente em 1986, a Conferência Nacional de Saúde foi a retomada de tudo o que temos hoje.

Portanto, é possível afirmar a existência de movimentos sociais da classe trabalhadora em processo de organização nacional, vocalizando as ações regionais de luta social pela saúde na construção de propostas para o setor da Saúde. Por outro lado, não negligenciamos as situações trazidas pela redemocratização que apontam para a definição de democracia como “uma espécie de colchão de amortecimento da luta de classes” (DANTAS, 2017) desmobilizando, desarticulando e burocratizando as relações sociais com a institucionalização.

Todavia, a democracia é um caminho necessário e finito para se percorrer e promover as mudanças necessárias até a sua abolição. “Esta abolição é sintoma (ou previsão) de intensificação das lutas e não o contrário. Quando se pode compor uma luta legalmente, ela

por certo não é perigosa: torna-se tal precisamente quando o equilíbrio legal é reconhecido como impossível” (GRAMSCI, 2007, p. 321-322).

Na perspectiva de Bornstein et al. (2017, p. 98),

com o início do processo de redemocratização instaurado na década de 1980, a educação popular vai se afirmando de modo mais aberto e ampliado. Sempre presente nos movimentos de resistência, nesse período passa a ser incorporada a trabalhos sociais de muitas organizações não governamentais, bem como em órgãos de governo e experiências institucionais em escolas, universidades e em alguns serviços de saúde e assistência social.

Por exemplo, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) publicou em seu primeiro caderno, do ano de 1984, o tema EP. Durante sua trajetória, o CEBES realizou algumas publicações sobre a interface saúde-educação, denotando um significativo interesse pelo tema. O CEBES é uma entidade nacional que reúne uma diversidade de sujeitos políticos unidos pelo interesse no desenvolvimento social e na luta pela saúde. Além disso, a entidade desempenha o papel de uma arena de lutas no campo da Saúde, de forma ampliada, atuando nas diversas áreas da Saúde.

## 1.2 A ORGANIZAÇÃO DO MOVEPS – 1991 A 2002

Nos anos 90, notamos uma ofensiva neoliberal dos governos de Fernando Collor de Melo (1990-1992) e de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002). Inferimos que essa ofensiva enfraqueceu a participação dos conselhos de saúde<sup>5</sup>, construindo contraditoriamente o consenso de que a “fragilidade dos conselhos de saúde é expressão da falta de dinamismo de suas bases sociais” (STOTZ, 2005, p. 24). Além disso, Stotz (2005, p. 24) nos indica que,

a desmobilização social está associada ao desemprego estrutural, ao empobrecimento das classes trabalhadoras e ao clima político favorável à competição e ao individualismo. Um novo tipo de assistencialismo é implementado pelo Estado para aqueles incapazes de se manter no mercado de trabalho.

Diante dessas questões que, de fato, afetam a organização dos movimentos sociais entendemos que seja necessário um olhar atento sobre as estratégias de organização do MovEPS. Começamos com sanitarista Eymard Vasconcelos (2015) que expõe a trajetória de estruturação de um movimento social de profissionais de saúde denominado *Articulação*

---

<sup>5</sup> Entendemos que os conselhos são resultado do processo de institucionalização de diretrizes construídas no âmbito da RSB, algo semelhante ao processo que aconteceu com o MovEPS. Consoante Dantas (2014, p. 275), “de um modo ou de outro, estabelecido o fluxo geral participativo entre conferências e conselhos, em 1990, cabe dizer, acompanhando Stotz (2006), que a despeito da conquista, devidamente comemorada pelo Movimento Sanitário, o teor da participação presente no texto constitucional (1988), que deu base à legislação específica a que nos referimos, plasmou-se como algo aquém da concepção formulada no interior do projeto de Reforma Sanitária e expresso na 8ª CNS”.

*Nacional de Educação Popular em Saúde*, do início dos anos 1990, do qual ele fazia parte da coordenação. Este movimento foi articulado por profissionais de saúde ao perceberem

a grande distância entre a metodologia educativa praticada em experiências marcadas pela integração nos movimentos sociais e a metodologia privilegiada pelo Simpósio [III Simpósio Interamericano de Educação em Saúde, organizado pela União Internacional de Educação em Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, em 1990], voltada para o aperfeiçoamento de técnicas de difusão de conhecimento e de mudança de comportamento (VASCONCELOS, 2015, p. 29, grifos nossos).

O espaço produzido pela Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde para a integração dos movimentos sociais e reflexão de experiências concretizou-se no final de 1991 com o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde (ENEPS), realizado em São Paulo. Segundo Vasconcelos (2015, p. 29),

na ocasião e em outras, como encontros estaduais e várias reuniões realizadas por profissionais envolvidos com a questão, nota-se que, apesar da diversidade de modalidades de atuação presente, vão aos poucos delineando-se os contornos do que seria uma adequação da metodologia da educação popular para a atual conjuntura política e institucional.

O I ENEPS foi objeto de reflexão de outros sanitaristas. Por exemplo, temos os sanitaristas Stotz, David e Wong Un (2005) que analisam esse encontro como o marco da criação da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde enquanto um movimento social. Luciana Barone (2006, p. 72) apresenta em sua dissertação os objetivos desse movimento social, extraídos do seu primeiro Boletim, publicado em 1992:

Produzir novos espaços de divulgação e reflexão de experiências; criar infraestrutura institucional de suporte à Articulação; lutar para aprofundar a participação popular no SUS; aprofundar caminhos metodológicos e; contribuir para a formação de recursos humanos do SUS, na perspectiva de valorização do saber e da iniciativa popular.

Em entrevista realizada por Barone, durante a pesquisa de mestrado, em 2006, Vasconcelos relata que na reunião de elaboração do I ENEPS, em 1991, também propôs a criação de um grupo que ficou denominado de Comissão Nacional de Educação Popular em Saúde (CONESP). O grupo, além de restrito, “era o responsável pela organização das atividades, pelo recebimento das cartas e dos telefonemas, pela confecção dos boletins desde a escrita dos textos até sua confecção (custo, tamanho, tiragem, diagramação) e postagem, tanto que os boletins eram intitulados Boletins da CONEPS” (BARONE, 2006, p. 72).

Outro fato importante dos anos 1990, também presente na obra de diferentes autores, é a articulação da Rede de Educação Popular em Saúde (RedePop). “A Rede [RedePop] surgiu em 1998, como uma evolução da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde” (REDEPOP, p. 16). A RedePop foi forjada à margem do Estado e numa correlação de forças aproxima-se do Estado.



A articulação da RedePop aconteceu, de acordo com Eymard Vasconcelos (2017, p. 24, grifos nossos), da seguinte maneira:

Profissionais de saúde envolvidos em práticas de Educação Popular organizaram a Rede de Educação Popular em Saúde, com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços sanitários. Desde então, assistimos a **uma importante organização institucional do campo da Educação em Saúde**. Estruturaram-se encontros em vários estados, vários congressos de âmbito nacional dedicaram significativos espaços ao tema, criaram-se grupos acadêmicos e operativos, e aumentaram as publicações.

A articulação dos movimentos sociais de EPS em rede favoreceu a organização em direção à conquista por maior organicidade e constituição do MovEPS como força social, apesar de suas características fluídas. Para Stotz, David e Wong Um (2005, p. 7, grifos nossos),

as dinâmicas da Rede de Educação Popular em Saúde e, parcialmente, as da ANEPS, correspondem ao que tem sido descrito como a “Sociedade em Rede”, onde os fluxos de informação e os **contatos “fluídos”** são características marcantes. Estas “novas formas” de convívio social e de organização e articulação coletiva devem ser entendidas **como produto de desenvolvimentos e mudanças recentes**.

De acordo com Stotz, David e Wong Un (2005, p.7), “desde sua fundação a Rede tem demonstrado uma capacidade surpreendente de articulação, produção, geração de relações profissionais, pessoais e afetivas profundas, mesmo que fragmentárias, temporárias, e não-lineares – e, talvez, por isso, mais livres e prazerosas”. A RedePop surge como desdobramento de um contexto histórico de lutas sociais pela saúde em encontros estaduais, congressos nacionais entre outros espaços de discussão. No início da década de 200, apresentava-se com uma aparente dificuldade em promover a organicidade e abrangência do movimento devido à sua fluída estrutura de integração em rede. Sua trajetória rumo à organização do MovEPS enfatizou a ampliação do debate sobre EPS e suas experiências através de encontros, congressos e publicações.

Acerca das atividades de Educação em Saúde no final da década de 1990, Albuquerque e Stotz (2004, p. 264) ratificam que:

As atividades de educação em saúde são conduzidas, muitas vezes, de acordo com o programa da ocasião ou a epidemia em pauta (hoje é dengue, amanhã é diabetes, depois a vacinação dos idosos e assim por diante), sem preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com uma continuidade de ações junto à comunidade que trabalhe sua autonomia e conscientização.

Nesse período, Albuquerque e Stotz (2004, p. 265) constatam que o Estado delega a EPS “ao rol das ações ‘alternativas’”. De acordo com os autores (2004, p. 264-265, grifos nossos),

até o final da década de 90, o chamado Programa de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (IEC) representava a política oficial do Ministério da Saúde nesta área. Estava presente em todos os financiamentos, inclusive (ou

principalmente) os do Banco Mundial, enfatizando atividades de massa, como uma forma de garantir “maior impacto” das ações, delegando a educação popular em saúde ao rol das ações “alternativas”. O chamado **Projeto Nordeste** foi um instrumento de implantação dessa política nos estados da região, investindo em capacitação e produção de materiais educativos. Em Pernambuco, foi com os recursos do Projeto Nordeste que se iniciou a estruturação das ações de educação popular em saúde e a criação dos núcleos de educação popular em saúde. Foi um começo, mas, mesmo assim, ainda foi muito pequeno o número de profissionais capacitados quando comparado com o conjunto de trabalhadores do sistema.

Para compreender a delegação do Estado recorreremos, novamente, ao conceito de hegemonia gramsciano, entretanto, optamos pela definição presente na obra de Raymond Willians, *Marxismo e Literatura*. Na perspectiva de Willians (1979), a hegemonia é processo ativo que contempla uma organização mais ou menos adequada com um complexo de características e elementos dominantes, emergentes e residuais. Para o autor, as produções materiais e culturais tanto configuram como são configuradas pela hegemonia. Essa definição faz referência às forças ativas, unidas por uma complexa conexão de forças políticas, sociais e culturais. A hegemonia relaciona-se com todo o processo social e com a distribuição específica de poder e influência. Essa categoria hegemônica apresenta três variações: a dominante, a emergente e a residual. A residual seria aquela coisa que, numa nova ordem social, resiste a desaparecer porque algumas características ou elementos podem ser aproveitados como exemplos úteis ou que possam ser rechaçados e reprimidos. A emergente também possui relação semelhante a residual. A dominante sempre visa aliciar ou controlar o emergente e o residual. A totalidade das características e elementos, seja da hegemonia emergente ou da hegemonia residual, não é canalizada plenamente pela hegemonia dominante. No caso do Projeto Nordeste, a EPS atendia aos interesses da classe ou fração de classe dominante e foi cooptada como uma alternativa às políticas de saúde para a região nordeste, a fim de que o Estado brasileiro produzisse ações em massa para obtenção de financiamentos no setor da Saúde, inclusive do Banco Mundial (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Segundo Botelho (2018), apesar das eleições de governos comprometidos com as causas populares, nos anos 2000, na América Latina, a predominância, em grosso modo, da doutrina de economia política neoliberal requer que os movimentos sociais, em especial os movimentos sociais de EP e EPS, assumam o desafio de se reinventarem. Ao encontro dos movimentos sociais, detectamos no ano 2000, a criação do Grupo Temático de Educação Popular em Saúde (GT EdPop), durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Salvador, a partir da Oficina da RedePop pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (CRUZ *et al*, 2018).

### 1.3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO E A PÓS-INSTITUCIONALIZAÇÃO – 2003 A 2018

Na primeira década dos anos 2000, os movimentos populares ganharam espaço com a ascensão do governo do Partido dos Trabalhadores (PT), no cenário político brasileiro. A partir de 2003, no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, do PT, “passa a fazer parte da estrutura do Ministério da Saúde uma área técnica que torna os princípios teóricos, políticos e metodológicos acumulados e ainda a construção no campo da Educação Popular em Saúde, como orientadores de suas ações e de seu projeto político” (PEDROSA, 2007, p.13), começando com a criação de espaços institucionais como uma secretaria específica para a gestão participativa, tendo como primeiro secretário Sérgio Arouca. Apesar de grandiosa essa interpretação de Pedrosa (2007), podemos constatar que ela nos orienta sobre as estratégias deste governo para incorporar os intelectuais orgânicos do MovEPS e a institucionalização da EPS. Por exemplo, o movimento de construção de um espaço de interlocução entre os movimentos de EPS e a gestão do sistema. “Essa iniciativa apresentou-se como um desdobramento da intenção política do movimento de participar do SUS, expressa em 2002 pelos atores da Rede de Educação Popular em Saúde, por meio de uma carta ao Presidente recém-eleito” (BONETTI, 2017, p. 49). A intenção política de participar do governo favoreceu a construção de uma rede de movimentos sociais de EPS sob a tutela do Estado. No governo Lula, houve também a realização da 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde, espaços onde a EP foi discutida por diferentes atores.

No contexto de institucionalização da EPS, verificamos no governo Lula ações políticas que concederam maior organicidade à EPS. Conforme Albuquerque e Stotz (2004, p. 265),

hoje, o Ministério da Saúde reorganizou as ações de educação, criando o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGETES), no qual foi estruturada uma coordenação de educação popular que vem incentivando os movimentos e práticas de educação popular em saúde de todo o país.

Oswaldo Bonetti (2017) indica que entre as estratégias do governo Lula, no período de 2003, existe o apoio à constituição da “Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), como um espaço de interlocução entre movimentos sociais populares e gestão do sistema” (BONETTI, 2017, p. 49). Outro destaque seria o ano de 2008, no tocante ao processo de institucionalização da EPS, “quando os movimentos e os coletivos nacionais de EPS reivindicaram, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

(SGEP/MS), a qualificação e a interlocução com eles [os movimentos e coletivos nacionais de EPS e a SGEP/MS] e ampliasse o espaço de construção coletiva e de apoio institucional às experiências de EPS” (BONETTI, 2017, p. 49-50, grifos nossos). A ANEPS foi forjada com o apoio estratégico do Estado, tais como as condições materiais para a realização de encontros nacionais e estaduais de movimentos e práticas de EPS.

Além desses destaques, ocorreram outros nas décadas de 1990 e de 2000. Nesse período, à luz de Cruz e Vasconcelos (2017, p. 17-18), tem-se a perspectiva de que:

Partidos políticos comandados por antigos participantes de movimentos sociais e de práticas de Educação Popular passaram a assumir prefeituras, governos estaduais e, até, em 2003, o governo federal. Criou-se um espaço maior para que a participação dos movimentos sociais e da Educação Popular fosse incorporada mais intensamente como estratégias importantes de organização de políticas públicas.

No cenário das Universidades, simultaneamente aos acontecimentos na ordem política, estavam se estabelecendo os projetos de extensão universitária orientados pela EP. À medida que os projetos de extensão universitária foram conquistando espaço político e importantes repercussões no cotidiano das universidades, suas lideranças direcionaram o seu foco para a contestação do lugar alternativo das práticas de extensão universitárias orientadas pela EP. Sob o mesmo ponto de vista, Cruz e Vasconcelos (2017, p. 17-18) reiteram que:

Suas lideranças já não se contentavam em ser tolerados e até apoiados como práticas alternativas pontuais e começaram a reivindicar que essa forma de conduzir a extensão fosse priorizada na vida universitária. Assim, foi-se delineando, sob o conceito de “Extensão Popular”, uma proposta política e metodológica para isso acontecer. Com o surgimento, em 2005, da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop) — um movimento que aglutina estudantes, professores, técnicos e lideranças comunitárias envolvidos nessas propostas de extensão universitária — criou-se um importante ator político coletivo voltado para a luta pela valorização dos princípios da Educação Popular nas políticas de extensão.

A organização das práticas de “Extensão Popular” contribuiu para o surgimento da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP). Suas ações favorecem a realização de seminários, congressos e publicações de livros.

A participação dos movimentos coletivos em conjunto com a SGEP/MS favoreceram a instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) pela portaria nº 1.256, de 17 de junho de 2009, na segunda metade do segundo governo Lula. Entre os seus objetivos destacamos a participação na formulação e implantação da PNEPS-SUS e a colaboração na elaboração de estratégias de mobilização de movimentos, entidades e instituições com o intuito de garantir a construção democrática e descentralizada desta política social. Desde sua criação até a publicação da PNEPS-SUS, em 2012, o CNEPS esteve envolvido com a organização e mediação de encontros, seminários e palestras para debater a EPS.

Entre os anos de 2011 e 2016, Dilma Rousseff ocupou o cargo de Presidenta do Brasil, com um governo de centro-esquerda alinhado ao campo democrático e popular. Em seu governo, a EPS apresentou os seguintes passos em direção à sua institucionalização enquanto política pública de Saúde: A realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde em 2011; a aprovação da PNEPS-SUS pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em julho de 2012; a formalização da PNEPS-SUS através da Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, do MS; o início das atividades do EdPopSUS<sup>6</sup>, também em 2013; A publicação do *Marco de Referência de Educação Popular para as Políticas Públicas*, em 2014, com o seguinte objetivo:

Promover um campo comum de reflexão e orientação de práticas coerentes com a perspectiva metodológica proposta pela educação popular do conjunto de programas, projetos e políticas com origem, principalmente, na ação pública e contemplando os diversos setores vinculados a processos educativos e formativos das políticas públicas do Governo Federal (BRASIL, 2014, p. 15).

O art. 1º da Lei 8.142/90 disciplina *in verbis*,

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, **para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes**, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990, p. 1, grifos nossos).

Ciente de que o papel da Conferência de Saúde é “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”, partiremos para a construção de um panorama geral da EPS nas 12ª, 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde. As 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde aconteceram durante as gestões do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A 14ª aconteceu durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff. Inclusive, cabe destacar a menção dessas conferências no texto da Portaria nº 2.761/13 como favoráveis a instituição da PNEPS-SUS.

Com um texto bastante otimista, o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde registra o início do governo do Presidente Lula em 2003 e a entrada da participação no cenário como “uma ação política concreta” (BRASIL, 2004, p. 13). No relatório, verificamos que a EPS está presente em 5 dos 10 eixos temáticos. Verificamos as seguintes menções:

---

<sup>6</sup> No âmbito da PNEPS-SUS, o EdPopSUS é um Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde que oferece o “Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz” (EDPOPSUS, acessado em 13/05/2017).

Eixo temático III – A intersetorialidade das Ações de Saúde – onde versa sobre o desenvolvimento de uma política de educação popular e saúde; Eixo temático VI – Controle Social e Gestão Participativa – trouxe como diretriz geral a promoção da educação popular em saúde na divulgação dos direitos, capacitação de lideranças, baseada nos princípios fundamentais de cidadania, humanização e direitos relacionados com aspectos de gênero, orientação sexual, identidade sexual, etnia, raça e outros, e informando sobre o SUS, Conselhos de Saúde, conselhos gestores e conferências como instâncias do controle social do SUS; Eixo temático VII – O Trabalho na Saúde – aborda a educação popular no item gestão da educação em saúde, recomendando, além da criação de coordenações de Educação em Saúde nas três esferas de governo, a organização de núcleos e fóruns permanentes de EPS, visando à formação, à capacitação de grupos e/ou indivíduos e/ou comunidades para atuar e divulgar ações educativas, mostrando que a gestão do trabalho é competência dos ministérios da Saúde e da Educação; Eixo temático VIII – Ciência e Tecnologia e Saúde – incentiva as ações que fortaleçam a saúde e a educação popular; Eixo temático X – Comunicação e Informação em Saúde – que em suas diretrizes gerais aponta a realização, até 2005, da 1ª Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde, bem como a criação de comissões de comunicação, informação e EPS nos Conselhos de Saúde, garantindo interlocução com os demais conselhos. Além disso, verificamos o apoio e realização de pesquisas com movimentos sobre práticas de educação popular em saúde. Por fim, o fortalecimento dos fóruns permanentes que vem sendo criados e encontros anuais de educação em saúde, contemplando as práticas e movimentos de educação popular em saúde.

O relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde trouxe contribuições para a educação popular no eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde – onde indica que o MS e as secretarias estaduais e municipais devem, ao considerar a educação como elemento principal no processo de desenvolvimento social, implementar políticas e processos que possibilitem a formação de multiplicadores para a EP e a educação em saúde, fortalecendo a participação direta da sociedade na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde.

O relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde em suas diretrizes gerais de nº 2 e 6 propõe-se a fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, implementando processos de EPS, promovendo a defesa do direito à saúde, disseminando o conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, com destaque para a participação da comunidade. Também estimula a implementação do Plano Nacional de Educação Permanente

para os conselheiros de saúde e líderes comunitários, através da EP; Por fim, o relatório final sugere a execução da Política Nacional de Educação Popular.

Portanto, verificou-se que os relatórios finais das 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde discutiram amplamente a inserção da EPS no âmbito do SUS e a formação permanente em EP tanto para trabalhadores de saúde quanto os conselheiros e lideranças comunitárias. Além disso, os relatórios promoveram a defesa do direito à saúde, visando à disseminação do conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, priorizando a participação da comunidade.

Os acontecimentos rumo à institucionalização da EPS entre 2002 e 2013 colaboraram com a maior participação popular tanto no seio do Estado quanto na constituição do MovEPS, o que elevou o grau de organicidade e abrangência de sua luta social em função de sua trajetória enquanto um movimento social singular. Stotz entre outros autores ratificam que a EPS tem as características de um movimento social singular. Consoante Stotz (2005, p. 10),

[...] a Educação Popular e (em) Saúde não é um campo técnico-científico, mas um ‘movimento social’ singular, composto de pesquisadores, profissionais e técnicos do chamado setor saúde, e de ativistas, técnicos e lideranças dos movimentos e organizações sociais comprometidos em participar e ampliar os esforços de emancipação das camadas trabalhadoras do povo brasileiro. Trata-se de um movimento que, em sua heterogeneidade, participa de visões de mundo diferentes (cristianismo, humanismo e socialismo), mas compartilha a abordagem freiriana da educação.

Para entender a EPS como um movimento social singular levamos em consideração o fato de sua formação conter um conjunto de movimentos sociais, instituições, grupos sociais entre outros sujeitos coletivos articulados em uma “rede” heterogênea e fluída. A integração de movimentos sociais de maneira fluída torna-se um obstáculo para ampliação da rede de EPS, assim como dificulta a organicidade do movimento na luta social.

Isto posto passemos ao processo de formalização da PNEPS-SUS, em 2013. No entanto, seria um equívoco, a partir desse fenômeno, considerar que com a institucionalização da EPS via PNEPS-SUS, as forças populares conquistariam o poder como resultado de uma mudança na ordem política. Poulantzas (2000, p. 145) explica que “a existência das classes populares não se materializa no seio do Estado da mesma maneira que as classes e frações dominantes, *mas de maneira específica*”. Em primeiro lugar, para entender a “maneira específica” como as classes populares se materializam no seio do Estado, cabe refletir sobre o que as autoras Lúcia Neves e Marcela Pronko (2010) observaram na obra de Poulantzas acerca da natureza político-ideológica das políticas sociais no mundo contemporâneo. Segundo Neves e Pronko (2010, p. 102),

além de apreender com clareza o papel da aparelhagem econômica nas metamorfoses das relações sociais capitalistas em seu conjunto, nas décadas finais do século XX Poulantzas (1976; 1978; 1980) contribui decisivamente ainda para a compreensão da natureza político-ideológica das políticas sociais no mundo contemporâneo ao salientar o caráter de classe das ações econômicas estatais. Para ele, a contradição fundamental do conjunto da aparelhagem econômica consiste em ter de dar respostas aos interesses da classe dominante, em especial de sua fração hegemônica e, concomitantemente, responder às demandas polarizadas pela luta das classes exploradas.

Nessa lógica, pode-se afirmar que a PNEPS-SUS trata-se de uma política social na sociedade brasileira contemporânea, em princípio, com pouca interferência nas ações econômicas estatais. A institucionalização da PNEPS-SUS tem características de uma resposta à demanda polarizada pela luta das classes populares no campo da Saúde, especificamente, no campo da AB. Além disso, retomando o conceito de hegemonia de Gramsci, na ótica de Willians (1979), observa-se que a institucionalização da PNEPS-SUS se configura como mecanismo de cooptação desta hegemonia emergente com o objetivo de seu controle e, possivelmente, o seu enfraquecimento ou desfazimento enquanto política social. Esta hegemonia emergente apresenta-se como contra-hegemônica, logo, na perspectiva dominante, necessita estar sob controle ou extinta.

Em segundo lugar, entendemos que, de fato, ocorre uma estratégia política da classe dominante diante da inevitável e inescotável luta de classes no seio do Estado e para além dele, bem como as diferentes modalidades de presença efetiva das forças (massas) populares em determinados aparelhos de Estado. Para Poulantzas (2000, p. 154),

o Estado não é uma simples relação, mas a condensação material de uma relação de forças: ele possui uma ossatura específica que implica igualmente, para alguns de seus aparelhos, a exclusão da presença física e direta das massas populares em seu seio. Se elas, por exemplo, estão diretamente presentes em aparelhos tais como a escola, o exército de circunscrição nacional ou, na perspectiva de seus representantes, como as instituições eletivas, são fisicamente mantidas a distância de aparelhos tais como a polícia, a magistratura ou a administração.

“Em resumo, as lutas populares estão inscritas na materialidade institucional do Estado, mesmo se não se esgotam aí, materialidade que traz a marca dessas **lutas surdas e multiformes**” (POULANTZAS, 2000, p. 147, grifos nossos). Para compreender as lutas surdas e multiformes que envolvem o MovEPS e exemplificam as limitações na literatura, recorreremos à categoria da totalidade do método do materialismo histórico-dialético. Como disse Lukács:

a concepção dialético-materialista da totalidade significa, primeiro, a unidade concreta de contradições que interagem (...); segundo, a relatividade sistemática de toda a totalidade tanto no sentido ascendente quanto no descendente (o que significa que toda a totalidade é feita de totalidades a ela subordinadas, e também que a totalidade em questão é, ao mesmo tempo, sobredeterminada por totalidades de complexidade superior...) e, terceiro, a relatividade histórica de toda totalidade, ou



seja, que o caráter de totalidade de toda totalidade é mutável, desintegrável e limitado a um período histórico concreto e determinado (LUKÁCS apud BOTTOMORE, 2012, p. 596).

A categoria da totalidade torna-se um instrumento para a análise da integração dos fenômenos sociais e tende a contribuir com a compreensão de que não se deve negligenciar suas correlações, conflitos e contradições. Aprofundaremos a discussão sobre a categoria da totalidade e as lutas surdas e multiformes após as mudanças políticas na sociedade brasileira com o golpe parlamentar de 2016.

Em terceiro lugar, nota-se a fragilidade da relação de organicidade da PNEPS-SUS. Por exemplo, a facilidade de sua revogação a qualquer momento por se tratar de uma portaria. Todavia, a revogação de uma portaria exige que sejam respeitados os compromissos vigentes até o ato de revogação que poderá ocorrer em qualquer situação (GARCIA, 2013). O grau de organicidade de uma Lei é superior ao de uma portaria devido aos diferentes procedimentos para sua revogação.

Antes de aprofundarmos nas análises da integração dos fenômenos sociais, estabelecendo suas correlações, conflitos e contradições através de diferentes fenômenos orgânicos e de conjuntura, precisamos compreender a importância de uma das últimas ações do governo Dilma pela EP, o *Marco de Referência de Educação Popular para as Políticas Públicas*, publicado em 2014. Este marco de referência corrobora com as estratégias do governo Dilma de ampliação da participação dos princípios da EP nos processos de elaboração de políticas públicas. As experiências de EPS, que proporcionaram resultados significativos para a formação e o cuidado em saúde, estiveram mais vinculadas ao Estado a partir de 2003 com a formalização da ANEPS, e, com isso, tiveram disponíveis para o embasamento das justificativas para a construção deste marco de referência. A aplicação do marco de referência na elaboração de políticas públicas, após o golpe de 2016, tende a ocupar novamente o “rol das ações alternativas” (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

O impeachment da presidenta Dilma Rousseff estabeleceu uma ruptura entre as estratégias e as táticas de governo em relação à EP e à EPS. Vivenciou-se a saída de um governo de centro-esquerda, alinhado ao campo democrático e popular, e a entrada de um governo golpista, conservador e alinhado aos interesses capitalistas. Paulo Schönardie (2018, p. 40) corrobora que,

conjunturalmente é preciso ter presente as conturbadas e recentes mudanças nos cenários políticos latino-americanos. No Brasil é fato que o marco de referência e suas recomendações existem. A troca brusca de governo eleito e alinhado ao campo democrático e popular por governo conservador, pelo processo de impeachment, com características efetivas de golpe, provocou mudanças significativas para as possibilidades de a educação popular penetrar as políticas públicas.

No dia 12 de maio de 2016, imediatamente após receber a notificação do senado sobre o afastamento da presidenta Dilma Rousseff, o então vice-presidente, Michel Temer, assume, interinamente, o cargo de Presidente do Brasil, apesar dos indícios de golpe. No mesmo dia, Michel Temer anunciou 24 integrantes da sua equipe, entre eles, o então deputado federal do Partido Progressista (PP) do Paraná, Ricardo Barros, no cargo de ministro da Saúde (*O GLOBO*, 12 mai. 2016).

Na tentativa de entender as razões pelas quais um engenheiro civil de formação assume o cargo de ministro da Saúde encontramos a seguinte informação:

o ministro da Saúde, deputado federal licenciado Ricardo Barros (PP-PR) – que em entrevista divulgada nesta terça (17) pela Folha defendeu uma revisão do tamanho do SUS (Serviço Único de Saúde)–, teve a campanha eleitoral financiada em parte por um dos principais operadores de planos de saúde do país.

O empresário Elon Gomes de Almeida fez uma doação pessoal de R\$ 100 mil à campanha de Barros em 2014. Ele é presidente da Aliança, administradora de planos de saúde e registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), órgão regulador do setor e vinculado ao ministério de Barros.

Tratou-se do maior doador individual de Barros na disputa – ele arrecadou ao todo R\$ 3,1 milhões naquele ano.

[...]

A Folha apurou, e a assessoria de Almeida confirmou, que a Qualicorp – que se apresenta em seu site na internet como "a maior administradora de planos de saúde coletivos do Brasil" – é sócia da Aliança (*Folha de São Paulo*, 17 mai. 2016).

Confirmamos a presença da Qualicorp no grupo das principais financiadoras nas eleições de 2014, com o valor de R\$ 6.000.000,00 (seis milhões de reais) com base nos dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) (SCHEFFER e BAHIA, 2015). Portanto, podemos abonar que a fração de classe da burguesia capitalista nos segmentos das administradoras de planos de saúde tende a utilizar diferentes formas de financiamentos de campanhas eleitorais, ou seja, via empresas e doação pessoal do próprio capitalista.

Nota-se que a relação de poder se expressa em diferentes ações contrárias à participação dos princípios da EP nos processos de elaboração de políticas públicas, após o golpe parlamentar de 2016. Na narrativa de Schönardie (2018, p. 41),

o “novo” governo simplesmente extinguiu o Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã, então vinculado à Secretaria Nacional de Articulação Social e à Secretaria da Presidência da República, acabando com o setor responsável por acompanhar a implementação do marco de referência. As políticas públicas brasileiras seguem agora orientações político-ideológicas completamente antagônicas à educação popular, trilhando um caminho, “neo”-neoliberal, neoconservador e de restauração absoluta da hegemonia capitalista.

Isto anuncia para as forças populares do MovEPS a possibilidade de ações futuras que possam revogar ou reduzir a capacidade de produção material e cultural da Portaria nº 2.761 que formalizou a PNEPS-SUS. Essas ações geram mudanças no cenário político brasileiro

através de ações contraditórias sobre a manutenção da PNEPS-SUS com retrocessos nas conquistas sociais de movimentos sociais, entre eles o movimento da RSB. Por exemplo, uma ação que está relacionada é a aprovação da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 31 de agosto de 2017. Cabe questionar qual a relação da PNAB com a PNEPS-SUS? Para responder a essa pergunta, faremos uma síntese do contexto histórico, evidenciando os pontos que dialogam diretamente com a PNEPS-SUS.

A PNEPS-SUS, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, se refere a um dos tipos de política geral de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nessa mesma Portaria, a PNAB foi classificada no rol das políticas gerais de organização da atenção à saúde. Apesar de não apresentar alterações na PNEPS, nem na PNAB, essa Portaria de Consolidação altera várias políticas nacionais de saúde do SUS.

Ao continuar o exercício de estabelecer as relações entre essas políticas nacionais de saúde, percebemos, mediante um breve inventário histórico, que PNAB foi consolidada em 2006 como uma ideia de reorientação da atenção à saúde. De acordo com Vera Bornstein (2017, p. 34),

a ideia de reorientação da atenção à saúde é ainda mais consolidada na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), de 2006, entendida no sentido da substituição do modelo tradicional de assistência, com lógica biomédica, voltado para a cura de doenças e com ênfase na demanda espontânea, por outro modelo, centrado na promoção da saúde e na prevenção de doenças, com enfoque nas famílias em seus territórios, nos quais a determinação social da saúde pode ser mais bem entendida.

Para ampliar nossa perspectiva sobre o enfoque nas famílias, é preciso compreender a dinâmica do processo da Saúde da Família. O processo teve início por meio do Programa de ACS, em 1991. Em 1994, com uma estratégia mais abrangente, o MS estruturou a Saúde da Família com o Programa de Saúde da Família (PSF) que, entre outras diretrizes, definiu o ACS como o elo entre o SUS e a população (PAIM, 2009). Em harmonia com o Portal Educação,

atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização” (*Portal Educação*, 2019).

No começo do governo da Presidenta Dilma Rousseff, em 2011, aprovou-se a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisava a PNAB ao mesmo tempo em que ratificava a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) como a porta de entrada para a AB. Esta Portaria, sem dúvida,

atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB

acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil (BRASIL, 2012, p. 10).

No Anexo I da portaria nº 2.488 que versa acerca das disposições gerais sobre a AB, encontramos no tópico das especificidades da equipe de saúde da família a seguinte definição: “o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe” (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que formalizou a nova PNAB, promove mudanças na estrutura das equipes de ESF e nas equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), podendo apresentar reduções no número de ACS, a partir de 2020, devido à Emenda Constitucional nº 95, de dezembro de 2016 (EC95/16), que estabelece limites de gastos públicos com saúde e educação. As mudanças retiram a obrigatoriedade dos ACS nas respectivas equipes, bem como exclui o quantitativo mínimo e máximo desses trabalhadores. Isto ocorre devido à inclusão de um novo critério de definição do número de ACS por equipes. Consoante com essa portaria, “o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local” (BRASIL, 2017). Apenas ficou estabelecido o máximo de 750 pessoas por ACS.

Considerando que a saúde e a educação se enquadram nas despesas primárias, vejamos o que a EC95/16 legisla a respeito dessas despesas no Art. 107, §§ 7 e 8:

§ 7º Nos três primeiros exercícios financeiros da vigência do Novo Regime Fiscal, o Poder Executivo poderá compensar com redução equivalente na sua despesa primária, consoante os valores estabelecidos no projeto de lei orçamentária encaminhado pelo Poder Executivo no respectivo exercício, o excesso de despesas primárias em relação aos limites de que tratam os incisos II a V do *caput* deste artigo.

§ 8º A compensação de que trata o § 7º deste artigo não excederá a 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) do limite do Poder Executivo. (BRASIL, 2016)

Partimos da premissa de que com a consolidação da nova PNAB, via a Portaria nº 2.436, em conjunto com a EC95/16, tendem a reduzir o número de ACS a partir do exercício de 2020. Observe a Tabela 1:

Tabela 1 – Número de ACS nas equipes de ESF e nas equipes de EACS entre os anos de 2007 e 2019

Ano	Total*
2007	219.520
2008	234.692
2009	239.902

2010	249.735
2011	256.114
2012	259.460
2013	260.039
2014	267.207
2015	268.405
2016	267.728
2017	268.122
2018	266.509
2019	265.715

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES/DataSUS – 2019. Elaboração própria  
\*Valor estimado devido a inclusão das equipes de ESF – grupo 2 a partir de 2011

Percebe-se que entre os anos de 2007 e 2014 houve crescimento do número de ACS. Porém, entre os anos de 2015 e 2019 infere-se uma tendência à estagnação em seu crescimento. No entanto, resta a dúvida sobre quais impactos o orçamento de 2020 proporcionará ao cenário de contratações e demissões de ACS. Por outro lado, não resta dúvida de que os impactos atingirão, principalmente, com mudanças negativas, a continuidade da implementação da PNEPS-SUS e do desdobramento do EdPopSUS.

Diante da EC95/16 e da PNAB 2017 temos as condições materiais para contextualizar algumas mudanças negativas em vias de aparecer e se desenvolver na sociedade brasileira. Uma mudança é de natureza orçamentária devido ao congelamento dos gastos com saúde e educação, nos moldes da EC95/16. Outra mudança possível, e também permeada pela mudança orçamentária, será a restrição das autorizações para licença dos ACS para participação em cursos presenciais de qualificação, com a possibilidade de redução da equipe de ACS em função das mudanças trazidas pelas PNAB 2017. Isto se agrava com a instituição e manutenção do Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), em 2016, que iniciou dezenas de cursos na modalidade Ensino a Distância (EaD), em especial, os cursos para a formação dos trabalhadores ACS e Agente de Controle às Endemias (ACE). Retornaremos a discussão sobre o AVASUS no capítulo 3.

Outro ponto relevante na reconstrução da trajetória do MovEPS foi o seu papel desempenhado durante os governos Lula, Dilma Rousseff e Michel Temer. Apesar das diferentes relações de forças durante cada governo o percurso foi rumo à institucionalização. No governo Lula o desejo de institucionalização foi atendido. O equilíbrio instável das relações de forças no seio do Estado contribuiu para o prolongamento do processo de institucionalização e enfraquecimento da resistência, apesar da realização de encontros, seminários, palestras, grupos de trabalhos etc. que foram verdadeiras arenas de lutas onde a

estratégia do MovEPS tinha como objetivo a institucionalização sem se afastar dos trabalho de base, ou melhor, mantendo-se na planície, segundo Stotz (2014). Como resultado dessa estratégia, podemos listar a formalização da ANEPS sob a tutela do Estado e a instituição do CNEPS. No governo de Dilma Rousseff, o MovEPS, enquanto força popular, ocupou-se além da institucionalização, com ações pós-institucionalização, ou seja, como a implementação do EdPopSUS, da Extensão Universitária e o aumento da produção de conhecimento. No governo de Temer, identificou-se uma ruptura na trajetória do MovEPS em conjunto com a sua redução de “poder” no seio do Estado. Nicos Poulantzas (2000, p. 156),

que as massas populares devem, paralelamente a sua eventual presença no espaço físico dos aparelhos de Estado, manter e desenvolver permanentemente focos e redes a distância desses aparelhos: movimentos de democracia diretamente na base e rede de autogestão. Mas estes não se situam, por mais que visem aos objetivos políticos, nem fora do Estado nem, de qualquer maneira, fora do poder, conforme as ilusões simplistas de uma pureza antiinstitucional.

Entende-se que o MovEPS se inseriu diretamente nos aparelhos de estados sem forjar, de forma organizada, redes de autogestão e, simultaneamente, não conteve os esforços para se materializar nos espaços físicos desses aparelhos. Além disso, os movimentos de democracia, diretamente na base, que aconteceram após a institucionalização, tiveram, em sua maioria, a tutela do Estado através de diferentes maneiras de cooptação e controle.

O cenário político brasileiro na contemporaneidade diverge do cenário quando o MovEPS iniciou sua institucionalização, distanciando-se de características basilares do movimento como a autonomia e a resistência. De fato, ao analisar a atual conjuntura política brasileira nota-se não apenas os retrocessos a partir de mudanças como a extinção de aparelhos de Estado vinculados à EP, a EC95/16 e a nova PNAB 2017, principalmente, em relação aos governos de Lula e Dilma Rousseff, como também se nota o deslocamento do poder real de um aparelho para outro. Em uma situação hipotética, revolucionária, a explicação de Poulantzas (2000) para o deslocamento do poder real iniciaria com a inexistência de um duplo poder no seio do Estado, ou seja, um poder da burguesia e um poder das massas populares. Conforme Poulantzas (2000, p. 145),

se esse poder das classes populares no seio de um Estado capitalista inalterado é impossível, isso acontece não apenas em razão da unidade do poder de Estado das classes dominantes, que deslocam o centro do poder real de um aparelho para outro tão logo a relação de forças no seio de um deles pareça oscilar para o lado das massas populares, mas também em razão do arcabouço material do Estado. Esse arcabouço consiste em mecanismos internos de reprodução dominação-subordinação: ela assegura a presença de classes dominadas em seu seio, embora exatamente como classes dominadas.

Em resumo, tratamos de uma reconstrução interessante sobre a trajetória do MovEPS, desde sua constituição como movimento de resistência, em seguida, o processo de

institucionalização até o momento pós-institucionalização enquanto política pública, e, com efeito, descreve a institucionalização da EPS enquanto política pública e sinaliza alguns pontos das estratégias e táticas de luta de classes desse movimento social singular. Portanto, passaremos para o próximo capítulo, para compreendermos a trajetória das operadoras de planos privados de assistência à saúde e aprofundarmos-nos em nossa pesquisa.

## **CAPÍTULO II - A TRAJETÓRIA DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM DIREÇÃO À ATENÇÃO BÁSICA**

A reconstrução da trajetória das operadoras de planos privados de assistência à saúde tem por objetivo evidenciar o desenvolvimento de uma agenda da iniciativa privada, a fim de assegurar a proteção e expansão de seus respectivos interesses econômicos e institucionais durante a história da assistência à saúde no Brasil. As operadoras de planos privados de assistência à saúde fazem parte das multifacetadas formas de expressão da iniciativa privada na sociedade civil, sobretudo, na concretude da luta de classes no setor da saúde, e, no caso desse estudo, mais especificamente, na área da AB.

Por razões didáticas, construímos uma estrutura para a reconstrução de uma complexa, contraditória, conflituosa, porém, coordenada marcha das operadoras de planos de saúde em direção à AB de encontro aos interesses dos movimentos sociais em defesa do SUS, entre eles o MovEPS. A primeira parte refere-se ao breve inventário histórico dos planos de saúde até a criação da ANS, em 28 de janeiro de 2000, sob a lei 9.961; a segunda parte discorre sobre o contexto político e a organização dos planos de saúde enquanto força social e política; e a terceira parte reúne diferentes experiências de quatro operadoras de planos de saúde acreditadas na pela ANS em direção à AB.

### **2.1 INVENTÁRIO HISTÓRICO**

Ao longo do século passado, concomitantemente, à saúde pública, à medicina previdenciária e à saúde do trabalhador (que integravam a política estatal), coexistia a medicina liberal com ampla autonomia profissional. Tal autonomia foi sendo, gradativamente, reduzida diante à influência da ampliação da utilização de equipamentos e meios de diagnósticos e de tratamento, inclusive o aumento exponencial dos custos da assistência. Com a redução da autonomia do trabalhador médico, além de médico liberal em seu consultório, o mesmo se torna empregado de organizações estatais ou privadas. Em seu consultório, o médico passa a atender pacientes de convênios ou planos de saúde com regras estabelecidas. As mudanças na autonomia favorecem a substituição da medicina liberal pela medicina empresarial (PAIM, 2009). Os planos de saúde não existiam no Brasil antes da década de 70, do século passado, no entanto, estavam por via de existir mediante a implantação da medicina empresarial e a medicina de grupo, respectivamente, nessa ordem.



A medicina empresarial tem registros desde a década de 1940, com “a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), e possibilitava a assistência médica desses trabalhadores e familiares, independentemente do atendimento no IAPB [**Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários**]” (PAIM, 2009, p. 37, grifos nossos). Semelhantemente, a medicina empresarial contribuiu para o surgimento de novas assistências médicas privadas em outros segmentos de trabalhadores, passando por transformações nas quais emergiram, entre outras modalidades assistenciais, os “planos de autogestão” (PAIM, 2009, p. 37).

A redução de recursos na saúde pública por parte dos governos militares nas décadas de 60 e 70 resultava na demora no atendimento dos trabalhadores das empresas, o que contribuía para o afastamento do trabalhador dos meios de produção, ocasionando queda na produção e, conseqüentemente, na taxa de lucro. De acordo com Paim (2009, p. 37), “algumas grandes empresas contrataram serviços da medicina de grupo, evitando que seus trabalhadores procurassem a assistência médica da previdência social e, em contrapartida, sendo dispensadas de pagar parte de suas contribuições previdenciárias”. Na narrativa de Paim (2009, p. 32),

*a medicina de grupo constituía um tipo de empresa médica que prestava serviços a uma grande empresa industrial ou de serviço, mediante pré-pagamento, contando inicialmente com um estímulo do governo, que dispensava parte das contribuições da previdência social. Enquanto isso, os primeiros governos militares reduziram, ainda mais, os recursos destinados à saúde pública.*

Simultaneamente ao advento da medicina de grupo, que foi criticada e denunciada pela Associação Médica Brasileira pelo “empresariamento da medicina”, surgiram as cooperativas médicas. A condensação das lutas ideológicas entre essas duas frações de classe no seio do Estado, a fração da medicina de grupo e a fração das cooperativas médicas, teve como resultado o funcionamento desta última de forma equivalente ao da medicina de grupo (PAIM, 2009).

Neste período entre os anos 1960 e 1970, apenas os brasileiros vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais cidadãos restavam opções de pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Por exemplo, as ações da Pastoral da Saúde mencionada no capítulo I. Infere-se que, naquela época, o direito à saúde ainda não se vinculava à condição de cidadania, conseqüentemente, cada cidadão tornava-se responsável por resolver os seus problemas de doenças e acidentes, juntamente com os de seus familiares (PAIM, 2009).

De acordo com Paim (2009, p. 38),

Na passagem da década de 1970 para 1980, foram se desenvolvendo as empresas de seguro saúde, vendendo distintos planos de saúde no mercado. Essas modalidades de medicina empresarial – autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde – constituíram o Sistema de Assistência Médica Suplementativa (Sams), conhecido como setor de saúde suplementar, espaço de crescimento da iniciativa privada no Brasil. Todas essas modalidades são baseadas no pré-pagamento, ao contrário da medicina liberal, que se caracteriza pelo pagamento do próprio bolso no momento da prestação do serviço, compondo o chamado Sistema de Desembolso Direto.

Para compreender a estratégia de deslocamento de poder da classe dominante no setor da saúde, precisamos partir da premissa de que, até a década de 1980, a iniciativa privada não atuava diretamente na AB, apesar do marco internacional da Conferência Internacional de Alma-Ata sobre APS. O que pode ter contribuído para fortalecer na saúde pública o senso comum de que o SUS é para os pobres. Por esse ângulo, torna-se necessário, por ora, expor os Artigos 196 e 199 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF88), que balizaram a reconstrução da trajetória dos planos de saúde em direção à AB e do deslocamento de poder. Segue o texto da CF88 sobre os Artigos 196 e 199, respectivamente,

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

[...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

O Art. 196 ratifica a luta de classes no seio do Estado através do embate entre as forças populares e a iniciativa privada nas arenas de lutas como a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. A Abrasco e o Cebes saíram em defesa de uma assistência à saúde universal e pública no Brasil, tendo a saúde com um direito do povo e dever do Estado. Esse artigo coloca um fim ao modelo excludente que vigorava na assistência à saúde. A partir da promulgação da CF88, todo sujeito político tem direito a saúde, sendo dever do Estado. Por outro lado, uma estratégia da classe dominante, trazida pela CF88, concretiza-se na manutenção da assistência à saúde livre à iniciativa privada no Art. 199. Certamente a base legal para uma estratégia de expansão dos interesses da classe dominante.

Tanto as classes populares quanto as frações de classe dominante passaram a depender de leis e recursos para a sua concretude no campo da saúde. No equilíbrio instável das relações de forças, o lado da classe popular enfrenta muitos obstáculos para o acesso à assistência à saúde por causa da ausência de leis e equipamentos públicos de saúde, ao mesmo tempo em que carrega o estigma de que o SUS é para pobres e os planos de saúde e hospitais privados são para ricos. Por exemplo, a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que legisla, para além do SUS, “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, *caput*) que abrangem os setores público e privado. Acontece que o setor privado estava mais estruturado do que o público devido à crescente redução das despesas no setor de saúde pública. As frações de classe dominante no campo da saúde suplementar foram contempladas com um período de limitadas regulamentações e restrições para as diferentes modalidades de medicina empresarial. Uma característica dos governos neoliberais da década de 90 do século passado.

A criação de um modelo regulador nos governos do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) é resultado da reforma de Estado de seu governo. Num primeiro momento, a criação de um modelo regulador do governo FHC priorizou a criação das agências reguladoras relacionadas com a privatização e a quebra do monopólio de Estado em setor como o de energia elétrica, de telecomunicações e de petróleo. No segundo momento, o foco do governo foi relacionado à busca de melhor eficiência e modernização do aparelho de Estado em setores mais competitivos, com o intuito de resguardar os interesses dos cidadãos, tais como os interesses referentes à vigilância sanitária e a saúde suplementar. Nesse momento foram criadas as agências reguladoras ANS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculadas ao MS. O terceiro e último momento de criação das agências reguladoras foi marcado por uma mistura de finalidades e áreas de atuação representando a perda de referencial de regulação de mercado (PÓ; ABRUCIO, 2006). Para Pó e Abrucio (2006), a principal característica foi o repasse da execução de atividades antes estatais para o setor privado, que, apesar de desdobramentos como a ampliação dos espaços democráticos, não chegou aos cidadãos.

A promulgação da lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” (BRASIL, 1998) abriu o caminho para a construção de um aparelho de Estado, a ANS. Teoricamente, esse aparelho de Estado tem como finalidade defender o interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras do setor. A ANS criada com a promulgação da lei 9.961, em 28 de janeiro de

2000, é resultado da conversão da Medida Provisória nº 2.012, de 1999, em lei. Atualmente, a ANS define 8 modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde, a autogestão, a cooperativa médica, a filantropia, a medicina de grupo, a seguradora especializada em saúde, a cooperativa odontológica, a odontologia de grupo e a administradora de benefícios. Podemos verificar na Tabela 2, por exemplo, o quadro de operadoras com registro ativo tendo como parâmetro o registro da modalidade por região sede da operadora.

Tabela 2 – Modalidade de operadoras com registro ativo segundo região da sede

Modalidade	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Total
Autogestão	7	23	81	28	24	163
Cooperativa Médica	15	35	156	60	26	292
Filantropia	1	0	32	8	0	41
Medicina de Grupo	4	26	177	41	16	264
Seguradora Especializada em Saúde	0	0	9	0	0	9
Cooperativa Odontológica	6	21	57	15	6	105
Odontologia de Grupo	7	42	113	24	10	196
Administradora de Benefícios	2	7	120	8	12	149
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>154</b>	<b>745</b>	<b>184</b>	<b>94</b>	<b>1.219</b>

Fonte: ANS – Período Mar/2019

Observa-se que a região sudeste concentra, aproximadamente, 61% das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Por outro lado, as regiões norte e centro-oeste somadas totalizam 11% das operadoras.

Para entender as lutas surdas e multiformes precisamos analisar a conjuntura política, entre os anos de 2000 e 2018, desde a criação da ANS até os primeiros desdobramentos da nova PNAB de 2017, reconstruindo o processo de organização dos planos de saúde enquanto força social, política e econômica.

## **2.2 A CONJUNTURA POLÍTICA E A ORGANIZAÇÃO DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS ASSISTÊNCIA À SAÚDE ENQUANTO FORÇA SOCIAL E POLÍTICA (2000-2018)**

Com a criação da ANS surge um novo aparelho de Estado, porém, sem contemplar a participação popular. Nesse aparelho de Estado, verificou-se o movimento real das relações de forças em defesa de interesses públicos e privados na assistência à saúde suplementar, sobretudo os interesses do setor privado. Diante das atribuições da ANS como “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde” (BRASIL, 2000), constitui-se um movimento de luta pelo controle hegemônico da assistência à saúde suplementar e, posteriormente, em direção à AB. Partimos da premissa de que a dominação deste aparelho tem como elemento de coesão o poder econômico das frações de classe dominante no campo da saúde suplementar. A ANS também pode ser definida, numa análise de situações de relações de força, como expressão de um movimento orgânico na ordem política.

Na conjuntura política, pondera-se que durante a primeira década desse século muitos embates ocorreram no setor da saúde suplementar, e, infelizmente, na maioria deles os interesses da classe dominante prevaleceram diante dos interesses da classe trabalhadora. Não apuramos a presença de representação da força popular na ANS desde sua criação. Entretanto, reconhecemos que algumas ações do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), que participa da câmara de saúde suplementar da ANS, ocorreram em defesa do cidadão. Citamos como exemplo a ação civil pública contra a metodologia de reajustes de planos de saúde da ANS. Além da ausência da participação popular na ANS, apercebemos o *lobby* por meio do financiamento de campanhas eleitorais com a finalidade de atender aos interesses do empresariado, excluídos os interesses da população. Segundo Scheffer e Bahia (2013, p. 102),

o lobby das empresas de planos de saúde, por meio do financiamento de campanhas eleitorais, não só exclui os interesses sociais e coletivos de saúde da população como também cria dificuldades às tentativas de transformação do sistema de saúde brasileiro com vistas à correção de iniquidades.

Abordamos no capítulo anterior o fato do ex-deputado federal, Ricardo Barros, que teve sua campanha financiada, em partes, por um capitalista do setor de saúde suplementar e, imediatamente após o golpe parlamentar, ter sido nomeado Ministro da Saúde. O poder econômico e os interesses da iniciativa privada permeiam os interstícios do Estado. Cabe ressaltar que o conjunto das operadoras de planos de saúde, ao se inserir na ordem política, ou seja, na superestrutura, consegue, com os seus elementos de coesão (recursos financeiros, *lobby* político etc.), intervir e ampliar o seu poder na esfera política. Entre suas estratégias está a obtenção de apoio dos congressistas que se tornam aliados na luta hegemônica e votam a favor dos interesses desta fração de classe, ou seja, as operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Em artigo mais recente, os autores Scheffer e Bahia (2015) analisam a relação entre os planos de saúde e as eleições. No que tange aos financiamentos de campanhas eleitorais, atenta-se ao aumento exponencial do valor de recursos doados entre as eleições de 2002 e 2014, conforme registra a Tabela 3.

Tabela 3 – N° de empresas de planos de saúde e recursos doados nas eleições de 2002 a 2014

Eleições	N° de empresas de planos de saúde	Recursos doados (em R\$)	Valores corrigidos (IPCA-dezembro 2014)	Variação % entre os períodos eleitorais
2002	15	839.000,00	1.704.987,19	Referência
2006	62	7.138.208,18	11.135.251,42	553,10
2010	49	11.834.436,69	15.128.446,82	35,86
2014	40	54.902.441,22	54.902.441,22	262,91

Elaboração: Scheffer e Bahia. Fonte TSE (\*até 20/01/2015)

A tabela 3 contém dados elementares para o exercício dialético em busca de compreender as relações de forças e as relações de poder no campo da AB. No entanto, esses dados precisam ser correlacionados com a série histórica da quantidade de beneficiários de planos de saúde, considerando as taxas de crescimento e a conjuntura econômica e política. As tabelas 4 e 5 apresentam, respectivamente, as séries históricas da quantidade de beneficiários de planos de saúde e da taxa de crescimento do número de beneficiários entre os anos de 2008 e 2018.

Tabela 4 – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos	Total
Dez/2008	41.468.019	11.061.362	52.529.381
Dez/2009	42.561.398	13.253.744	55.815.142
Dez/2010	44.937.350	14.514.074	59.451.424
Dez/2011	46.025.814	16.669.935	62.695.749
Dez/2012	47.846.092	18.538.837	66.384.929
Dez/2013	49.491.826	19.561.930	69.053.756
Dez/2014	50.447.416	20.356.898	70.804.314
Dez/2015	49.217.060	21.161.714	70.378.774

Dez/2016	47.625.048	21.591.252	69.216.300
Dez/2017	47.189.477	22.831.220	70.020.697
Dez/2018	47.340.503	24.201.584	71.542.087

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS  
Dados atualizados até 02/2019

Tabela 5 - Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez/2008	5,5	20,7
Dez/2009	2,6	19,8
Dez/2010	5,6	9,5
Dez/2011	2,4	14,9
Dez/2012	4	11,2
Dez/2013	3,4	5,5
Dez/2014	1,9	3
Dez/2015	-2,5	3,8
Dez/2016	-3,3	1,8
Dez/2017	-1	5,7
Dez/2018	0,3	7,4

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS  
Dados atualizados até 02/2019

Observa-se que as oscilações das taxas de crescimento do número de beneficiários em planos privados, exclusivamente odontológicos, foram sempre positivas e não seguem um padrão. Sobre as taxas de crescimento do número de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, convêm enfatizar que, entre os anos 2008 e 2014, foram sempre positivas, apesar da redução da taxa de crescimento a partir de 2012; entre 2015 e 2017, os indicadores da taxa de crescimento foram negativos; e, em 2018 o resultado foi próximo de 0 (Zero). Apesar dessas oscilações, precisamos avaliar os efeitos a médio prazo.

Entre as atribuições da ANS está a cobrança referente aos atendimentos de beneficiários de planos privados de saúde que utilizam, no SUS, alguns dos serviços de saúde que a operadora do plano de saúde deveria realizar, definida como receita de contraprestações. Ao analisar a receita de contraprestações por grupo de modalidade, observamos que,

majoritariamente, os planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia, movimentam a economia do setor de assistência à saúde suplementar em detrimento da parcela de participação dos planos privados exclusivamente odontológicos. A Tabela 6 expõe os dados históricos sobre a receita de contraprestações por grupo de modalidade, entre os anos de 2008 e 2018 da ANS.

Tabela 6 – Receita de contraprestações por Ano segundo Grupo de Modalidade (2008 – 2018)

Ano	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas	Total
2008	59.280.249.464	1.152.920.523	60.433.169.987
2009	64.405.031.007	1.324.150.797	65.729.181.803
2010	72.581.477.427	1.674.388.586	74.255.866.012
2011	82.327.660.910	2.039.537.868	84.367.198.778
2012	92.928.354.149	2.287.724.952	95.216.079.102
2013	106.532.139.791	2.501.573.734	109.033.713.525
2014	123.820.558.668	2.741.764.347	126.562.323.016
2015	140.351.351.292	2.965.627.954	143.316.979.247
2016	158.507.248.501	3.059.627.552	161.566.876.053
2017	176.041.917.692	3.262.076.982	179.303.994.674
2018	192.070.013.663	3.547.960.352	195.617.974.015
<b>TOTAL</b>	<b>1.268.846.002.565</b>	<b>26.557.353.648</b>	<b>1.295.403.356.212</b>

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS  
Dados atualizados até 02/2019

Com base nos dados econômico-financeiros do setor de assistência suplementar à saúde, publicados pela ANS (2017), o jornal *Valor Econômico* publicou a seguinte matéria:

o faturamento das operadoras de planos de saúde aumentou 12,8%, para R\$ 158,3 bilhões, em 2016. Os custos, por sua vez, cresceram 14,4% para R\$ 125,5 bilhões, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O setor encerrou o ano passado com lucro de R\$ 6,2 bilhões, o que representa um crescimento de 70,6% quando comparado a 2015.

O resultado final foi impactado fortemente pelo desempenho das operadoras de autogestão -- que tinham apurado prejuízo por dois trimestres em 2015, mas registraram lucro nesses dois mesmos trimestres em 2016. As seguradoras de saúde registram um lucro 14% maior e as empresas de medicina de grupo apuraram queda de 11,4% (*Valor Econômico*, 12 de jun. 2017).

Como explicar os indicadores negativos da taxa de crescimento do número de beneficiários em planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia, entre 2015 e 2017? A busca por uma resposta exige uma reflexão sobre o contexto econômico-social da



sociedade brasileira neste período. Diante das informações econômico-financeiras do setor, consideramos que os indicadores negativos têm correlação com o aumento da taxa de desemprego (taxa de desocupação) no período, o que, por conseguinte, ocasionou a apuração negativa da modalidade medicina de grupo. Para ilustrar a taxa de desocupação, observe a Imagem 1.

Imagem 1 – Taxa de desocupação das pessoas de 14 anos ou mais,



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua mensal

Então surge outra pergunta: Como foi possível, apesar do aumento do desemprego e da redução do número de beneficiários, auferir lucro? É preciso sinalizar que a modalidade medicina de grupo registrou queda na taxa de lucro. Essa modalidade foi a mais afetada pelo aumento do desemprego devido a suas relações de clientelismo com as grandes e médias empresas. Por outro lado, o corte orçamentário no rendimento das famílias devido à crise econômica e ao desemprego favoreceram a migração para planos mais baratos, tais como os planos coletivos e os de coparticipação (*Estado de Minas*, 31 de mai. 2015), o que mitiga o impacto do desemprego para outras modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde em curto prazo de tempo. Essa nova questão também requer uma análise sobre o processo de organização dessas frações de classe, formando uma representativa força social e política articulada em rede.

As operadoras de planos de saúde estiveram próximas ao longo dos anos. A proximidade foi possível via o Sistema de Assistência Médica Suplementativa (SAMS). Na contemporaneidade, deparamos com redes organizadas de capitalistas do setor de saúde suplementar como a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), o Instituto Coalizão Saúde e a CNS. Diante do objetivo desta pesquisa analisaremos as duas primeiras redes mencionadas, a FENASAÚDE e a ANAB.

A FENASAÚDE, constituída em 2007, representa 16 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, totalizando 19 empresas. Entre os grupos, encontram-se a Amil Assistência Médica Internacional (AMIL) e Unimed Seguros Saúde (FENASAÚDE, 2019). Organicamente, desde 2015, a FENASAÚDE organiza fóruns de saúde suplementar com o objetivo de integrar esses grupos de operadoras formando uma força social e política. A Tabela 7 pode clarear as reflexões sobre a trajetória dos planos de saúde em direção à AB.

Tabela 7 – Fóruns de Saúde Suplementar organizados pela FENASAÚDE, temas e principais propostas

Ano	Temas	Principais propostas
1º Fórum – 2015	Sobrevivência do setor de saúde Suplementar: Propostas, metas e responsabilidades	Redução de custos; organização da assistência e remuneração com foco na atenção integrada (Projeto piloto com idosos em Copacabana); viabilizar novos produtos como VGBL Saúde (uma opção de previdência privada para saúde).
2º Fórum – 2016	Futuro dos Planos de Saúde	Organização da Assistência e da Remuneração; Papel da APS e da medicina da família.
3º Fórum – 2017	Encontrar soluções: é hora de agir a favor da Saúde Suplementar	Redução de custos; ações imediatas para o equilíbrio financeiro; novo modelo de remuneração com controle de fraudes e transparência de dados.
4º Fórum – 2018	O desafio da eficiência em saúde: um debate inclusivo	Apresentação e debate sobre o modelo da APS americano comparado ao brasileiro; Construção de estratégias de como fortalecer a APS nos planos de saúde; Integrar plataformas de informações de atenção à saúde.

Elaboração do autor - Fonte: FenaSaúde – acessado em 14/02/2019

De acordo com caderno especial do 1º Fórum da Saúde Suplementar, publicado pelo Núcleo de Projetos Especiais de Publicidade do Estadão, com o patrocínio da FENASAÚDE, participaram dos fóruns representantes do setor, de órgãos governamentais, participantes nacionais e internacionais da cadeia produtiva da saúde, como médicos e hospitais (*Estadão*,

02 dez. 2015). Observou-se que não há a participação de qualquer força popular. Isto se repete nos três fóruns seguintes.

A ANAB, criada em 2010, atualmente representa 29 Administradoras de Benefícios, entre elas a Qualicorp. Em novembro de 2014, a ANAB organizou o 1º Fórum Brasileiro das Administradoras de Benefícios, na cidade de São Paulo. Segundo fala do então presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), Florisval Meinão, a tônica dos debates versava sobre o fato dos custos subirem mais a cada ano (APM, 05 de dez. 2014). Em outubro de 2015, também na cidade de São Paulo, a ANAB realizou o 2º Fórum Brasileiro das Administradoras de Benefícios. O tema central foi o impacto da crise econômica nos planos de saúde coletivos por adesão e empresariais e os novos rumos da saúde suplementar (ANAB, 2019). Os dois fóruns foram para convidados e representantes da ANS. Não encontramos registros de outros fóruns como esses após 2015.

De acordo com Liguori (2017, p. 272),

Gramsci afirma a necessidade de ‘um estudo de como se organiza de fato a estrutura ideológica de uma classe dominante: isto é, a organização material voltada para manter, defender e desenvolver a ‘frente’ teórica ou ideológica’, a ser realizada, de maneira realista, em escala local. Tal estudo deveria remeter, em primeiro lugar, à imprensa e às editoras: ‘editoras [...], jornais políticos, revistas de todo tipo, científicas, literárias, filológicas, de divulgação etc., periódicos diversos até os boletins paroquiais’.

Diante da situação de crise econômica no setor da saúde suplementar, verificamos como se organiza a “estrutura ideológica de uma classe dominante”, por meio da aliança entre as redes, FENASAÚDE e ANAB. Esta aliança favoreceu a utilização da Folha de São Paulo como aparelho ideológico. Em novembro de 2017, a Folha de São Paulo organizou o 1º Fórum Saúde Suplementar com o tema ‘*O futuro da saúde suplementar: como superar a crise?*’. A resposta para essa pergunta seria o enfoque da APS pelas empresas do setor de saúde suplementar (Folha de São Paulo, 23 de nov. 2017). Em dezembro de 2018, a Folha de São Paulo realizou o 2º Fórum Saúde Suplementar. Entre as propostas, inferimos que a medicina da família é a aposta de planos de saúde para reduzir custos.

A organização das operadoras enquanto força social e política podem ser mensuradas através das experiências das mesmas na implantação da AB nos planos de saúde como opções de saída da “crise econômica”. Não obstante, essas experiências indicam que as empresas do setor de saúde suplementar estão construindo condições materiais para suprir a demanda dos usuários do SUS. Principalmente, após a publicação da PNAB 2017. A seguir analisaremos algumas experiências nesta temática para melhor exemplificar.

### **2.3 EXPERIÊNCIAS DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM DIREÇÃO À ATENÇÃO BÁSICA**

Elencamos quatro diferentes trajetórias, três operadoras de planos de saúde e uma de administradora de benefícios, respectivamente, Usisaúde, Amil, Unimed(s) e Qualicorp, para ilustrar como caminhos diversos convergem para o mesmo fim, ou seja, para a AB. A compreensão das trajetórias como estratégias de luta de classe corrobora com essa pesquisa.

A operadora de planos de saúde - Usisaúde, constituída em 1990, é a terceira das sete unidades da Fundação São Francisco Xavier (FSFX). A FSFX foi fundada, em dezembro de 1969, como o braço social da Usiminas, uma usina siderúrgica mineira instalada na cidade de Ipatinga-Minas Gerais (MG).

Embora não se intente aprofundar na análise dos pormenores de cada operadora, é preciso mencionar que o autor viveu os primeiros dezoito anos de sua vida, ininterruptamente em Ipatinga, aonde regressa para visitar os familiares várias vezes ao ano, desde sua saída para estudar Ciências Sociais. Portanto, a descrição do processo de constituição da operadora de planos de saúde Usisaúde será sob a perspectiva de um filho de trabalhador da Usiminas, atualmente aposentado, mas ainda cliente do plano de saúde Usisaúde.

Durante a construção da Usiminas, com o apoio do poder público, em especial, o governo “desenvolvimentista” de Juscelino Kubitschek (1956-1961), elaborou-se um projeto urbanístico de construção de uma cidade com estrutura para os trabalhadores e seus familiares. A Usiminas, naquela época, era estatal. Investiu-se em saneamento básico em todos os bairros de operários (previamente planejados e distribuídos por tipo de função desempenhada pelo trabalhador que comprava o lote ou casa diretamente da empresa), construção de escolas públicas nos bairros e o Colégio São Francisco Xavier (CSFX) para os filhos dos trabalhadores que tinham condições de pagar as mensalidades e o Hospital Marcio Cunha (HMC) para todos, ou seja, trabalhadores e familiares. As despesas hospitalares eram deduzidas do salário do trabalhador. “Até 1969, a Usiminas administrou o Colégio e Hospital por meio do convênio com a Companhia de Jesus – Padres Jesuítas – e com a Congregação Irmãs de Jesus da Santa Eucaristia” (FSFX, 2018).

As características do funcionamento da saúde do trabalhador e de seus familiares indicam a modalidade de medicina empresarial. Com a criação da FSFX, uma fundação de direito privado e sem fins lucrativos, a Usiminas se afasta da administração se tornando, aparentemente, cliente da FSFX, que, a partir daí, assumiu a administração do CSFX e do HMC.

Em 1990, a FSFX criou a sua terceira unidade, a Usisaúde, uma operadora de planos privados de assistência à saúde. Com a oferta de planos de saúde de diferentes preços e coberturas, a Usisaúde muda o vínculo de relação com os trabalhadores da Usiminas e amplia a oferta de serviços de saúde privados a toda população. A FSFX está acreditada na ANS na modalidade de Filantropia, o que significa, por um lado, isenções fiscais e, por outro lado, contrapartidas sociais. As contrapartidas sociais colhidas no sítio de internet da FSFX são as parcerias e oportunidades de manutenção da qualidade da assistência de alta complexidade aos usuários do SUS, o Coral da FSFX, residência médica, eventos tecnocientíficos, estágios curriculares e de férias, visitas técnicas, entre outras (FSFX, 2018). Além disso, o nome fantasia registrado na ANS é Hospital Márcio Cunha enquanto sua publicidade no sítio de internet está Usisaúde. A FSFX possui 122 planos de saúde, destes 92 estão liberados e 30 suspensos pela ANS (ANS, 2019).

Com a redução da taxa de crescimento de beneficiário de planos de saúde desde 2012, conforme retratado na Tabela 4, a Usisaúde implantou, em 2014, a sua primeira unidade de saúde da família através do programa Usifamília na cidade de Ipatinga-MG. “O programa foi inspirado no modelo de Atenção Primária de Cambridge *Health Alliance* (CHA), de Boston, EUA” (FSFX, 2018). Uma alternativa para a redução de custos que surgiu antes do 1º Fórum da Saúde Suplementar em 2015, que destacou a redução de custos entre as principais proposta para a sobrevivência da Saúde Suplementar. Atualmente, a Usisaúde possui unidades do programa Usifamília nos estados de MG – nas cidades de Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Ipatinga e Timóteo – e de São Paulo (SP) – nas cidades de Cubatão e Santos.

Outras ações da FSFX sinalizam possíveis estratégias das operadoras de planos privados de assistência à saúde em direção à AB e, conseqüentemente, à gestão de serviços do SUS. A primeira ação aconteceu em 2016, com a gestão do Hospital Municipal Carlos Chagas, em Itabira-MG. A segunda ação está diretamente relacionada com o objetivo dessa pesquisa, porque aponta evidências sobre as estratégias desta fração de classe em direção à gestão dos recursos públicos. Em 2017, a FSFX assumiu a gestão do antigo Hospital Municipal de Cubatão, atualmente conhecido como Hospital de Cubatão. Nesse hospital a FSFX administra 75 leitos pelo SUS e 50 de convênios, o que denota uma dupla entrada de atendimento. Em 2018, a FSFX inaugurou a sua primeira unidade Usifamília, em Cubatão, sem acesso ao setor público.

A Amil tem um breve histórico de administração de serviços hospitalares entre os anos 1972 e 1978, quando construíram as condições materiais para a sua fundação em 1978

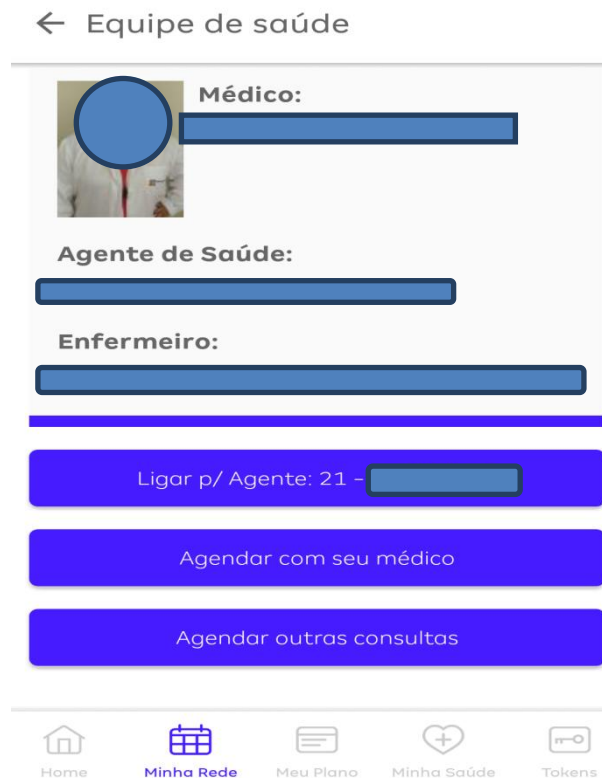
(AMIL, 2019). A Amil está registrada na modalidade de medicina de grupo e possui 3.558 planos de saúde, destes 2.926 foram suspensos e 632 liberados (ANS, 2019).

Nas eleições de 2010, a Amil esteve entre as maiores doadoras das empresas de medicina de grupo, ao lado da Vitallis e Amico. Sendo a empresa de planos de saúde que mais se expandiu no Brasil nos últimos anos (SCHEFFER e BAHIA, 2013, p. 100). A Amil ficou em primeiro lugar no financiamento das eleições de 2014 entre as operadoras de planos privados de saúde. A quantia foi de “R\$ 26.327.511,22” (SCHEFFER e BAHIA, 2015, p. 11) doados para candidaturas de vários partidos em todos os níveis, além de comitês e direções partidárias.

As ações da Amil, em direção à AB, têm registro no ano 2015, com a oferta do plano de saúde *Amil Life* com foco na medicina da família, construindo vínculos entre a equipe e o paciente. Outra ação foi o lançamento do *Amil life* baseado na atenção primária e na coparticipação, em julho de 2016, para São Paulo e Rio de Janeiro. Este plano com a modalidade coparticipação passa a cobrar do cliente por serviços realizados na rede credenciada sem a solicitação do médico da família. Uma estratégia para ampliar o número de beneficiários na Saúde Suplementar.

Em 2019, a Amil inovou por meio de seu aplicativo digital ao disponibilizar os nomes, funções e meios de contato com a equipe de saúde e agendamento de consultas, com o seu médico e demais especialistas, nos moldes da AB. Em outras palavras, a Amil iniciou suas ações com uma equipe multiprofissional. Essa ação denota que, assim como a FSFX, a Amil também está ampliando estrategicamente suas ações em prol da redução de custos com a AB. Uma cliente da Amil, do plano *Blue 400 Nacional*, forneceu (Anexo A) uma foto da tela de seu aplicativo para colaborar com o estudo, como mostra a Imagem 2.

Imagem 2 – Estratégia da Amil de implantação da AB e redução de custo



Fonte: Cliente da Amil plano médico *Blue* 400 Nacional (18/03/2019)

A opção de escolher a Unimed(s) tem relação com suas peculiaridades, tais como, ser um conjunto de aproximadamente 273 cooperativas médicas ativas (ANS, 2019) dispersas em todo território nacional formando o grupo Unimed, que também é formado por outras modalidades de operadoras. Também por estar entre as maiores financiadoras de eleições; por ser a primeira do setor de Saúde Suplementar a construir um núcleo de saúde da família; e, por fim, ter a Fundação Unimed, que é mantenedora da Faculdade Unimed, onde existem opções de curso de pós-graduação, de curta duração e aperfeiçoamento na área de APS.

Entre os registros das Unimeds predomina a modalidade cooperativa médica, apesar de existir um registro na modalidade seguradora especializada em saúde – a Unimed Seguros Saúde (ANS, 2019) associada da FENASAÚDE. Consoante Scheffer e Bahia (2013, p. 100),

as cooperativas Unimed surgiram nos anos 60 como uma estratégia de preservar o mercado de trabalho médico das ameaças de exploração das empresas de Medicina de Grupo. Elas se apresentam como um grupo de médicos livremente organizados, com característica não lucrativa e independente, que investem formalmente em representações políticas.

Em artigo mais recente os autores (2015, p. 15) complementam:

Com o passar do tempo assumiram uma identidade híbrida. Ora se apresentam como um grupo de médicos cooperados livremente organizados com característica não lucrativa e independente, ora como empresas com práticas, interesses e conexões políticas similares às seguradoras e Medicina de Grupo.

O grupo de operadoras Unimed(s), com sua estratégia de financiamento de representações políticas em candidaturas proporcionais, ou seja, não majoritárias como Presidente e Governador, detém uma parcela significativa dos 17.296.101 beneficiários ativos na modalidade cooperativa médica, haja vista os dados disponibilizados da ANS (2019) acerca da quantidade de cooperativas médicas na Tabela 2. Isso fortalece os indícios de que o financiamento de campanhas eleitorais acontece em defesa dos interesses das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Conforme Scheffer e Bahia (2013, p. 100),

as maiores empresas doadoras em 2010 foram a Unimed do estado de São Paulo – Federação Estadual das Cooperativas Médicas, com R\$ 3.570.000,00 e a Qualicorp Corretora de Seguros, que destinou R\$ 1,9 milhão. Em 2006, a Unimed do estado de São Paulo também foi a campeã de doações – repassou cerca de R\$ 2,9 milhões naquelas eleições.

Nas eleições de 2014, 23 operadoras do grupo Unimed doaram a quantia de R\$ 5.480.500,00 (SCHEFFER e BAHIA, 2015). O grupo Unimed ocupou o quarto lugar entre os maiores doadores em volume de recursos. Para Scheffer e Bahia (2015, p. 15),

as Unimeds mantiveram em 2014 a lógica de eleições anteriores de apoiar candidatos proporcionais comprometidos com interesses das cooperativas, pautas corporativas e próximos de entidades médicas.

As Unimeds não apoiaram nenhum candidato a cargo majoritário. Foram eleitos com apoio de Unimeds dois senadores, Ronaldo Caiado (DEM-GO), e Lasier Costa (PDT/RS); além de 16 deputados federais e 21 deputados estaduais.

O pioneirismo na abertura do primeiro Núcleo de Atenção Primária à Saúde, do setor de Saúde Suplementar, aconteceu na Unimed Guarulhos, em 2012. O Núcleo atua na promoção de todos os cuidados necessários para a manutenção da saúde de forma acessível, coordenada e integrada ao longo de toda a vida. Suas ações são baseadas no modelo adotado em países como Inglaterra, Holanda e Escócia, onde recupera o conceito de médico da família (UNIMED, 2019).

A Fundação, instituída em 1995, tem como finalidade o desenvolvimento e manutenção de serviços educacionais nas áreas de saúde, gestão e cooperativismo. Suas ações educacionais acontecem via a Faculdade Unimed. O público-alvo são os trabalhadores da rede cooperada. O curso de Pós-graduação em APS, iniciado em 2013, é, sem dúvida, uma estratégia de organização interna do grupo Unimed em busca de aumentar o grau de organicidade entre seus cooperados, para que possam obter vantagens na ampliação de mercado, diante das demais operadoras, no campo da APS. No canal da Faculdade Unimed, no sítio de internet do *Youtube*, encontramos uma entrevista do Coordenador da Pós-graduação em APS, Professor Doutor Gustavo Gusso, à jornalista da Faculdade Unimed, Júlia Neves, publicada em 29 de maio de 2013. Segue um trecho da entrevista:



*Jornalista: Em prova de que o sistema não está parado é que a Unimed Brasil em parceria com a Fundação Unimed desenvolveu o curso de Pós-graduação lato sensu em APS, do qual o senhor é o coordenador. Qual que é o público e o principal objetivo desse programa?*

*Entrevistado: O público, então, são médicos cooperados, enfermeiras que trabalham no sistema Unimed. O objetivo do curso é capacitar esses profissionais para esse tema APS. Enfim, ajudar o sistema Unimed a fazer essa atenção primária ficar cada vez mais forte. Esse é o público e o objetivo do curso. Curso que é teórico-prático. Ele tem desde questões conceituais até questões bastantes clínicas mesmo, para que os profissionais possam se capacitar e aderirem a essa nova forma de reestruturar o sistema Unimed baseado na atenção primária.*

*Jornalista: E nos resultados? Quem ganha é o cliente?*

*Entrevistado: Quem ganha é o cliente, ganha o sistema Unimed, ganha o médico do sistema Unimed.*

*Jornalista: O curso de Pós-graduação lato sensu em APS segue a tendência do novo modelo de APS no sistema Unimed. A metodologia de ensino combina discussão de casos clínicos, grupos de verbalização e observação, aprendizado baseado em problemas, seminários e painéis com aulas práticas em ambulatórios e enfermarias capacitando os participantes para a utilização de ferramentas tecnológicas para o gerenciamento adequado do cuidado individual e populacional. A primeira turma da Pós-graduação em APS tem início previsto para o dia 23 de agosto de 2013, na cidade de São Paulo (Faculdade Unimed, 29 de mai. 2013).*

Observamos, nesse trecho, o início da mercantilização da APS no campo da saúde brasileira, a partir de um processo de estruturação e organização da formação, praticamente exclusiva, de trabalhadores de um grupo da ordem burguesa, ou seja, o sistema Unimed. Nota-se que, diferentemente da trajetória do MovEPS, a reprodução das condições materiais de existência do sistema Unimed não acontece no seio do Estado de forma democrática, equitativa e inclusiva, embora tenha o reconhecimento do Estado via o Ministério da Educação (MEC), “na modalidade Presencial (Portaria MEC nº 909 de 18 de agosto de 2016) e de Educação a Distância (Portaria MEC nº 370 de 23 de abril de 2018)” (FACULDADE UNIMED, 2019).

Dentro de suas atribuições legais, a ANS publicou a resolução normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a modalidade Administradora de Benefícios. Desde então, as Administradoras de benefícios atuam como intermediárias na comercialização de plano privado coletivo de assistência à saúde, tanto para categorias profissionais, quanto para empresas e órgãos públicos. De acordo com a resolução normativa nº 196,

*Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:*

*I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.*

*II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar (BRASIL, 2009).*

Entre as Administradoras de Benefícios registradas na ANS, identificamos a Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. que foi a segunda maior doadora da eleição de 2010 com a quantia aproximada de R\$1.900.000,00 (SCHEFFER e BAHIA, 2013). Na narrativa de Scheffer e Bahia (2013, p. 100),

destaca-se a presença do Grupo Aliança (R\$ 306 mil de doações) que, ao lado da Qualicorp, figuram pela primeira vez no financiamento formal de campanhas eleitorais, coincidindo com o momento de crescimento deste ramo de administração de benefícios, incluindo a intermediação de contratos coletivos de planos de saúde, objeto de regulamentação específica da ANS em 2009.

Nas eleições de 2014, a Qualicorp também esteve entre as maiores doadoras, ocupando o terceiro lugar, com um valor de doação de R\$ 6.000.000,00. A Qualicorp está registrada na modalidade de Administradora de Benefício e não possui nenhum plano privado de assistência à saúde, nem liberados, nem suspensos. Como intermediária na contratação de planos de saúde coletivos entre o seu público-alvo e as operadoras de planos de saúde, a administradora tem interesses econômicos no setor e, portanto, necessita de políticas e normas que favoreçam o crescimento econômico.

Enquanto acontecem as ações dessas diferentes modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde que, entre outras finalidades, investem no campo da AB, no seio do Estado se estabelece uma relação de forças entre frações dessa classe dominante através da ação direta de inconstitucionalidade (ADI), nº 5756 protocolada por um partido político, o Partido Social Liberal (PSL), contra a resolução normativa nº 196 da ANS. A ADI sustenta “o argumento de que a existência das administradoras — que fazem a intermediação entre pacientes e operadoras de saúde — causa uma distorção no mercado ao inviabilizar a contratação direta de planos coletivos de saúde com as operadoras” (*Revista Exame*, 16 de nov. 2017).

A ANAB requereu ao Supremo Tribunal Federal (STF), em 14/03/2019, por meio da petição nº 49891/2017, o seu ingresso na ADI nº 5756, na condição de *amicus curiae*<sup>7</sup> (STF, 2019). Além disso, a ANAB vê indícios de que os documentos apresentados pelo PSL “demonstrariam que o texto apresentado pelo PSL foi discutido, preparado e revisado com executivos da Central Nacional Unimed e da Seguros Unimed” (*Revista Exame*, 16 de nov. 2017). A revista *Exame* afirma, baseada nos documentos que teve acesso, que as suspeitas apontam para o chamado “aluguel de partido”, quando um partido político assume interesses privados.

---

<sup>7</sup> Segundo Esther Santos (2005), *amicus curiae* é um “termo latino que significa ‘amigo da corte’, refere-se a uma pessoa, entidade ou órgão, com profundo interesse em uma questão jurídica, na qual se envolve como um terceiro, que não os litigantes, movido por um interesse maior que o das partes envolvidas no processo”.

A reconstrução da trajetória das operadoras de planos privados de assistência à saúde em direção à AB denota a existência da luta de classes no SUS. Intentamos apresentar as táticas e os instrumentos com os quais as classes dominantes dominam. Entre os aparatos ideológicos indicamos o uso dos meios de comunicação como os jornais *Folha de São Paulo* e o *Estadão*, e a *Revista Exame*. Portanto, vamos nos voltar agora para o entendimento dos desafios e o debate estratégico sobre a EPS.

### **CAPÍTULO III - OS DESAFIOS E O DEBATE ESTRATÉGICO SOBRE A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O EDPOPSUS – (2000-2018)**

Que o Brasil desempenhou um papel pioneiro na EP, bem como na sua interface saúde-educação, construindo elos entre a EP e a Saúde, não chega a ser ideia nova. Eymard Vasconcelos, Eduardo Stotz, Helena David, Pedro Cruz, Vera Bornstein, Victor Valla, entre outros autores, já (re)fizem com maestria a contextualização histórica desse papel, deixando registrado em várias publicações sobre a temática. Pretendemos analisar essa produção de conhecimento, mapeando os principais desafios e o debate estratégico contido nas publicações sobre a EPS, a PNEPS-SUS e o EdPopSUS, na busca de identificar as experiências de EPS na luta social pela saúde, as transformações sociais e os desafios históricos e atuais.

Consideramos que a interface saúde-educação tende a fortalecer e ampliar suas ligações através das experiências de EPS na formação de profissionais das áreas da educação e da saúde. Para o exercício da revisão bibliográfica, procuramos mapear a produção de conhecimento e o debate estratégico sobre EPS no período entre 2000 e 2018. A base de dados pesquisada foi o Portal de Periódicos CAPES em conjunto com sítios de internet do MS, de movimentos sociais, de redes de EPS e de buscas usando como termos EP, EPS, AB, PNEPS-SUS e EdPopSUS. Selecionamos artigos que pudessem apresentar uma visão panorâmica das experiências de EPS, do EdPopSUS, da trajetória de construção da PNEPS-SUS e sua relação com a AB. Durante a pesquisa, priorizou-se identificar correlações simples entre os termos pesquisados devido à dificuldade de encontrar artigos usando o método unitermo.

Na tentativa de estabelecer características comuns aos artigos selecionados, verificamos o uso do “método” de EP, de Paulo Freire, como norteador das práticas de EPS. Paulo Freire - Patrono da Educação brasileira - abre os caminhos dessa interface ao sistematizar o “método” da EP, norteador da relação entre intelectuais e classes populares, e, que foi apropriado por muitos profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2015). Também se identificou que “as perspectivas educacionais que embasaram a EP foram muito influenciadas pelas obras de Marx & Engels (1996), as quais atribuíram novas bases filosóficas e teóricas significativas para se pensar a produção do conhecimento a partir de uma perspectiva dialética, com base no mundo concreto e nas suas contradições” (CRUZ; PEREIRA; ALENCAR, 2018, p. 51). Diante dessas influências entendemos que a matriz teórica do

materialismo histórico-dialético tem sua relevância para o estudo aqui proposto - pois oferece, através do exercício dialético, as condições para uma análise do *mundo da realidade* a partir de um fenômeno social aparente, neste caso a EPS, a PNEPS-SUS e o EdPopSUS.

A estrutura proposta envolve uma análise introdutória da produção de conhecimento sobre EPS, PNEPS-SUS e o EdPopSUS. Por isso, o nosso fio condutor é o debate estratégico acerca desses fenômenos sociais e suas correlações.

### 3.1 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS

A EPS possui um contexto histórico fértil para o estudo do seu processo de concepção enquanto política educacional e de saúde. Identificamos na literatura pesquisada os principais desafios históricos e atuais para EPS como o distanciamento entre a teoria e a prática no campo da saúde, a mudança na conjuntura política, as diferentes plataformas de integração e organização dos movimentos sociais de EPS e a possibilidade de introdução da modalidade de Educação a Distância (EaD) para trabalhadores da saúde orientada pela EP.

O primeiro desafio, um desafio histórico, refere-se à disputa pela hegemonia na formação e na prática no setor saúde. Existe um distanciamento entre a discussão teórica e a prática. De acordo com Eymard Vasconcelos, Marcos Vasconcelos e Marísia Silva (2015, p. 95),

pode-se afirmar que a EP é atualmente o corpo teórico dominante na orientação sobre a educação em saúde da população nos espaços de debate do setor saúde. No entanto, esta hegemonia na discussão teórica não acontece no campo das práticas concretas do setor saúde, onde continuam predominando ações educativas normativas e impositivas. A maioria dos profissionais de saúde não participa ou aprofunda a discussão crítica sobre as suas práticas educativas voltadas para a população.

Antes de refletir sobre a contradição entre a hegemonia no campo teórico e a hegemonia do campo prático, analisamos a discussão no campo da atividade teórico-prática. Nele o exercício dialético entre teoria e prática está em movimento com o homem, o sujeito da história. Com isso nos aproximamos da dimensão da *práxis*. Segundo Pedro Cruz (2018, p. 52),

a *práxis* é entendida como a atividade que transforma as circunstâncias que nos determinam a formar ideias, desejos, vontades, teorias, que, por sua vez, simultaneamente, impõem-nos a criar, na prática, novas circunstâncias, e assim por diante, de modo que nem a teoria se cristaliza como um dogma, nem a prática se cristaliza como uma alienação.

Retomando a discussão sobre a contradição trazida pelos autores referente à teoria e à prática no setor da saúde, constata-se que as táticas de organização do MovEPS, via

realização de congressos, encontros, seminários sobre EPS, que vêm acontecendo para a integração dos movimentos sociais de EPS, em direção à construção das condições materiais para a hegemonia da EP como corpo teórico no campo das práticas concretas do setor de saúde, encontra-se em curso para sua concretude. Existe uma lacuna entre a teoria da EPS como objeto de discussão nesses diferentes espaços e a prática do setor saúde. Esta lacuna pode ser preenchida pela análise das relações de força no interior do Estado, por um lado, através da ação das operadoras de planos de saúde enquanto força social, interferindo na conjuntura política e econômica, por meio da ANS, ‘aluguel de partido’ ou do financiamento das eleições; por outro lado, teríamos o processo de institucionalização, em que parte significativa do MovEPS tem se dedicado, com o objetivo de criar referências, saberes e estratégias para a democratização mais radical do Estado brasileiro (VASCONCELOS, VASCONCELOS; SILVA, 2015). Ernande Prado (2017, p.17), autor do *Prefácio à Segunda Edição* do livro *A saúde nas palavras e nos gestos*, de Eymard Vasconcelos, nos contempla com a seguinte narrativa,

mas a luta pela institucionalização da educação popular absorveu o coração e o tempo de grande parte dos militantes mais ativos do movimento. As discussões sobre os caminhos da reorientação das práticas de saúde dos serviços locais pela educação popular perdeu a centralidade nos debates.

Entendemos que a institucionalização preenche, de certa forma, o descaso do Estado em relação às políticas públicas de saúde, enquanto enfraquece as lutas e a resistência do MovEPS. Por se tratar de um Estado burguês, estamos diante de um tipo de captura, seja por cooptação ou controle. Portanto, é preciso evitar que a teoria se cristalice como um dogma e repensar novas táticas na luta social pela saúde.

O conceito de hegemonia do próprio Gramsci auxilia no entendimento de que os limites para a hegemonia da EP no campo prático estão relacionados à direção e dominação exercida pela fração de classe dominante sobre os aliados e os adversários, respectivamente; haja vista a cooptação e/ou controle de representantes do MovEPS, através da institucionalização da EPS; o uso dos meios de comunicação social para a conquista de novos aliados da grande massa de trabalhadores; e os gastos públicos em saúde, tanto no setor público quanto privado. Simultaneamente, as frações de classe dominantes ampliam sua participação nos recursos gastos com saúde do Estado brasileiro. A Organização Pan-Americana da Saúde<sup>8</sup> (OPAS) publicou que, aproximadamente, 8,2% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro corresponde ao gasto total em saúde no Brasil, sendo 4,4% referente

<sup>8</sup> Em resumo, a OPAS que foi “fundada em 1902, é a organização mundial de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da OMS para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano” (OPAS, 20 de fev. 2019).

aos gastos privados e 3,8% referente aos gastos públicos, segundo dados do Banco Mundial publicados no Relatório ‘Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil’, no final de 2018. “O documento destaca que mesmo o país tendo um sistema de saúde público universal, o gasto privado em saúde no Brasil é superior ao gasto público, diferentemente do padrão de países desenvolvidos com sistemas parecidos, como o Reino Unido e a Suécia” (OPAS, 20 de fev. 2019).

Cabe ressaltar que o primeiro desafio torna-se mais complexo com a mudança na ordem política brasileira. A conjuntura política com o golpe parlamentar de 2016, através do *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, promoveu uma intempestiva ruptura no processo de ampliação da EP para as demais políticas públicas. A primeira ação foi a extinção do Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã, que estava vinculado à Secretaria Nacional de Articulação Social e à Secretaria da Presidência da República, o setor responsável pela implementação do “Marco de referência da EP” nas políticas públicas, publicado em 2014 e analisado no capítulo I.

Outro desafio refere-se às diferentes plataformas de integração e organização dos movimentos sociais de EPS que requerem uma análise do contexto histórico para a compreensão de suas transformações sociais. Em 1990, durante a constituição da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, um dos motivos da organização desse movimento social de resistência era o distanciamento entre a metodologia privilegiada e a metodologia educativa praticada por um conjunto de profissionais de saúde contrários às práticas mercantilizadas (VASCONCELOS, 2015). A integração dos movimentos sociais acontecia mediante a realização de encontros nacionais e estaduais, onde se discutia a realidade e se buscava uma alternativa de resistência à prática vigente e dominante no campo da saúde. Com o surgimento da RedePop, fortalecem-se as articulações de grupos acadêmicos e operativos, o que favoreceu o aumento das publicações (VASCONCELOS, 2017). Nos primeiros anos do século XXI, a RedePop apresentava uma aparente dificuldade em promover a integração, a organicidade, a organização e um programa comum entre o conjunto de movimentos sociais de EPS. Devido às novas formas de convívio social, a RedePop estabeleceu uma lista de discussão pela internet com fluxos de informação e contatos fluídos, característicos de uma ‘Sociedade em Rede’ (STOTZ; DAVID; WONG UN, 2005). A lista de discussão funcionou como uma ferramenta para a integração dos movimentos sociais de EPS. A RedePop (2018) além de introduzir a lista de discussão, manteve a realização de encontros presenciais, por exemplo, o II ENEPS (2001), o III ENEPS (2003), o IV ENEPS (2008) e o V ENEPS (2012). A trajetória da RedePop rumo à união dos movimentos sociais e constituição do MovEPS

ênfatiou a ampliação do debate sobre EPS e suas experiências através da lista de discussão, encontros, congressos e publicações.

Acerca da integração dos movimentos sociais de EPS, o GT EdPop da Abrasco (2018) nos alerta que, apesar dos movimentos sociais de EPS possuírem suas peculiaridades, é fundamental unir, dialogar e construir estratégias pensando a EPS como um todo. Sobretudo, reafirma que a “conquista e efetivação da própria Pneps-SUS só foi possível em decorrência de uma abertura no diálogo com o então Governo Federal e a partir do momento em que esses quatro coletivos [o GT EDPOP, a ANEPS, a RedePop e a ANEPOP] se uniram para reivindicar a política” (CRUZ et al., 2018, p. 40, grifos nossos).

Acompanhando as transformações sociais no cenário brasileiro, o Núcleo do Estado do Rio de Janeiro (RJ) da ANEPS, o ANEPS-RJ, introduziu a discussão sobre a modalidade de EaD e a EP. Em 2004, a ANEPS-RJ realizou encontros denominados *Sextas-básicas* com a parceria da RedePop. Segundo Barone (2006, p. 112-113, grifos nossos),

de maio até outubro foram realizadas sete Sextas-básicas, cujos respectivos temas e convidados por conduzi-los foram: “Espiritualidade e Ciência” com Eymard Vasconcelos (UFPB) e Eduardo Stotz (ENSP); “Comunidade, Comunidades” com Ana Paula Baptista e Vanessa Fonseca (CEDAPS), Júlio Wong Um (INCA) e Mara (liderança da comunidade Alto Simão); “Agentes Comunitários de Saúde” com Helena David (UERJ), Vera Joana Bornstein (Projeto Saúde da Maré), Anamaria D’Andréa Corbo (FIOCRUZ), Kátia Pereira, Rozana Santos e Ana Lourdes Demonel (ACS da Maré); “Pensando a 1ª Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde” com Rogério Lannes (RADIS Comunicação em Saúde/ENSP/FIOCRUZ); “Homeopatia e Educação Popular” com Graciela Pagliaro (ONG HAPS) e Janaína Pinto (IEDS); **“EAD e Educação Popular” com Elomar Christina Barilli (ENSP/FIOCRUZ).**

A discussão sobre a EaD no campo da saúde também fez parte da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Encontramos uma menção sobre EaD no relatório final desta conferência em sua diretriz geral de nº 12 – Construir Política de Informação e Comunicação que assegure Gestão Participativa e Eficaz ao SUS – onde indica que a construção de uma política eficaz ao SUS precisa garantir a conectividade em todos os municípios para a realização de EaD (BRASIL, 2012).

Recentemente um grupo de intelectuais com experiência no campo da formação profissional em saúde, tanto presencial quanto a distância, publicou suas reflexões sobre a prática docente na modalidade EaD, sob a perspectiva teórico-metodológica da EP. Os autores expuseram os pressupostos relevantes da EP para a EaD, considerando os fóruns de debates como o principal espaço de diálogo entre os sujeitos (educadores e educandos). Entre os pressupostos temos a horizontalidade da relação entre os sujeitos, a participação dos educandos na definição e escolha dos temas, o estímulo para que o educando problematize o



seu trabalho e a partir daí consiga relacioná-lo com o contexto social, assim como se deve valorizar a experiência do educando, seu contexto de trabalho e de vida (SALES et al., 2018). Conforme as reflexões dos autores, “é viável utilizar a EP nas práticas educativas via EaD também na formação do profissional de saúde” (SALES et al., 2018, p. 327). No entanto, os autores alertam que entre os principais desafios está o de nos afastarmos dos modelos tradicionais de ensino, tão predominantes na educação de uma forma geral, por isso, o educador precisa libertar-se da adoção de concepções e posturas autoritárias e conservadoras (SALES et al., 2018).

Isto posto torna-se possível passarmos para os desafios e os desdobramentos que envolvem a PNEPS-SUS em seu processo de construção e permanência, a fim de discutirmos as principais questões abordadas pela literatura.

### **3.2 A PNEPS-SUS: SEUS DESAFIOS E DESDOBRAMENTOS**

A instituição da PNEPS-SUS atribuiu maior conexão entre o setor de saúde e o setor de educação. A interface saúde-educação conseguiu promover por meio da PNEPS-SUS a ampliação da relação entre a saúde e a população. Nesse sentido, temos a EP e seus princípios (o diálogo, a horizontalidade entre os sujeitos, o acolhimento, a cordialidade, a participação ativa etc.) exercendo o papel de elo conector entre a saúde e o sujeito político.

A participação de movimentos sociais no contexto de institucionalização da PNEPS-SUS promoveu o intercâmbio de práticas e saberes populares na formação de trabalhadores e na produção de conhecimento. Porém, as publicações sobre EPS não ocuparam a centralidade do debate, como ocorreu durante o período que sucedeu a criação da RedePop, conforme apresentou Vasconcelos (2007). Ao abordar a questão das publicações durante o processo de institucionalização, Prado (2017, p.17) opina que,

os educadores populares que atuam no cotidiano dos serviços de saúde ficaram mais desamparados com o menor investimento na produção e difusão de textos para referenciar seus esforços de reorientar as práticas de saúde na perspectiva de fortalecimento da vida plena, cidadania, democracia e a justiça social.

Apercebemos a redução da quantidade de publicações durante os anos iniciais da instituição da PNEPS-SUS, porém o autor não deixa transparecer se se trata de texto de suporte como tipos de “manuais”, o que não estava em pauta para os sujeitos políticos do MovEPS, ou pequenos guias e reflexões que, de fato, foram produzidos. O desamparo, neste caso, em relação ao investimento na produção e difusão de textos tornou-se um desafio para a PNEPS-SUS. Então, em 2013, teve início o pacto para a retomada do Projeto de Pesquisa e

Extensão Vepop-SUS – Vivência de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS. O Vepop-SUS foi apoiado pela PNEPS-SUS e atuou a partir de uma equipe operacional de pesquisadores e consultores ancorada na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). No escopo de trabalho do projeto Vepop-SUS (2018, p. 10), uma de suas frentes de atuação:

é o apoio ao desenvolvimento de publicações em andamento e republicações de obras relevantes no âmbito da Extensão Popular, da Educação Popular e da Formação em Saúde, assim como a divulgação de produtos referentes a pesquisas realizadas neste campo e de reflexões sobre estas práticas, no sentido de incentivar e aprimorar o registro, a pesquisa e a sistematização de experiências nas diferentes iniciativas em nível nacional.

Ao analisar o Relatório Geral Final do Vepop-SUS (2019), observamos, entre as metas alcançadas, o mapeamento de 117 experiências de extensão em EP distribuídas em todo território nacional; entre as publicações produzidas e/ou apoiadas contabilizou-se 31, sendo 20 publicações novas e 11 reimpressões; uma relação de 99 vídeos produzidos e/ou apoiados; 8 eventos promovidos e/ou apoiados, entre outras ações. Os recursos financeiros para o custeio advêm do MS, a partir da PNEPS-SUS. Para sua execução, realizada entre os anos de 2014 e 2018, o Vepop-SUS utilizou a quantia de R\$ 809.380,97, de acordo com o detalhamento das execuções financeiras do Relatório Geral Final.

A PNEPS-SUS também contribuiu e vem contribuindo para a formação de trabalhadores do setor de saúde. Na obra de David, Bonetti e Silva constata-se a participação do trabalhador de enfermagem no processo de institucionalização da PNEPS-SUS. Para os autores (2012, p. 185),

é acreditando que a história se faz no cotidiano que muitos enfermeiros têm ingressado e atuado nas redes que integram a Educação Popular e Saúde, assim como das instâncias que estão, agora, propondo a PNEPS. E neste sentido, é preciso reconhecer a dimensão constitutiva da educação no trabalho de saúde, como dimensão que dele não está separada, e ampliar o debate, no limite, a cada trabalhador de enfermagem, em todos os espaços onde atuam..,

Para aprofundarmos na análise da contribuição da PNEPS-SUS, na formação dos trabalhadores do setor de saúde, se faz necessária uma apresentação dos princípios e os eixos estratégicos desta política social e suas correlações com o contexto político-social. Os princípios da PNEPS-SUS são o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático popular. Essa política social além de incorporar os princípios do SUS aborda a participação popular com a proposta de “uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS”

(BRASIL, Portaria 2.761 de 19 nov. 2013). De acordo com Pinheiro e Bittar (2016, p. 78), temos as seguintes definições dos princípios da PNEPS-SUS,

diálogo – compreendido, enquanto encontro intersubjetivo de conhecimentos construídos histórica e culturalmente; amorosidade – que envolve dimensões como acolhimento, afetividade e humanização, já em construção no SUS, não devendo ser confundida com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado; problematização – que propõe a construção de relações dialógicas e de práticas em saúde, alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade; construção compartilhada do conhecimento – entendida enquanto construção de práticas e de conhecimentos de forma participativa e criativa; emancipação – que envolve um processo coletivo e compartilhado de superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência; e compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular – entendido enquanto compromisso com a construção de uma sociedade mais justa, democrática, igualitária e culturalmente diversa.

O Projeto Democrático Popular (PDP) configura-se como uma formulação estratégica de grande envergadura e grandes consequências, em que o sujeito político, trabalhador, discute a construção do projeto sob a tutela do Estado. O PDP tem como pressuposto a conciliação de classes por meio de “pacto social” mediado pelo Estado. No caso da PNEPS-SUS, os resultados são negativos no que tange à consciência da classe trabalhadora e sua capacidade de compreender que sua força está na organização coletiva enquanto classe. Por conseguinte, o Estado que anteriormente havia cooptado o MovEPS atualmente exerce o controle, ou melhor, a dominação sobre o mesmo. Haja vista o Decreto nº 9.759, assinado pelo o presidente Jair Bolsonaro, que extingue e estabelece regras e limitações para os colegiados da administração pública federal. Esta medida reduziu a quantidade de conselhos e comitês, *locus* da participação popular.

A PNEPS-SUS contempla 4 eixos estratégicos – participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais – sendo que o nosso enfoque principal são os dois primeiros, embora os demais apareçam indiretamente ao longo do estudo por serem complementares em diferentes aspectos.

Em função do nosso enfoque pretendemos expor algumas experiências de EPS que dialogam e ao mesmo tempo exemplificam as propostas de ações dos quatro eixos estratégicos. Como evidência de ações para o eixo estratégico I – participação, controle social e gestão participativa – temos a instituição dos Comitês nas Secretarias Estaduais e Municipais para formulação e implementação da PNEPS-SUS, alinhada com os princípios da descentralização e regionalização do SUS. A deliberação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB-RJ Nº 3.744, de 12 de maio de 2016, delibera a criação do Comitê de Educação

Popular em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, definindo o seu caráter consultivo e propositivo, além de definir as suas atribuições.

O eixo estratégico II – formação, comunicação e produção de conhecimento – indubitavelmente foi um dos primeiros eixos atendidos imediatamente após a instituição da Portaria nº 2.761. Conforme aponta Vasconcelos (2016, p. 836-837), a PNEPS-SUS foi:

Construída a partir de reivindicações e propostas dos vários movimentos nacionais de Educação Popular em Saúde, por meio do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde [...] e tem gerado muitas iniciativas de educação permanente no SUS, como o Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde EdPopSUS [...] e o Projeto de Pesquisa e Extensão VEPOP-SUS: Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS [...], cuja ação é nacional, com equipe executiva ancorada na UFPB. Por meio da PNEPS-SUS, o MS tem também produzido publicações para fortalecer a concepção de EP no SUS, como os Cadernos de Educação Popular em Saúde [...]. Em vários estados brasileiros estão se formando comitês estaduais de EP para incentivar que secretarias de saúde valorizem a EP em suas políticas de educação permanente.

Tanto o Vepop-SUS, quanto o EdPopSUS são exemplos de ações do eixo estratégico II. O Vepop-SUS tem suas ações mais direcionadas para os quesitos comunicação e produção de conhecimento, isso acontece através da publicação e divulgação de obras relevantes e produtos das pesquisas no campo da Extensão Popular, da Educação Popular e da Formação em Saúde. Por outro lado, o EdPopSUS tem suas ações voltadas, prioritariamente, para o processo de formação e sua produção de conhecimento tem sido direcionada para a produção de materiais didáticos para o curso.

O eixo estratégico III – cuidado em saúde – “compreende o cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes” (BRASIL, 2012), reforçando o reconhecimento e a convivência dos modos populares de pensar, fazer e gerir a saúde, promovendo o encontro e diálogo destes com os serviços e ações de saúde. Entende-se que “fortalecer as práticas populares de cuidado implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como, aprimorar sua articulação com o SUS” (BRASIL, 2012). A título de exemplo, utilizaremos “as vivências em Educação Popular em Saúde em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em um bairro de Uberlândia-MG” (SOUZA; OLIVEIRA; PAULINO, 2018, p. 29). As vivências permitiram identificar o impacto da EPS no cuidado em saúde das pessoas. Consequentemente os autores Souza, Oliveira e Paulino sustentam que “valorizar os saberes e práticas populares e permitir que eles dialoguem abertamente e construtivamente com os saberes da Medicina nos permitiu ampliar a percepção do que é a própria Medicina e de como a prática médica pode se beneficiar com a aproximação com a

Educação Popular em Saúde no seu cotidiano” (SOUZA, OLIVEIRA & PAULINO, 2018, p. 34). Em conformidade com essas vivências, entendemos que, na área da saúde, “o desenvolvimento da medicina social e comunitária possibilitou a ampliação de um modelo de organização social da prática médica no país, fomentando práticas educativas em saúde que valorizam a autonomia e a participação das pessoas” (NESPOLI apud NETO et al., 2018, p. 225).

O eixo estratégico IV – intersetorialidade e diálogos multiculturais – estimula a construção compartilhada e dialoga com o objetivo de fortalecer a EP nas políticas públicas, promovendo o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade. O processo de articulação ressignifica os territórios locais como cenários estratégicos entre os dispositivos e forças sociais existentes, articulando as necessidades e desejos da população às respostas institucionais (BRASIL, 2012). Uma experiência para exemplificar esse eixo seria a educação popular na extensão universitária, já que “a articulação com diferentes projetos de extensão e órgãos institucionais permite aos estudantes entenderem na prática os significados de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade” (LACERDA et al., 2018, p. 157).

A PNEPS-SUS define como objetivos os seguintes pontos:

#### Objetivo Geral

Implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.

#### Objetivos Específicos

1. Promover 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, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras;
2. Fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS;
3. Reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde;
4. Fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde;
5. Incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde;
6. Apoiar a sistematização, a produção de 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;
7. Contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares;
8. Contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas Políticas Públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde;
9. Apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas;

10. Contribuir com a Educação Permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde;
11. Assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS (BRASIL, 2012).

Em vista disso, torna-se possível correlacionar os princípios, eixos estratégicos e objetivos da PNEPS-SUS com os princípios e diretrizes do SUS e com a formação de trabalhadores. Observamos, através da análise das experiências mencionadas como exemplos nos eixos estratégicos, o que inclui o Vepop-SUS e o EdPopSUS, que a PNEPS-SUS favorece ações de saúde, como as do campo da medicina social, capazes de mitigar o distanciamento entre o saber técnico-científico e os saberes, ou seja, o tradicional e o popular.

Outra ação que proporcionou desdobramentos importantes para a PNEPS-SUS foi a concretização do curso EdPopSUS, no município de São Carlos, no Estado de São Paulo. Segundo Teixeira, Oliveira e Costa (2018, p. 171),

pensando em concretizar a PnepS, em fazer acontecer na Atenção Básica o que ela preconiza, em 2016, criou-se, no município de São Carlos, uma comissão para a elaboração da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e Educação Popular e Saúde. Para tanto, organizaram-se cursos, palestras, Semanas de Fitoterapia, nos quais foram chamados profissionais de saúde, gestores e acadêmicos para contribuir. Atualmente, quem compõe essa comissão são praticantes populares, docentes da universidade, estudantes e profissionais da rede de saúde do município.

Em 2017, o EdPopSUS foi ofertado no município de São Carlos. Os autores (2018, p. 171) complementam com a seguinte afirmativa:

Entende-se que esse curso se configurou em uma das estratégias prioritárias do plano operativo da Pnep-SUS e favorece a implementação da política municipal, promovendo a qualificação da prática educativa dos profissionais da rede de saúde de São Carlos — em especial os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde —, e também das lideranças comunitárias que atuam em territórios com cobertura da Atenção Básica do SUS (TEIXEIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2018, p. 171).

Diante da importância do EdPopSUS no plano operativo da PNEPS-SUS, faz-se necessária uma breve contextualização histórica e uma análise sobre suas práticas educativas e desafios atuais.

### **3.3 O EDPOPSUS E A CONJUNTURA POLÍTICA**

O EdPopSUS e o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde são resultados de uma construção coletiva entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) ambas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do

Ministério da Saúde (SGEP/MS) e diversas representações da EP no Brasil. A construção do EdPopSUS iniciou-se em 2013. Apesar de ter apenas 5 anos, o EdPopSUS possui em sua trajetória um interessante histórico de práticas educativas e desafios. Para Bornstein (2017, p. 11),

o EdpopSUS é uma proposta coletiva, feito a várias mãos, resultante de um processo de muito diálogo e troca, estabelecido em oficinas e reuniões entre trabalhadores, militantes de movimentos sociais, educadores, pesquisadores e gestores envolvidos com a educação popular e com a defesa do SUS. Ou seja, foi pela experiência acumulada que o EdpopSUS foi concebido.

Em relação à base teórico-metodológica a autora (2016, p. 16, grifos nossos) ilustra que,

neste curso [**EdPopSUS**], o enfoque privilegiado é o da educação popular em saúde (EPS), que encontra suas bases nas experiências desenvolvidas por volta de 1960 por profissionais da saúde, movimentos sociais e intelectuais. O principal teórico e sistematizador desse enfoque foi Paulo Freire, considerado um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial.

A primeira edição do curso EdPopSUS I, conforme ficou conhecido o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, realizada entre 2013 e 2014, foi elaborada na modalidade presencial com momentos de conexão virtual (ENSP, 2013). A ENSP coordenou o EdPopSUS I, em parceria com a EPSJV, responsável pelo comitê gestor, e o MS. O conteúdo programático do curso oferecia 53 horas de práticas educativas distribuídas em 4 encontros presenciais de 8 horas cada, 4 momentos de conexão virtual totalizando 11 horas e 4 atividades de campo totalizando 10 horas (SANTOS; WIMMER, 2013). Esta edição tinha como público-alvo, o ACS, o ACE e profissionais de saúde integrantes da ESF. Sendo os ACS e ACE considerados os principais sujeitos de processo (ENSP, 2013). O EdPopSUS I, que inicialmente oferecia cerca de 8 mil vagas para alunos (ENSP, 2013), chegou a aproximadamente 19 mil trabalhadores inscritos e envolveu 9 unidades da federação (Bahia, Ceará, Distrito Federal, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe) (BORNSTEIN et al., 2016).

O material didático utilizado pelos educandos no curso consistia no livro *Curso de Educação Popular em Saúde*, organizado por Simone Santos e Gert Wimmer. Outros materiais foram sendo integrados durante a execução do curso e a participação dos educandos.

A formação de trabalhadores de saúde a distância, na perspectiva teórico-metodológica da EP, teve sua primeira experiência com o EdPopSUS I, por meio dos momentos de conexão virtual. Uma experiência semelhante à realizada pela RedePop para suas discussões e integração do MovEPS. De acordo com Santos e Wimmer (2013, p. 19),

os momentos de conexão virtual são organizados na Comunidade Virtual de Aprendizagem (CVA), onde os conteúdos são disponibilizados em diversas

linguagens e formatos (áudios, vídeos, ilustrações, textos), além de permitir o compartilhamento de experiências sistematizadas a partir da integração entre os sujeitos da aprendizagem através de Fóruns.

Neste momento, uma fragilidade desta pesquisa que limita a discussão e a análise qualitativa vem à tona, ou seja, a ausência de entrevistas em profundidade com os atores envolvidos com a experiência do EdPopSUS I. A análise do discurso de diferentes sujeitos políticos acerca do uso das modalidades presencial e a EaD, em diversas linguagens e formatos, pelo EdPopSUS II, poderia contribuir para a reflexão sobre estratégias e táticas de resistência do mesmo diante das mudanças na conjuntura política.

Em 2016, aconteceu uma nova fase do EdPopSUS, uma etapa que registrou mudanças no âmbito da gestão, formatação, material didático, entre outras. Denominou-se esta nova fase do curso de EdPopSUS II. A coordenação do EdPopSUS II passou para a responsabilidade da EPSJV; a carga horária do curso foi ampliada para 160 horas, sendo 136 horas na modalidade presencial e 24 horas de trabalho de campo; 30% das vagas foram destinadas a profissionais de saúde e lideranças comunitárias, e o restante das vagas permaneceram destinadas, prioritariamente, para o ACS, o ACE e o Agente de Vigilância Sanitária (AVS); a conexão virtual foi retirada do conteúdo programático; e um novo material didático foi produzido, exclusivamente, para o curso e resultou em dois livros, o *Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde* e o *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*. É sempre bem-vinda a produção de um material didático específico, especialmente, na perspectiva teórico-metodológica da EPS. Segundo Bornstein (2016, p. 14), “o currículo do curso foi organizado coletivamente em oficinas que contaram com a presença de lideranças dos coletivos de educação popular em saúde, representantes de escolas técnicas do SUS, de movimentos sociais e participantes da primeira edição do curso”.

Sob a coordenação da EPSJV foram realizadas 3 etapas do curso EdPopSUS II. Elaboramos a Tabela 8 para apresentar a quantidade de unidades da federação e de educandos matriculados por etapa. A 3ª etapa apresenta como novidade a modalidade convênios para a realização do curso. Não identificamos maiores informações sobre o funcionamento dos convênios na literatura revisada.



Tabela 8 – Quantidade de unidades da federação e educandos por etapa do EdPopSUS

II

Etapa/Ano	Quantidade de unidades da federação participante	Total de educandos matriculados
1ª Etapa/2016	10	2329
2ª Etapa/2017	5	1416
3ª Etapa/2018	7 (2)*	3616 (1100)**
<b>Total</b>		<b>7361</b>

Elaboração do autor – Fonte EdPopSUS (acessado em 26/12/2018)

\* Unidades da federação participantes na modalidade de convênio

\*\* Total de alunos matriculados na modalidade de convênio

Os cursos EdPopSUS I e II apresentam dados estatísticos muito diferente entre si. Destacamos como principais diferenças a carga horária e a quantidade de educandos matriculados. Diante da ausência de informações dos sujeitos desse processo em função da já mencionada fragilidade da pesquisa, observamos o aumento de, aproximadamente, 4 vezes na carga horária do EdPopSUS II em relação ao EdPopSUS I. Além disso, esse aumento tende a influenciar na recusa da chefia imediata em autorizar a participação do trabalhador mediante a não assinatura da “Carta de liberação”. Uma justificativa possível é o longo período em que o trabalhador tem de ausentar-se de suas atividades laborais. Outra justificativa seria a desmotivação do trabalhador devido ao deslocamento e o prolongamento da quantidade de encontros presenciais, “onde o enfado e a antipatia podem acentuar-se” (SALES et al., 2018, p. 317). Esses fatores mencionados também justificam a redução na quantidade de educandos matriculados. Na perspectiva de Sales et al. (2018), o espaço virtual pode ser o elo que faltava para espaços presenciais prolongados.

O espaço virtual nos remete a outro aspecto que necessita retornar ao campo da EPS, sobretudo, ao EdPopSUS. Diante das relações de forças no campo da AB, acreditamos que a modalidade EaD seja o desafio atual do EdPopSUS, o que requer uma reflexão e, sem dúvida, a inclusão de novos atores.

Em 2016, o AVASUS iniciou dezenas de cursos na modalidade EaD, em especial, os cursos para a formação dos trabalhadores ACS e ACE. Os cursos foram desenvolvidos na forma tradicional, sem qualquer relação com os pressupostos da EP, apesar da existência do “Marco de referência” e da PNEPS-SUS. As atividades dos cursos são específicas e previamente planejadas, sem a participação do educando no processo de planejamento. A Tabela 9 apresenta características sobre cursos relacionados à formação de trabalhadores

ACS, norteadoras para a análise. A base de nossa reflexão encontra suas condições materiais na PNAB 2017 e na EC95/16, que são fenômenos orgânicos forjados no seio do Estado, após o golpe parlamentar de 2016.

Tabela 9 – Os cursos do AVASUS e suas principais características

Cursos	Carga horária	Alunos inscritos	Investimento total (R\$)	Investimento por aluno (R\$)	Público-alvo
Introdutório para ACS*	40 horas	46.031 (42.842)**	92.690,60	2,01	Aberto ao público
O trabalho dos ACS nas equipes de AB do SUS*	16 horas	33.606 (32.921)**	27.807,18	0,83	Aberto ao público
Curso para instrutores do curso presencial para ACS	40 horas	29.605 (29.543)**	92.690,60	3,13	Restrito ao público (médicos, enfermeiros e odontólogos)

Elaboração do autor – Fonte AVASUS (acessado em 02/06/2019)

\* Cursos que o autor participou no período de 17/12/2018 à 03/01/2019, com certificação.

\*\* Alunos inscritos em 17/12/2018.

Ao se estabelecer uma comparação entre os cursos do AVASUS e os EdPopSUS I e II, tendo como fios condutores da análise as mudanças trazidas pela PNAB 2017, quanto a não obrigatoriedade do trabalhador ACS e ao novo critério de definição do quantitativo de ACS nas equipes de ESF, e as mudanças da EC95/16, no campo da saúde e da educação que incidirão sobre o orçamento de 2020, chegamos as seguintes considerações:

- Possibilidade de uma acentuada redução na quantidade de liberações da chefia imediata. Esta redução já teria ocorrido, por outras razões, durante a mudança de conteúdo programático entre o EdPopSUS I e o II;
- A diferença na quantidade de educandos inscritos em ambos, comparados ao tempo de existência de cada curso. Essa reflexão desconsiderou as diferenças e semelhanças qualitativas que possam existir;
- Por fim, e igualmente importante, a possibilidade da chefia imediata preferir o EdPopSUS por causa da liberação do trabalhador, do deslocamento, do tempo prolongado para conclusão.

Para aprofundar a discussão é pertinente considerar o debate estratégico no campo teórico e prático da EPS. O que será o nosso próximo objeto de análise.

### 3.4 O DEBATE ESTRATÉGICO SOBRE EPS

Ao longo da revisão bibliográfica atentamos para as principais discussões acerca da institucionalização da EPS e da democracia. Reconhecemos que a Revista *Interface – comunicação, saúde e educação* foi um importante espaço para o desencadeamento do debate estratégico.

A Revista *Interface – comunicação, saúde e educação*, em 2014, publicou uma edição suplementar sobre EPS, um espaço que foi arena de um importante debate em função de um artigo de Eduardo Stotz, que reflete, nas discussões atuais, sobre democracia e institucionalização. Conforme Eduardo Stotz (2014, p. 1476),

nós, a Rede ali reunida, víamos esse caminho como “uma articulação de pessoas vinculadas a instituições que lutam por um novo modo de fazer saúde, de pensar e implementar políticas, apoiar, mas não fazer parte do governo”. Caso fosse necessário participar no governo, continuaríamos, como organização, “na planície”, mas pessoas deveriam se propor a assumirem, na futura pasta da Saúde, um papel propositivo. Ademais, tínhamos de estar alertas para o fato de que, em decorrência da ampla aliança que elegera Lula, a apropriação dos termos da Educação Popular iria “instaurar uma polissemia”.

O sanitarista Eduardo Stotz sinaliza a estratégia da RedePop no processo de aproximação com o governo Lula e, por conseguinte, a institucionalização da EPS. Essa estratégia nos remete ao pensamento de Poulantzas (2000) sobre a eventual participação das massas populares nos aparelhos de Estado e, simultaneamente, sua constante manutenção de espaços a distância dos aparelhos de Estado para o seu desenvolvimento e sua reprodução material.

Inferimos da resposta de Noemi Krefta (2014) ao posicionamento de Stotz que a trajetória tem sido de cooptação dos movimentos e organizações por setores do governo para construir propostas de ações a ser desenvolvidas como políticas públicas. A autora (2014, p. 1487) propõe:

Fazer uma avaliação do quanto isso tem contribuído para a organização e controle social, bem como se não estamos assumindo o papel do governo nos serviços que devem ser públicos. Esses espaços têm ocupado as agendas das lideranças e, se não tiverem um cuidado, podem distanciar-se de suas bases.

Sônia Fleury também participou do debate em resposta ao texto de Stotz. Segundo Fleury (2014, p. 1489),

a participação em políticas públicas pressupõe formas de interação entre Estado e sociedade que sejam capazes de assegurar a ambos, tanto sua necessária autonomia como a eficácia na inserção dos projetos governamentais ou societários na agenda pública. A perda de autonomia representaria a possibilidade de apropriação patrimonial dos órgãos públicos por interesses de grupos particulares ou bem como a cooptação dos últimos pelo poder estatal. Ambos os casos comprometem a democracia, corrompem o interesse público e a eficácia das políticas, além de alienar os sujeitos de suas bases e interesses.

Concordamos com Fleury no que se refere à perda da autonomia. A autora afirma que tanto a apropriação patrimonial dos órgãos públicos ou ainda a cooptação podem representar a perda de autonomia. A perda da autonomia dos movimentos sociais ante o Estado não elimina totalmente a sua resistência na sociedade civil.

Além do debate publicado no suplemento da Revista *Interface – comunicação, saúde e educação*, também analisamos a entrevista realizada por David com outros 4 intelectuais acadêmicos. Helena David ao questionar os entrevistados, dentro de uma perspectiva dialógica, sobre as fortalezas e potencialidade da EPS, obtém respostas interessantes que se enquadram em nossa análise. Selecionamos dois trechos, um na resposta de Ivanilde Batista e o outro na resposta de Julio Wong Un, respectivamente, como se segue:

outro fator importante é **o apoio político e financeiro do Ministério da Saúde**, a construção do Comitê Nacional de Educação Popular e Saúde para a construção e na implementação da PNEPS. No caso de Goiás, tem-se uma potência concreta que é a criação de vários núcleos livres (disciplinas optativas) de Educação Popular e saúde no curso de Odontologia, Enfermagem e Educação, especificamente na graduação em Pedagogia da Terra e mestrado profissional em saúde da UFG. (DAVID et al., 2014, p. 1585, grifos nossos)

bom exemplo dessas miragens é a institucionalização da EPS no campo da Saúde Pública. O que isso significa? Que as propostas, formas de fazer, prioridades e lutas dos militantes e simpatizantes da EPS são incorporadas à máquina do poder das várias esferas do poder. Uma máquina finamente construída a milhares de mãos há pelo menos cento e cinquenta anos. **Ao ficar “dentro” do mundo institucionalizado, é verdade que a EPS e seus agentes produzem mudanças – algumas valiosas, outras formais. Mas maiores mudanças – destruidoras – são feitas com a EPS, o que pode representar o desmantelamento de relações, confianças e simpatias lentamente elaboradas, com o ritmo da história cotidiana, com o afeto que somente o vagaroso oferece.** Só um exemplo. (DAVID et al., 2014, p. 1586, grifos nossos)

No primeiro trecho entendemos que o apoio político e financeiro do MS pode interferir na autonomia e cooptação dos movimentos sociais, o que pode variar de acordo com o grau de organização e organicidade dos movimentos sociais. No segundo trecho, evidenciamos que existem mais desvantagens do que benefícios no processo de institucionalização. No entanto, falta-nos a antítese para que possamos expor nossa síntese sem assumir o discurso da fonte.

Ao se inserir no debate sobre a democracia, Krefta (2014, p. 1487-1488) expressa que,

A “democracia” de efetivar espaços de participação e controle social tem aumentado a demanda de lideranças para dar conta dos espaços propostos, onde as discussões e propostas de efetivação de políticas vão ao encontro dos anseios das bases – discussões estas que têm sido acaloradas pela firme postura de levar as pautas de lutas de suas organizações e poder elencar alguns avanços reais.

[...]

Essa convicção tem levado a uma constante luta de embate com o agronegócio, que quer continuar a impor seu modelo baseado no lucro acima de tudo, e que, para tal, faz acordos, ocupa os espaços de poder para manipular e criar mecanismos que legitimem suas ações em favor da ordem e democracia por eles impostas.

[...]

Sem luta não haverá conquista, nenhum governo dará ao povo seus direitos sem pressão e mobilização popular. Portanto, a democracia, para o movimento social e popular, é organizar-se e preparar sua base para a luta por seus direitos e vida digna.

Krefta nos faz questionar e repensar a estratégia de “efetivar espaços de participação e controle social”, bem como a dominação burguesa e a luta social. Apesar do exemplo de Krefta sobre a dominação burguesa, foi na réplica de Stotz que conseguimos uma melhor compreensão. Para o autor (2014, p. 1496),

a democracia burguesa tem sido a forma de dominação mais ampla para as classes trabalhadoras lutarem pela sua emancipação social. Sob essa forma de dominação, os trabalhadores da cidade e do campo podem adquirir, na condição de dispor de um partido político próprio e independente, um conhecimento das relações de todas as classes entre si e de seus próprios interesses, construindo o caminho para superar a atual sociedade. Não se trata de um aprendizado fácil nem isento de erros, pois a defesa isolada de cada conquista parcial tende a enfraquecer a sua luta de classe. Analisar a democracia burguesa no Brasil, a partir de 1985, implica entender o processo histórico da redemocratização política pactuado entre as elites políticas sob a tutela militar, com a adesão da maioria das forças partidárias. Por isso mesmo não cabe falar, como propõe Maria do Socorro, em pacto democrático aceito pelo conjunto da sociedade, devendo-se, ao contrário, destacar a luta que dividiu a sociedade até a eleição presidencial em 1989, “salva” para a burguesia por um aventureiro com pendor bonapartista logo depois apeado do governo.

A resposta de Selvino Heck sobre como pensar as fortalezas e potencialidades da EPS, na perspectiva dialógica perpassa a representação da EP para a democracia brasileira. Heck sustenta que,

a democracia brasileira deve muito à Educação Popular, assim como as políticas públicas implantadas no Brasil nas últimas décadas, inclusive as de saúde, especialmente a partir do governo Lula. Os princípios da Educação Popular libertadora soldaram práticas nos movimentos sociais que ajudaram a consolidar a tenra democracia brasileira e influíram decisivamente na organização e consciência popular, na luta por direitos, em melhorias na qualidade de vida do povo, historicamente sem voz nem vez (DAVID et al., 2014, p. 1584-1585).

Wong Un nos indica a necessidade de um processo de democratização que construa caminhos de criação e de relações isentas do parasitismo político e social. Segundo Wong Un, “ainda se pensa a Educação Popular como coisa simplória, espetáculo a favor de melhorar a imagem de alguns políticos e gestores, forma de maquiagem processos de exploração e de imposição de práticas verticais e opressivas. Ou, ainda, formas de “distrair” as massas e diminuir conflitos e tensões sociais” (DAVID et al., 2014, p. 1587).

Os caminhos percorridos para identificar os desafios e o debate estratégico envolvidos ao longo desse mapeamento da produção de conhecimento sobre EPS, PNEPS-SUS e o EdPopSUS não foram fáceis. Sobretudo, devido à dificuldade de se encontrar registros de debates como o da Revista *Interface – comunicação, saúde e educação*. Contudo, o debate estratégico sobre EPS aprofunda a discussão dentro do cenário acadêmico e social. A partir do

momento em que existe a compreensão do debate estratégico dos sujeitos políticos, pode-se avançar as estratégias e táticas, nos afastando dos erros cometidos no decurso, elevando as possibilidades e progredindo em nossas reivindicações. É preciso o entendimento de que a disputa se dá entre dominadores e dominados, entre exploradores e explorados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A permanência da PNEPS-SUS, no Brasil contemporâneo, continua uma incógnita para o autor, haja vista a eleição de um candidato de perfil neoliberal à presidência do país. A PNEPS-SUS, enquanto uma política social, foi muito importante para analisar a luta de classes no SUS.

A reconstrução da trajetória do MovEPS, desde sua constituição como movimento de resistência, em seguida, o processo de institucionalização até o momento pós-institucionalização, enquanto política pública, com efeito, denota as estratégias e táticas de luta de classes. Sem dúvida, entre 2003 e 2016, o panorama favoreceu, aparentemente, a classe trabalhadora, enquanto as estratégias e táticas da classe dominante desmobilizavam os movimentos sociais e suas resistências.

Verificou-se um distanciamento da Igreja após a redemocratização, devido ao inexpressivo número de registros de ações da Igreja e da Pastoral da saúde nas literaturas mais recentes. Outro ponto relevante foi o rompimento dos militantes trabalhadores da Saúde com o Mops e a formação da Associação Nacional dos Agentes de Saúde.

A reconstrução da trajetória do MovEPS nos evidenciou os caminhos trilhados para a institucionalização da EPS, seus potenciais e suas deficiências, bem como a ausência de publicações de análises críticas sobre os encontros, congressos, publicações, entre outros, com o aumento de sua quantidade, especialmente, após a constituição da RedePop. A singularidade do movimento nos conduz a uma análise sobre a concretude da articulação de um conjunto de movimentos sociais com trocas de experiências nacionais e internacionais unidos de forma fluída num processo de institucionalização e permanência enquanto política de saúde. Por isso, compreender o MovEPS como movimento social e força social desvela suas deficiências e fluidez. Inclusive reforça a necessidade de ampliação dos estudos sobre os movimentos sociais de EPS, seus desdobramentos, organicidade e abrangência.

Também inferimos da análise a dificuldade de identificar o grau de organicidade de um movimento social, composto por um conjunto de forças sociais distribuídas em território nacional, o que traz para o cenário a discussão da organicidade e o grau de abrangência desse conjunto de forças. Constatou-se limitações na literatura sobre as relações de forças e as relações de poder na luta de classe entre a força popular, o MovEPS, e a força política economicamente dominante, a fração de classe capitalista, as operadores de planos privados de assistência à saúde, no campo da AB.

Em síntese, buscamos reconstruir a trajetória do MovEPS, elucidando os principais fenômenos sociais que aconteceram e suas relações de forças e de poder. Entendemos que o MovEPS, um movimento singular, não constituiu uma nova condição de poder ou o status de classe dominante para as massas populares. Isso tem relação com suas articulações fluídas e sua dificuldade em manter a organização, organicidade e o projeto comum entre os movimentos sociais que compõem o MovEPS.

As estratégias de defesa dos interesses econômicos forjadas pelas frações de classe dominante no campo da Saúde e, especificamente, no campo da AB, tornam o caminho entre o fenômeno aparente e a essência do fenômeno cognoscível. Por exemplo, podemos mencionar as estratégias como o financiamento de campanha entre 2002 e 2014; a mudança de foco das operadoras de planos privados de assistência à saúde com a dedicação à medicina da AB em virtude da redução da taxa de crescimento de beneficiários e o aumento dos custos devido à ênfase na medicina de média e alta complexidade; e a EC95/16 que congela o investimento em saúde podendo ocasionar redução na taxa de lucro das empresas do setor de saúde suplementar.

A criação da ANS, por meio de lei, pode garantir poderes deliberativos via publicações de resoluções normativas, diferentemente das políticas sociais publicadas como portaria sem poderes deliberativos aos executores e de fácil revogação. Além disso, observamos que as organizações em redes como a FENASAÚDE e a ANAB atuam ativamente nas esferas políticas e judiciárias, influenciando, com o *lobby* e o poder econômico, as decisões do setor de saúde suplementar em defesa dos interesses das empresas privadas do setor. Por fim, precisamos reiterar que as forças populares não estão representadas na ANS.

A estrutura ideológica organizada para o processo de educação do consenso da opinião pública também ressalta as estratégias de dominação e exploração das frações de classe dominante através dos aparelhos ideológicos, por exemplo, a Faculdade Unimed, o patrocínio da FENASAÚDE ao jornal Estadão para a publicação de um caderno especial e a aliança entre a FENASAÚDE e a ANAB, desenvolvendo sua “frente ideológica” via a Folha de São Paulo.

A reconstrução da trajetória dos planos de saúde em direção à AB reforça a existência da luta de classes na assistência à saúde brasileira. A análise de situações de relações de forças e de poder que incluem a organização das empresas do setor em redes e as mudanças na ordem política também corroboram com a luta de classes.



O panorama aqui exposto sobre os desafios e desdobramentos da PNEPS-SUS correlacionados aos seus princípios, eixos estratégicos e objetivos, com efeito, denota as relações de forças e os equilíbrios instáveis, favorecendo, teórica e aparentemente, a classe trabalhadora. Simultaneamente, demonstramos uma ação transversal do Estado, através da aprovação da revisão da PNAB 2017 e da EC95/16, que tende a enfraquecer as ações associadas à PNEPS-SUS, em especial, o EdPopSUS.

No que se refere à produção de conhecimento sobre EPS, notou-se que houve primazia na vocalização das experiências de EPS. Ao negligenciar ou menosprezar a importância do debate estratégico, os movimentos sociais de EPS e os intelectuais acadêmicos reduzem o campo de análise sobre as relações de forças no SUS. Este estudo teve dificuldade na busca de publicações que apresentasse em sua análise a integração de fenômenos sociais, tais como a relação entre a PNEPS-SUS x PNAB2017; a PNEPS-SUS x EC95/16; o EdPopSUS x Vepop-SUS; e PNEPS-SUS x EdPopSUS x Vepop-SUS.

Ao analisar o desafio histórico da EPS em exercer o papel da prática pedagógica hegemônica nos campos teórico e prático da saúde, notamos que o descompasso entre a capacidade da EPS de conseguir ser o “método” hegemônico no campo teórico e não conseguir o mesmo feito no campo prático é consequência da complexa relação de forças e de poder que não se realiza apenas no seio do Estado. Isto nos faz refletir sobre o controle do setor da saúde. A solução desse desafio passa por uma transformação radical do Estado e do controle dos meios de produção pela classe trabalhadora, caso contrário, a hegemonia no campo prático tende a continuar entre os desafios.

Em resumo, verificamos a necessidade de analisar, de maneira mais criteriosa e aprofundada, os momentos objetivos e subjetivos das relações de forças, visando compreender o papel dos dirigentes e dirigidos na luta hegemônica pela manutenção do Estado. Ao mesmo tempo em que analisamos uma política social, tendemos a identificar as estratégias de dominação e educação do consenso. Nesse sentido, tornam-se mais compreensíveis os desafios históricos e atuais para a construção de estratégias para a luta de classes.

De modo geral, nesta dissertação assuntamos:

- O processo de institucionalização da EPS, enquanto política indica as estratégias de cooptação e controle da classe dominante;
- As mudanças na PNAB e a EC95/16 sinalizam a possibilidade de redução das equipes de ESF, e, por conseguinte, redução das liberações para cursos presenciais como o EdPopSUS;

- Acreditamos no entrelaçamento das forças internacionais com as forças internas do Brasil, promovendo, por vezes, mudanças no processo de institucionalização das conquistas populares;
- Apesar de limitados, os dados públicos de financiamento de campanha abrem indícios de *lobby* político e econômico luta de classe na disputa por políticas públicas;
- Administradoras de benefícios demonstram interesse de colaborar com o andamento da justiça brasileira, como subterfúgio para defender seus interesses de mercado;
- Ao financiar campanhas, as operadoras de planos privados de saúde passam a disputar políticas públicas que favorecem o setor da saúde suplementar em detrimento do público;
- A produção de conhecimento sobre EPS tem priorizado, demasiadamente, a publicação de experiências, o que retira o foco da análise das lutas de classes no SUS.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Paulette C; STOTZ, E. N. **A educação popular na atenção básica à saúde no município:** em busca da integralidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2004, v.8, n.15, p.259-274, mar/ago 2004.
- AMIL. **Assistência Médica Internacional.** Disponível em: <<https://www.amil.com.br/institucional/#/web/institucional/nossa-historia>>. Acessado em 19 mar. 2019.
- ANAB. **Associação Nacional das Administradoras de Benefícios.** Disponível em: <<https://anab.com.br/>>. Acessado em 17 mar. 2019.
- ANS. **Resolução Normativa – RN Nº 196.** 14 de jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>>. Acessado em: 25 fev. 2019.
- \_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acessado em 10 mar. 2019.
- APM. Administradoras de benefícios se reúnem para discutir setor de saúde suplementar. **Associação Paulista de Medicina.** 05 de dez. 2014. Disponível em: <<https://apmsantos.org.br/administradoras-de-beneficios-se-reunem-para-discutir-setor-de-saude-suplementar/>>. Acessado em: 27 de jan. 2019.
- BARONE, Luciana G. **O Processo de Construção da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.
- BATISTA, Everton Lopes. Enfoque na atenção primária é saída para sistema de saúde suplementar. **Folha de São Paulo.** 23 de nov. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/11/1937607-enfoque-na-atencao-primaria-e-saida-para-sistema-de-saude-suplementar.shtml>>. Acessado em: 22 de mar. 2019.
- BONETTI, Osvaldo P.. Educação popular em saúde: historicidade e reflexões sobre sua institucionalização no SUS. In: SOUSA, L. M. P. *et al.* (orgs.). **Educação popular na universidade:** reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP). João Pessoa: Editora CCTA, 2017, p. 47-61.
- BORNSTEIN, Vera Joana. Princípios pedagógicos do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. In: BORNSTEIN, Vera Joana *et al.* **Curso de**

**Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde:** textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

\_\_\_\_\_. A Pneps-SUS e os princípios da educação popular presentes na política. In: **Formação em educação popular para trabalhadores da saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2017.

BOTELHO, B. O. et al. (orgs.). **Educação Popular no Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2018.

BOTTOMORE, Tom et al. **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é método Paulo Freire.** São Paulo: editora brasiliense, 1981.

BRASIL. **12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Relatório Final da 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde:** Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Relatório final da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde:** todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.256/09.** Brasília. 17 jun. 2009 Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1256\\_17\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1256_17_06_2009.html)>. Acessado em: 16 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436/17.** Brasília-DF. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acessado em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488/11.** Brasília-DF. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acessado em: 20 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.761/13.** Brasília-DF. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acessado em: 24 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2.** Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acessado em: 28 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://crpsp.org/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>. Acessado em: 24 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080/90**. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acessado em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.142/90**. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L8142.htm)>. Acessado em: 20 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 9.656/98**. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm)>. Acessado em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 9.961/00**. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm)>. Acessado em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acessado em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.759**. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm)>. Acessado em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acessado em: 20 set. 2017.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas**. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/outros-assuntos/marco-de-referencia-da-educacao-popular-para-as-politicas-publicas.pdf/view](http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/outros-assuntos/marco-de-referencia-da-educacao-popular-para-as-politicas-publicas/9-marco-de-referencia-da-educacao-popular-para-as-politicas-publicas.pdf/view)>. Acessado em: 16 dez. 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação direta de inconstitucionalidade nº 5756**. Brasília. Disponível em: <<http://stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=182&dataPublicacaoDj=18/08/2017&incidente=5240397&codCapitulo=6&numMateria=113&codMateria=2>>. Acessado em: 16 abr. 2019.

CASTRO, Marinella. Cortes no orçamento levam famílias a optar por planos de saúde mais baratos. **Estado de Minas**. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2015/05/31/internas\\_economia,653239/cortes](https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2015/05/31/internas_economia,653239/cortes)>

-no-orcamento-levam-familias-a-optar-por-planos-de-saude-mais-ba.shtml>. Acessado em: 05 de fev. 2019.

COUTINHO, Carlos Nelson (org). **O leitor de Gramsci**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CRUZ, P. J. S. C.; VASCONCELOS, E. M.. **Caminhos da Aprendizagem na Extensão Universitária: reflexões com base em experiência na Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP)**. São Paulo: Hucitec, 2017.

\_\_\_\_\_. A educação popular em saúde, suas interfaces e os caminhos de seu grupo temático na associação brasileira de saúde coletiva. In: **Educação Popular em Saúde: desafios atuais**. São Paulo: HUCITEC, 2018, p. 33-46.

\_\_\_\_\_. Educação Popular: teoria e princípio ético-político do trabalho social emancipador. In: **Educação Popular em Saúde: desafios atuais**. São Paulo: HUCITEC, 2018, p. 47-67.

CUETO, Marcos. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DANTAS, André Vianna. **Do Socialismo à Democracia: tática e estratégica na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

\_\_\_\_\_. **Do Socialismo à Democracia: dilemas da Classe Trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma Sanitária Brasileira**. 2014. 378 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde, luta de classes e o ‘fantasma’ da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para a sua história e crítica**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2018, v. 42, n especial 3, p. 145-157.

DAVID, H. M. S. L. et al. Processos de formação e produção de conhecimento: cinco olhares sobre a Educação Popular e Saúde. In: Interface- comunicação, saúde, educação. Botucatu: UNESP, 2014; 18 Supl 2:1579-1590.

\_\_\_\_\_. De povo de Deus à institucionalização domesticadora: mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitários de saúde. In: **Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2017, p. 111-135.

\_\_\_\_\_. A enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de educação Popular em Saúde. In: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2012, jan-fev, 65(1): 179-85.

EDPOPSUS. Disponível em: <<http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/o-que-e-o-projeto>> Acessado em 13 mai. 2017.

- Entrevista: Teresa Ramos. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 381-384, July 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 26 dez. 2018.
- FACULDADE UNIMED. Disponível em: <<https://www.faculdadeunimed.edu.br/a-instituicao>>. Acessado em: 04 jan. 2019.
- FENASAÚDE. Federação Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://fenasaude.org.br>>. Acessado em 14 fev. 2019.
- FILGUEIRAS, Maria Luiza. Um partido e duas Unimeds na mira de uma investigação. **Revista Exame**. 19 de nov. 2017. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/blog/primeiro-lugar/um-partido-e-duas-unimeds-na-mira-de-uma-investigacao/>>. Acessado em 16 abr. 2019.
- FLEURY, Sônia. Educação Popular e questão de poder. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2014, v. 18, Supl. 2 p. 1489-1492.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Seminários Folha**: fórum saúde suplementar. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/especial/2017/saudesuplementar/>> Acessado em 03 jan. 2019.
- FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
- GADOTTI, Moacir. Educação Popular e Educação ao Longo da Vida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de textos CONFINTEA Brasil+6: tema central e oficinas temáticas**. Brasília: MEC, 2016.
- GARCIA, Wander. **Como passar em concurso CESPE**. Campinas: Foco Jurídico, 2013.
- GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Cadernos do cárcere**. v. 2. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Cadernos do cárcere**. v. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- IBGE. Taxa de desocupação das pessoas de 14 anos ou mais (%). Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?edicao=24276&t=series-historicas>>. Acessado em: 14 mar. 2019.
- KOIKE, Beth. Lucro das operadoras de planos de saúde sobe 70,6% em 2016, afirma ANS. **Valor Econômico**. 12 de jun. 2017. Disponível em: <<https://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans>>. Acessado em 25 set. 2018.
- KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

- KREFTA, Noemi Margarida. Educação Popular em Saúde e Democracia. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. 2014, v. 18, Supl. 2 p. 1487-1488.
- LACERDA, D. A. L. et al. Saúde do Trabalhador: a educação popular reorientando a formação na busca da integralidade na atenção à saúde. In: CRUZ, P. J. S. C. et al. (orgs.). **Vivências de extensão em educação popular no Brasil v. 2: extensão e educação popular na reorientação da formação em saúde**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2018, p. 142-158.
- LIGUORI, Guido. Estado. In: LIGUORI, Guido & VOZA, Pasquale (Orgs.). **Dicionário Gramsciano (1926-1937)**. 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2017, p. 261-264
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- NETO, O. A. P. et al. Quem conta um conto, ganha um ponto: construção teórica sobre aproximação entre arte, saúde e Educação Popular. In: BOTELHO, B. O. et al. (orgs.). **Educação Popular no Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 221-32.
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1ª ed., São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra. A atualidade das ideias de Nicos Poulantzas no entendimento das políticas no século XXI. In: **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 97-111, jan. 2010.
- MATOSO, Filipe; CALGARO, Fernanda; MARTELLO, Alexandro. Michel Temer dá posse a 24 novos ministros do governo. **O GLOBO**. Rio de Janeiro, 12 mai. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/processo-de-impeachment-de-dilma/noticia/2016/05/michel-temer-da-posse-aos-novos-ministros-do-governo.html>> Acessado em 08 dez. 2018.
- PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2008. p. 91-122.
- \_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- \_\_\_\_\_. **Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás**. Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública. 1986, 2(2): 167-183.
- \_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro FIOCRUZ, 2008.
- PEDROSA, J. I. S. **Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.



PINHEIRO, Bruna C.; BITTAR, C. M. L. **Práticas de Educação Popular em Saúde na Atenção Primária: uma revisão integrativa.** Cinergis. Santa Cruz do Sul, 18(1): 77-82, jan/mar. 2016.

PO, Marcos Vinicius; ABRUCIO, Fernando Luiz. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 679-698, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122006000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000400009&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 17 fev. 2019.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder, o socialismo.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

PRADO, E. V. Prefácio à segunda edição. In: **Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2017, p. 15-18.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-RJ nº 3.744 de 12 de Maio de 2016.** Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/503-2016-deliberacoes/maio/4282-deliberacao-cib-n-3-744-de-12-de-maio-de-2016.html>. Acessado em: 25 de out. 2017.

SALES, Cibele de Moura et al. Algumas proposições para a educação a distância na formação do trabalhador de saúde a partir da educação popular. In: **Educação Popular em Saúde: desafios atuais.** São Paulo: HUCITEC, 2018, p. 298-321.

SANTOS, Esther M. B. **Amicus curiae: um instrumento de aperfeiçoamento nos processos de controle de constitucionalidade.** Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 906, 26 dez. 2005. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/7739>. Acessado em: 2 jun. 2019.

SANTOS, Simone Agadir; WIMMER, Gert. (Orgs.). **Curso Educação Popular em Saúde.** Rio de Janeiro: ENSP, 2013.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Ligia. **Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. 2015.** Disponível em: <https://apsp.org.br/wp-content/uploads/2015/03/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>. Acessado em 27 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, jan./mar. 2013.

SCHÖNARDIE, Paulo A. **A educação popular em tessitura com as políticas públicas: ponderando estranhamentos e possibilidades.** Revista Educação Popular, Uberlândia, v. 17, n. 1, p. 28-44, jan/abr, 2018.

(sem autoria). Caderno Especial Fenasaúde. **Estadão projetos especiais**. Disponível em: <[http://midias.cnseg.org.br/data/files/38/92/67/AC/BC261510DCDAE315A88AA8A8/FENASAUDE\\_Estadao.pdf](http://midias.cnseg.org.br/data/files/38/92/67/AC/BC261510DCDAE315A88AA8A8/FENASAUDE_Estadao.pdf)>. Acessado em: 09 jan. 2019.

(sem autoria). A Enfermagem e o PSf – Do PSF AO ESF. **PORTAL EDUCAÇÃO**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/enfermagem-e-o-psf-do-psf-ao-esf/5290>>. Acessado em: 09 jan. 2019.

(sem autoria). **Fundação São Francisco Xavier**. Disponível em: <<http://www.fsfx.com.br>> Acessado em: 17 nov. 2018.

(sem autoria). **FACULDADE UNIMED**. Atenção Primária à Saúde: um novo modelo de prestação de serviço. 29 de mai. 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=015VlumTXzw&t=4s>>. Acessado em: 04 jan. 2019.

(sem autoria). Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso. **Organização Pan-Americana da Saúde**. 20 de fev. 2019. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5874:países-estao-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-servicos-com-dinheiro-do-proprio-bolso&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estao-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-servicos-com-dinheiro-do-proprio-bolso&Itemid=843)>. Acessado em: 03 mar. 2019.

(sem autoria). Educação Popular e Saúde no Brasil e os Coletivos de Educação Popular e Saúde: contextos históricos. **RedePop**. Disponível em: <<http://www.ccm.ufpb.br/redepopsaude/biblioteca/476-2/>> Acessado em 30 nov. 2018.

(sem autoria). VEPOP-SUS. In: CRUZ, P. J. S. C. org. **Educação Popular em Saúde: desafios atuais**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

(sem autoria). Prorrogadas inscrições para curso de Educação Popular em Saúde. **ENSP**. 07 de out. 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/33798>>. Acessado em: 10 de jul. 2018.

SOUZA, Camila G.; OLIVEIRA, Bruna C.; PAULINO, Danilo B. Quando a medicina encontra a Educação Popular em Saúde: intersecções teórico-práticas que modificam o cuidado em saúde. In: BOTELHO, B. O. et al. (orgs.). **Educação Popular no Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 26-40.

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

\_\_\_\_\_. **Educação Popular e Saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social.** Revista APS, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan./jun. 2005.

\_\_\_\_\_. **Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2014, v. 18, Supl. 2 p. 1475-1486.

TEIXEIRA, I. M. C.; OLIVEIRA, M. W.; COSTA, R. S. Relato de experiência sobre formação em Educação Popular em Saúde no EdPopSUS de São Carlos-SP. In: BOTELHO, B. O. et al. (orgs.). **Educação Popular no Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2018, p. 26-40.

UNIMED. Unimed cooperativas médicas. Disponível em: <  
<https://www.unimed.coop.br/home>>. Acessado em 19 mar. 2019.

VALENTE, Rubens. Dono de gestora de plano de saúde financiou ministro que quer rever SUS. **Folha Digital.** Disponível em< <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/05/1772087-ministro-que-defende-rever-sus-foi-financiado-por-dono-de-plano-de-saude.shtml>>. Acessado em 30 nov. 2018.

VASCONCELOS, E. M; CRUZ, P. J. S. C; PRADO, E. V. **A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde.** In: Interface - comunicação, saúde, educação. Botucatu, SP: UNESP, 2016; 20(59).

\_\_\_\_\_. **Educação popular:** de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 14(1):67-83, 2004.

\_\_\_\_\_. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2015.

\_\_\_\_\_. **A contribuição da Educação Popular para a reorientação das práticas e política de saúde no Brasil.** Revista da FAEEBRA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, jan./jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Introdução: redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: **Saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2017, p. 19-33.

\_\_\_\_\_. **A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde.** Interface, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 835-838, Dec. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000400835&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400835&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 18 jun. 2017.

WILLIAMS, Raymond. **Marxismo e literatura**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

**ANEXO A****TERMO DE CESSÃO DE USO DE DOCUMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, profissão \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, estou cedendo o uso da imagem do meu aplicativo Amil Cliente para a dissertação A PERMANÊNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: um contexto de relações de forças e transformações sociais.

A cessão da imagem será, exclusivamente, para fins acadêmicos.

Estou ciente da finalidade acadêmica. Também estou ciente que minha privacidade e dos demais serão mantidas em sigilo. Bem como informações dos profissionais que eventualmente tenham aparecido na imagem.

RIO DE JANEIRO, 01 DE MARÇO DE 2019