

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO POLÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Popular Health Education as Policy of the Unified Health System

Oswaldo Peralta Bonetti¹, José Ivo dos Santos Pedrosa², Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira³

RESUMO

Os autores, com base em revisão bibliográfica e documental, analisam a historicidade da educação popular e sua construção no campo da saúde, identificando avanços e desafios em sua institucionalização como política pública de saúde. Os referenciais de análise utilizados foram a constituição da gestão participativa no Sistema Único de Saúde, a intencionalidade e contribuições dos movimentos de educação popular em saúde aos processos de gestão, controle social, cuidado, formação em saúde sob os princípios da integralidade e a intersetorialidade.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde; Educação em Saúde; Participação Comunitária

INTRODUÇÃO

Discutir educação popular em saúde não somente como campo de saber e fazer em saúde em constituição no Brasil mas como política integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) requer reflexões a respeito de questões que emergem no processo de institucionalização de uma política, ao evidenciar distintos atores, concepções, táticas e estratégias que, a despeito da diversidade, convergem no sentido de enfrentar os determinantes das condições de saúde, ou seja, transformar as condições de vida.^{1,2}

Compreender a dinâmica que sustenta o movimento em torno da formulação de uma política de educação popular em saúde no âmbito do SUS, objetivo deste artigo, contribui para esta reflexão ao questionar os sentidos que uma política dessa natureza apresenta para os sujeitos sociais que se tornaram atores nesse processo, no contexto atual da

ABSTRACT

The authors based on literature review and documentary investigates the history of popular education and its construction in field of health, identifying progress and challenges in its institutionalization as public health policy. The frameworks of analysis used were the establishment of participatory management in the Unified Health System (SUS), the political intentionality and the contributions of the movement of popular education in health management processes, social control, care health training in the principles of integrity and intersectoral.

KEY WORDS: Health Policy; Health Education; Community Participation.

saúde brasileira, que se caracteriza pela simultaneidade da permanência de ações e programas verticais e abertura para políticas transversais como a Política Nacional de Humanização do SUS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Política Nacional de Promoção da Saúde e Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

Para tanto, construímos, como analisadores, dois elementos que consideramos fundamentais para esta análise: o desenvolvimento do campo da educação popular em saúde e sua organização em redes, grupos de trabalho e movimentos no âmbito da sociedade civil; e a recente instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), em 2009, por meio da Portaria GM/MS No 1256, coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, cujas ações consideram os princípios éticos, políticos e metodológicos da educação popular em saúde, e encontram-se referendadas pelo Pacto pela Saúde e pela

¹ Oswaldo Peralta Bonetti, Enfermeiro; Especialista em Bioética pela UNB; Mestrando em Saúde Coletiva pela UNB; Técnico Especializado do Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. E-mail: osvaldo.bonetti@saude.gov.br

² José Ivo dos Santos Pedrosa, Médico; Mestre pela Universidade Federal da Bahia; Doutor pela Universidade Estadual de Campinas; Professor Adjunto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.

³ Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira, Nutricionista; Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ/RJ; Consultora Técnica da SGEP/MS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, explicitadas como metas no Programa Mais Saúde.³⁻⁶

Entendemos, como analisadores⁷, fatos, acontecimentos e movimentos que questionam o que encontra-se instituído no sistema, atuando como dispositivos analíticos que podem catalizar, aproximar e mobilizar forças e pensamentos que até então estavam invisíveis e dissimulados no conjunto dos planos, programas e projetos que operacionalizam as políticas.

Nesse processo, utilizamos, como fontes de informações, documentos como relatórios de encontros dos movimentos populares que se articulam em torno da educação popular em saúde (EPS), documentos oficiais como Portarias, Regulamentos e Normas do MS, a partir de 2003, dialogando com artigos reflexivos sobre a temática, elaborados por pesquisadores, e com relatórios contidos em O Movimento da Educação Popular em Saúde

A educação popular em saúde abrange movimentos sociais populares, intelectuais, profissionais de saúde e militantes comprometidos com transformações nas condições de vida da população^{1,8,9}, apresentando, como eixos agregadores, a concepção de educação popular de Paulo Freire e a orientação por modos alternativos e diferenciados de lutar pelas transformações das relações de subordinação e opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e na interlocução entre os saberes e práticas.¹⁰

O deslançar dessa movimentação tem raízes históricas na mobilização de grande parte da população brasileira excluída e miserável diante do resultado da inserção do Brasil no processo de desenvolvimento capitalista mundial, que tem determinado péssimas condições de renda, moradia, alimentação, educação, segurança que demarcam situações limites para a sobrevivência.

A criação dos Departamentos de Medicina Preventiva, Comunitária, Social nas universidades brasileiras, particularmente projetos de extensão universitária que trabalhavam conceitos inovadores como participação comunitária, regionalização e integração docente-assistencial¹¹ abriu espaços para a discussão das relações entre saúde e capitalismo como determinantes essenciais da doença.

A Igreja Católica representa uma força propulsora, principalmente nos anos 60 e 70 do século passado, a partir do Movimento de Educação de Base (MEB) e da Teologia da Libertação que, com a opção de trabalho com os mais pobres, aproxima-se das bases populares por meio das Pastorais (Operária, da Terra, da Saúde e outras), aglutinando trabalhadores rurais, urbanos, desempregados e associações de moradores.

Neste contexto, no qual se constitui a educação popular, Paulo Freire apresenta novas concepções sobre as práti-

cas pedagógicas desenvolvidas nos movimentos ligados à promoção da cultura popular, ressignificando o processo de alfabetização de trabalhadores rurais do nordeste brasileiro como práticas de libertação e emancipação, em um cenário no qual a educação popular era o eixo principal do Programa Nacional de Alfabetização, de 1964.¹²

A educação popular em saúde problematizava as questões de saúde, tendo como animadores os participantes dos projetos de extensão universitária (estudantes e professores) e lideranças populares.

Nesses encontros, a educação popular em saúde apresentava o sentido de resistência e afirmação da cultura popular, na qual os saberes e fazeres populares de cuidado e cura eram revitalizados e sistematizados em cartilhas e manuais, assim como apresentava o sentido político de emancipação por meio da mobilização de pessoas e grupos para a participação consciente na luta por melhores condições de vida e de saúde.

A afirmação das práticas populares de saúde justificava-se como alternativa diante da inacessibilidade ao sistema de atenção à saúde pública, destacando-se a utilização das plantas medicinais, as práticas dos agentes tradicionais como parteiras e rezadores e as práticas educativas de prevenção e de autocuidado.

A mobilização popular por melhores condições de vida e saúde se articulava aos movimentos sociais que tinham, como bandeira política comum, a democracia e a justiça social, agregando militantes de vários matizes ideológicos da esquerda, assim como lideranças populares que se constituíram na luta por moradia, transporte, custo de vida e outras questões.

Nessa conjunção, constroem-se as bases da educação popular em saúde, isto é, uma conjunção de saberes, de vivências e de práticas que apresentam, em comum, a negação da situação existente e a construção do inédito viável. Esse processo imprime direcionalidade política às práticas de educação popular em saúde para um projeto de sociedade no qual a saúde se insere como direito de cidadania e dever do Estado.

Com esses acúmulos, a educação popular em saúde vai se constituindo no cenário político por meio de movimentos populares como o Movimento Popular de Saúde (MOPS), Movimento da Zona Leste de São Paulo, Movimento Contra a Carestia, que integram, como atores políticos ativos, o Movimento de Reforma Sanitária. Nas rodas de conversa, constroem-se os sentidos da integralidade da saúde, da equidade diante da dívida social do Estado para com a sociedade, incorporados como princípios do SUS, e a afirmação da participação popular como base política

do sistema de saúde, operado por meio de modelos organizacionais descentralizados, em que o nível local é a porta de entrada do sistema.

Importa-nos assinalar que os princípios éticos e políticos da educação popular em saúde se fizeram presentes na construção do ideário da Reforma Sanitária Brasileira, nos antecedentes da VIII Conferência Nacional de Saúde e nos acontecimentos que se seguiram como a Assembleia Constituinte: o texto Constitucional e a organização do SUS, principalmente na participação e controle social.¹³

Na década de oitenta do século XX, a democratização do país consistia na participação da população no processo de eleições diretas para governadores e presidente, nos rearranjos institucionais de desmonte da estrutura autoritária e na ampliação de movimentos participativos. Dois fenômenos caracterizam esta conjuntura: o surgimento de novos movimentos sociais e a direcionalidade dos movimentos sociais mais tradicionais para as disputas de cargos eletivos.

Para Gohn¹⁴, os novos movimentos sociais apresentam quatro pontos fundamentais que os caracterizam: construção de projeto civilizatório centrado no sujeito/cidadão; ética na política e na gestão da coisa pública; penetração em campos que atingem a subjetividade das pessoas: sexualidade, etnia, culturas; e construção de um significado que se aproxima de co-gestão ou gestão compartilhada com atores comprometidos e instrumentalizados.

Na década de noventa do século passado, com as eleições diretas e o pluripartidarismo, muitas lideranças populares passam a disputar cargos eletivos, principalmente nos municípios, apoiados por suas bases. A presença nas câmaras e assembleias legislativas dessas lideranças fortaleceu o processo de formação política e a busca de sustentabilidade das organizações populares.

Ao mesmo tempo, a política neoliberal, estratégia de desenvolvimento adotada para o Hemisfério Sul, atua no sentido de minimizar o Estado Brasileiro, desresponsabilizando-o do dever assinalado na Constituição, mantendo com a sociedade civil uma relação em que organizações não governamentais substituem os serviços de saúde, atuando, em muitos casos, em áreas ou temas que o sistema público de atenção à saúde não consegue abranger. Essa configuração, por um lado, foi um dos fatores que contribuiu para que práticas complementares ganhassem visibilidade, tais como fitoterapia, acupuntura, homeopatia (consideradas alternativas à época), mas, por outro lado, fortaleceu o surgimento de um mercado de serviços privados de atenção à saúde.

Nesse percurso, a educação popular em saúde, além de prática pedagógica constante nos movimentos sociais

populares, ganha dinâmica própria ao organizar espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos, conceitos, visões de mundo, que atuam como dispositivos fundamentais para o campo. Tais espaços se localizam nas universidades, nos serviços de saúde e nos movimentos populares.

A partir de 2003, no Governo Federal, foram criadas a Secretaria Especial de Promoção da Integridade Racial (SE-PIR), Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), Secretaria Especial de Políticas Públicas para Mulheres (SEPM) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS como arranjos institucionais de participação da sociedade na gestão da política.

No período de 2003 a 2010, foram realizados 24 eventos de participação social em saúde nos quais é construída a vontade coletiva de lutar pelo direito à saúde e fortalecidas teses que justificam determinada política específica e não outra. Dentre esses eventos, destacamos: 12^a e 13^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) 1^o, 2^o e 3^o Encontros Nacionais da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde; 2^a e 3^a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 3^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; Seminário Nacional de Controle Social nas Políticas Públicas de Saúde para as Mulheres; 1^a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa; Seminário Nacional de Saúde da População Negra; 2^o Encontro Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde; Seminário Nacional de Saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Transgêneros e Travestis (LGBT) na construção do SUS; 1^a Conferência Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável; 1^a Conferência Nacional GLBT; 9^a Conferência Nacional de Direitos Humanos; Conferência Nacional de Juventude, Seminário Nacional de Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Direitos no SUS.

A trajetória política da educação popular em saúde

No I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, que ocorreu em São Paulo, em 1991, foi constituída uma articulação nacional no sentido de imprimir maior organicidade ao incipiente movimento. Não se conseguia ampliar a participação dos sujeitos comprometidos com o tema, em virtude da informalidade com que o movimento estava estruturado, a despeito da mobilização evidente na realização de encontros subsequentes, na criação de grupos acadêmicos e publicações.

Em dezembro de 1998, profissionais de saúde e lideranças populares, em oficina realizada no Rio de Janeiro,

criaram a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, com base institucional de apoio na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, com objetivos de formação ampliada de recursos humanos em saúde na perspectiva da Educação Popular, apuração da metodologia adequada à atual conjuntura, a busca de integração mais intensa entre os diversos profissionais e lideranças populares envolvidos em práticas educativas espalhadas na América Latina e luta pela reorientação das políticas sociais para torná-las mais participativas.

A Rede Nacional de Educação Popular e Saúde, interligada por lista virtual de discussão com mais de 600 participantes, integra o Grupo de Trabalho (GT) de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), desde 2000. Desde então, a Rede tem sido responsável pela promoção de encontros da educação popular em saúde com temáticas do campo da saúde coletiva, evidenciando interfaces com a produção de conhecimento e com o processo de constituição de sujeitos que possam ressignificar a cidadania e o direito à saúde, tomando estes princípios como referência ética, teórica e metodológica na reorganização das práticas de saúde.

As discussões na lista têm alimentado produções editoriais, boletim semestral, edição de *compact disc* (cd), proporcionando elementos para análises conjunturais, amadurecimento de temáticas como a espiritualidade em saúde, arte e saúde, práticas populares de saúde e para o aprofundamento de temas como integralidade na saúde, intersetorialidade, subjetividade dos processos de adoecimento, cura e inclusão social.¹⁵

Em dezembro de 2002, a Rede delibera e encaminha ao Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, recém-eleito, carta na qual expressa a intencionalidade política do movimento de participar do SUS, evidenciando a educação popular em saúde como prática necessária à integralidade do cuidado, à ampliação da formação imprescindível para a qualificação da participação e do controle social na saúde e às mudanças necessárias na formação dos profissionais da área.

Em 2003, resultados das discussões e proposições apresentadas ao Comitê de Transição do Governo Lula, é criada, na estrutura do MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, cuja missão consistia no fortalecimento e qualificação do controle social instituído na saúde e no diálogo com os movimentos populares na perspectiva de ampliar a esfera pública de participação da sociedade civil, qualificando assim o controle social na saúde.

Uma das estratégias foi o apoio à constituição de uma base de interlocução para o diálogo dos movimentos populares com a gestão do sistema. Em parceria com a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, a SGTES desencadeou um processo de reconhecimento das entidades, movimentos e práticas de educação popular em saúde e de mobilização desses sujeitos. A realização de encontros estaduais de movimentos e práticas de educação popular em saúde identificou cerca de 800 iniciativas (movimentos e práticas) que se articulavam na luta por saúde, configurando a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS). A ANEPS mantém fóruns permanentes de educação popular em saúde nos estados, como espaço de escuta das necessidades, de formação de agentes sociais para a gestão das políticas públicas, de organização, de comunicação entre os movimentos e de mobilização popular.

Compreendemos, portanto, que a Educação Popular em Saúde constitui um movimento que se expressa nas práticas de cuidado, na produção de conhecimentos compartilhados e na constituição de sujeitos que se tornam atores políticos no campo da saúde.

Sua característica de práxis, no sentido de um “fazer pensado”, coloca a educação popular em saúde como estratégia indispensável aos projetos de transformação da sociedade. Para Paludo¹⁶ a educação popular é:

“ao mesmo tempo resultado, construção histórica e encontra-se organicamente vinculada ao movimento de forças políticas e culturais (as organizações populares, os agentes e as estruturas/ organizações de mediação) empenhadas na construção das condições humanas imediatas para a elevação da qualidade de vida das classes subalternas e na construção de uma sociedade onde realidade e liberdade fossem cada vez mais concretas...”
16:181

Saber fazer transversal nos movimentos de mudança na saúde (na formação, nas práticas de cuidado, na gestão e no controle social) que contempla as dimensões macro e micro do processo de produção de saúde, a educação popular se mostra como o eixo agregador dos movimentos participantes da ANEPS e tem favorecido a constituição de novos coletivos como a Articulação Nacional de Extensão Popular e Saúde (ANEPOP), voltados aos processos de formação de profissionais, particularmente, à política de extensão universitária.

Os relatórios das XII e XIII Conferências Nacionais de Saúde apontam deliberações emergentes do campo da

educação popular e identificam proposições que apontam para o diálogo com a saúde, afirmando a construção da política como processo democrático, no qual se observam as regras fundamentais da participação social: universalidade, equidade, confiança e solidariedade como representatividade e construção de consensos e argumentos que publicizem a razão instrumental da gestão pública.

A participação desses coletivos na formulação de políticas e atividades do MS tem colocado em evidência os princípios da Educação Popular em Saúde nos processos de Educação Permanente para o Controle Social na Saúde, na Política Nacional de Humanização no SUS, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Projeto Vidas Paralelas da área da Saúde do Trabalhador, na Estratégia Saúde da Família e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

No Fórum Social de Saúde de Belém, realizado em 2009, a educação popular em saúde protagonizou, através da Tenda Paulo Freire, o Espaço Saúde, Cultura e Democracia e, na edição de 2010, a Tenda articulou o Espaço Saúde e Cultura Mercedes Sosa em Novo Hamburgo-RS, que consolidaram a articulação entre os movimentos populares, propiciando o debate com o Governo no sentido da formulação de uma política nacional de educação popular em saúde.

Em 2009, com o objetivo de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de educação popular em saúde e fortalecer o apoio e a visibilidade destes no contexto do SUS para a implementação da gestão participativa no SUS, é constituído o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MSOs, coletivos e movimentos da educação popular em saúde, que compõem, junto à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS, o Comitê de Apoio à Educação Popular em Saúde que reúne um coletivo de 36 (trinta e seis) membros titulares e seus respectivos suplentes. Das representações da sociedade civil, são 13 movimentos populares, duas entidades dos movimentos representativos dos gestores, e são 9 representações do governo entre áreas técnicas do MS e instituições ligadas ao SUS, com os objetivos voltados para a construção compartilhada e colaborativa entre a gestão e os movimentos. Dentre os objetivos, destacamos: “participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS.”⁴

Na perspectiva de consolidar este objetivo e ampliar a legitimidade da política junto à sociedade, no sentido da eficácia democrática, têm sido realizadas reuniões periódicas

cas com o conjunto das representações que compõem o CNEPS, tendo como um dos produtos o Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde, lançado pela SGEP/MS que visa evidenciar, reconhecer e premiar iniciativas de Educação Popular em Saúde realizadas em diálogo com as classes populares e voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, em especial aquelas que propiciem a articulação da cultura e dos saberes e práticas populares com as ações e políticas públicas de saúde, em homenagem a Victor Vincent Valla (1937-2009), professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, um dos mais importantes intelectuais e militante da educação popular em saúde no país.¹⁷

Outro produto do Comitê foi a realização dos Encontros Regionais de Educação Popular em Saúde para promover a escuta ativa e a discussão descentralizada e democrática sobre a formulação da PNEPS-SUS. No total, foram realizados, em 2010, seis encontros, contribuindo com intenso processo de mobilização social.

A metodologia vivenciada nestes encontros propiciou a configuração de espaços democráticos onde foram refletidos os princípios e as bases históricas da Educação Popular em Saúde, ressaltando a adoção e respeito ao saber popular, o encontro com outros saberes, a escuta e a partilha. Esta metodologia foi potencializada por um texto de apoio denominado “Carta ao Participante: Trilhas Metodológicas para os Encontros Regionais de Educação Popular em Saúde”, construído coletivamente pelo CNEPS com o objetivo de apoiar o modo compartilhado, afetivo e reflexivo que dá suporte metodológico à vivência desses princípios nos encontros regionais.

Nesses encontros, observamos a participação significativa e diversificada de atores, reunindo educadores, representantes dos movimentos populares, universidades, trabalhadores, gestores do SUS e militantes de outras áreas e setores, demonstrando a potência da educação popular em saúde em mobilizar sujeitos e movimentos sociais na defesa do direito à saúde e fortalecer o desejo por espaços mais participativos e identificados com a cultura popular no cenário da formulação, gestão e controle social nas políticas de saúde.

A Educação Popular em Saúde como Política

Ao tratarmos a educação popular em saúde como política, em primeiro lugar, é necessário refletir sobre o contexto em que tal proposição aparece como uma possibilidade. Isto é, que forças políticas, que arenas e quais atores trazem para a agenda política da saúde a questão da

educação popular. Mas a questão problematizadora que nos leva a um entendimento mais ampliado é a seguinte: qual o sentido de uma política dessa natureza?

Obviamente, não é nosso objetivo discutir conceitos das ciências políticas, mas é fundamental compreender que a implementação de determinada política pública é função do Estado, mas sua formulação, dependendo do grau de participação social, deve ser protagonizada pela sociedade civil.

Partindo dessas premissas, a concepção de democracia se faz importante na conjuntura mundial atual. No plano dos modelos de democracia, predomina a concepção formal e procedimental que tem sua expressão nos princípios de representatividade da participação da sociedade, na legislação e execução do que é considerado legítimo como resposta às demandas apresentadas pelas representações dos segmentos da sociedade. Uma outra concepção volta-se mais à questão da participação na perspectiva da inclusão social, ou seja, tem como preocupação formas de ampliar a participação dos segmentos que compõem a diversidade da sociedade.

Para Eibenschultz¹⁸, a formulação de políticas em sociedades democráticas compreende um ciclo desencadeado pela construção da vontade política, que preside a formalização de normas jurídicas necessárias para garantir, legalmente, a concretização da vontade política coletivamente construída. Estas, por sua vez, orientam arranjos institucionais e organizacionais capazes de produzir as ações necessárias e o controle da sociedade, avaliando e trazendo temáticas que irão compor novos elementos para a sociedade que se manifesta e define a formulação de novas políticas.

Nesse sentido, a vontade da sociedade em apontar determinada política como necessária à resolução de seus problemas remete a questões concernentes à construção desta vontade: quais os discursos, práticas e conhecimentos que fundamentam o problema? Quais argumentos explicam a situação? Quais as justificativas? Quais movimentos são desencadeados no sentido de transformar a vontade de determinado grupo em vontade geral?

A educação popular tem como uma de suas bases a apreensão da realidade de uma maneira crítica. Como dizia Paulo Freire, trata-se de aprender a ler o mundo e descobrir qual o seu lugar nesse mundo.¹⁹ A educação popular em saúde problematiza o que determina a situação de adoecimento, sofrimento e cuidado a partir das concepções, saberes e representações sociais da população.

Desde que o saber cuidar do outro foi expropriado da sociedade e configurado em determinadas técnicas produzidas por determinados atores legalmente reconhecidos como

tais, exercidas em determinados lugares e acessível somente a alguns²⁰, a dinâmica da vida se reduziu a estar ou não estar doente e esta situação definida com base em normas que determinam o normal e o patológico.²¹ E o agenciamento da saúde, como ausência de doença, e desta, como sendo a falta de algo para fazer a máquina humana funcionar (o corpo), reproduz, no imaginário popular, a ideia de saúde restrita ao consumo de serviços e de medicamentos.

Dessa forma, a educação popular em saúde como política exige, como pressuposto, a compreensão ampliada de saúde e o entendimento crítico de seus determinantes sociais a fim de que cada sujeito perceba qual o mundo em que vive e suas possibilidades de agir para modificar este mundo.

E, entendendo que a apreensão crítica do mundo e a aproximação com a possibilidade de gerar movimentos que levem à transformação da situação vivenciada acontecem no processo de constituição dos indivíduos em sujeitos, um outro pressuposto imprescindível para uma política nacional de educação popular em saúde é o sentido de autoria e protagonismo, ou seja, entender o SUS como resultado das lutas e conquistas da sociedade, o que exige o resgate histórico da participação dos movimentos populares na construção da proposta da Reforma Sanitária Brasileira.

Para os movimentos populares que, historicamente, vivenciam a educação popular como dispositivo na construção do sentido para sua existência como ator político, na direção de suas bandeiras de luta, na organização e metodologia de trabalho e na formação de seus quadros e lideranças, a educação popular em saúde traz, inevitavelmente, o pressuposto da integralidade da política, pois, de maneira geral, lutam no enfrentamento de problemas que aparecem no mundo da vida, na forma de um sofrimento difuso.²²

Para Dias²³, os novos movimentos sociais emergem, assumindo a condição de sujeitos de um modo de fazer política que tem como característica a afirmação positiva de sua existência e a centralidade na ação coletiva. Para a autora a:

*“visibilidade das ações está presente em diferentes espaços: em pequenos grupos descentralizados que escolhem o próprio modo de participação nos espaços públicos e coletivos; em espaços globais, na mídia e, portanto, fazendo parte de nossas experiências cotidianas do dia-a-dia. Faz-se presente também no elenco de temas para discussão no campo acadêmico e, o que é mais relevante, orientando políticas em agendas públicas”*23:93

É a integralidade desse cotidiano de insegurança e incerteza que orienta o pressuposto de uma política cujo eixo estruturante é o modo de vida dos sujeitos em suas múltiplas dimensões. A integralidade da dimensão física e espiritual de homens e mulheres; integralidade de saberes, de práticas, de espaços de atuação e dos sujeitos destas práticas. Integralidade apontada pelos movimentos populares na luta pela Reforma Sanitária, pois seu construto tem como base a melhoria das condições de vida.

O sentido da integralidade que serve de direção aos movimentos populares inclui necessidades impossíveis de serem setorializadas como o são as respostas institucionais decorrentes das políticas públicas, evidenciando a contradição entre as formas instrumentais e administrativas de organização do Estado e a dimensão da interação social no nível do cotidiano.²⁴

Esta contradição, ao lado do imperativo ético da articulação entre integralidade das necessidades e intersetorialidade das políticas públicas, ganha maior nitidez na fase de implementação, considerando que, nesta fase, as políticas se expressam na produção de ações condizentes com seus pressupostos, diretrizes e objetivos. É também na fase de implementação das políticas que a disputa entre os recursos de poder, sejam técnicos, burocráticos, financeiros ou políticos, evidencia-se claramente, explicitando objetivos não discursivos.

A integralidade ganha sentido no plano da política, como pressuposto e diretriz. Pressuposto, considerando que toda ação pedagógica (educativa) ocorre entre sujeitos e que as práticas de saúde são, por sua natureza, práticas “humanas” que não se concretizam sem alteridade nessa relação. A reconstrução da integralidade do sujeito e, nesse processo, a construção de um mundo possível no qual a saúde seja considerada em sua amplitude como direito de cidadania, é a diretriz necessária para compreender relações entre sujeitos sociais em sua singularidade e diversidade.

Sujeitos tornados atores institucionais e políticos que, por sua vez, justificando a educação popular como estratégia necessária para promover o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS, contribuem para a participação social na saúde, a gestão participativa no SUS e o desenvolvimento de práticas de saúde integrais, humanizadas e resolutivas.

Princípios e diretrizes se traduzem em objetivos articulados que definem a abrangência proposta pela política, por meio da organização dos recursos disponíveis no tempo e no espaço real para responder àquilo que a sociedade, de forma democrática, apresenta como desejos, necessidades ou demandas.

A formulação da política é processo enquanto sua formalização é um percurso burocrático, embora, em alguns momentos, a burocracia atue como ator político²⁵ chamando atenção que, na democracia participativa, a racionalidade da burocracia pública deve ser orientada para o desenvolvimento de ações instrumentais que viabilizem as decisões deliberadas.

A nova maneira de fazer política trazida pelos movimentos populares encontra-se na participação social na formulação, no processo de formalização, na implementação e no controle social da política apresentada. A construção diversa e compartilhada do problema que justifica e orienta a política legitima-o como coletivo diante dos sujeitos que o vivenciam e o vocalizam, representando o processo pedagógico no qual é possível projetar o inédito viável, a imagem, o objetivo no linguajar do planejamento, dando sentido e orientando os objetivos que a política pretende atingir.

Entretanto, esse movimento, no sentido da práxis, articula-se com o que ocorre no mundo das ideias e das representações no qual os conceitos e as formulações teóricas não são desvinculados. E, nessa perspectiva, novas questões surgem: qual o problema que justifica uma política nacional de educação popular em saúde? Como esse problema foi construído? Em que fóruns? Quais atores? Como ocorrem e que critérios definem a representatividade de seus participantes? São fóruns participativos nos quais se exerce a ação comunicativa?^{26,27}

Os coletivos articulados em torno da educação popular em saúde têm realizado fóruns representativos e participativos aglutinando diversos segmentos da sociedade: movimento estudantil, negro, do campo, de mulheres, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis), profissionais de saúde, professores, pesquisadores, educadores e lideranças populares, conselheiros e alguns gestores. E aqui duas reflexões se tornam importantes: a) a representatividade que decorre da diversidade, ou seja, no âmbito dos coletivos sociais existe a necessidade de ressignificar a representatividade normativa da democracia processual, a fim de que as bases da representatividade sejam dadas por valores éticos de confiança e solidariedade entre os sujeitos sociais e atores políticos; e b) a participação e deliberação que acontece por meio de argumentos que geram consensos, isto é, a tomada de decisões a partir do diálogo e reflexão argumentativas, distanciando-se processos decisórios com base em critérios de maioria de participantes.

E, nesse sentido, Avritzer²⁸ aponta para novas formas de representação para além da eleitoral, consistindo nos tipos de autorização que a sociedade delega a seus repre-

sentantes em três papéis políticos distintos: o de agente, o de advogado de temas e de partícipe.

Para o autor, o papel de agente está relacionado à representação eleitoral, enquanto o papel de advogado de temas, isto é, o ator político que sistematiza e traz para o debate público novas temáticas e interesses, tem relação com as organizações não governamentais e o de partícipe encontra-se na sociedade civil dado pela experiência e especialização nos temas defendidos.

Considerando que, nestes espaços, se constrói a vontade coletiva e que, no reconhecimento e afirmação dessa vontade, encontram-se as bases da democracia participativa, no I e no II Encontro Nacional da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação em Saúde (ANEPS), realizados respectivamente em 2003 e em 2006, e no III Encontro Nacional da Rede de Educação Popular em Saúde, em 2007, foram apontadas questões sobre a relação da educação popular com os espaços de gestão e interlocução com outros setores e movimentos; a participação e o controle social na saúde; os processos formativos e a educação permanente; as práticas integrativas e tradicionais de cuidado à saúde; planejamento, metodologia e avaliação das ações de educação popular e saúde no diálogo com o saber e culturas populares; dimensões do cuidado à saúde nas práticas populares; processos de pesquisar na educação popular e saúde e de socialização e comunicação de conhecimentos científicos e tecnológicos.

Nessas bases, vislumbramos a abrangência da educação popular em saúde enquanto política estratégica articulada à política do SUS, qual seja: práticas que se desenvolvem nos serviços de saúde; processos de formação de profissionais e de lideranças sociais; ampliação e qualificação da participação popular em saúde; ampliação, formação e qualificação do controle social em saúde e produção de conhecimentos.

A rearticulação dos movimentos sociais que trabalham com a educação popular na defesa do direito à saúde, organizando setoriais de saúde, a institucionalização, no MS, de espaços e práticas alinhadas a seus princípios e a ampliação de canais de interlocução entre Governo e Sociedade Civil, principalmente a partir de 2003, contribuíram para que a educação popular em saúde se tornasse, ao mesmo tempo, dispositivo agregador na militância de saúde e tema de reivindicações.

Neste cenário, a educação popular em saúde ganha visibilidade em eventos acadêmicos nos quais seus sujeitos epistêmicos e históricos²⁹ apresentam em mesas redondas, conferências, teses, experiências, argumentos e justificativas além de produzirem acontecimentos como as Tendências de Educação Popular em Saúde. As Tendências têm se configurado

em espaços livres, democráticos, solidários e integradores de práticas e saberes, incluindo, nos eventos acadêmicos, as vozes dos movimentos populares locais, construindo outras formas de entender as determinações da saúde no sentido mais amplo possível, além de desencadear e transversalizar outros movimentos.

Esta forma de participação através da realização de tendas se iniciou no Espaço de Saúde e Cultura Ernesto Che Guevara no V Acampamento Intercontinental da Juventude (AIJ) do Fórum Social Mundial, realizado em 2005, na cidade de Porto Alegre-RS, aliando debates, rodas de conversa e mobilização popular na defesa do direito à saúde ao modo de cuidar inspirado nas práticas populares.

Como espaço oficial de atenção em saúde do AIJ, propiciou a vivência na construção de uma articulação radical entre práticas acadêmicas como a alopatia e aquelas de domínio popular como a fitoterapia, massoterapia e práticas tradicionais, concretizando práticas de saúde no cuidado, ato que significa mais que a assistência, pois envolve relações mediadas por saberes, afeto, confiança e continuidade.

Esta configuração apontou os limites ao cuidado intrínsecos ao modelo tecnicista e autoritário hegemônico, evidenciou o contraste com as práticas modelizadas pela mercantilização da saúde impostos pelo modelo atual e, principalmente, vislumbrou possibilidades concretas de integralidade de saberes, de práticas, de sujeitos e de espaços terapêuticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sentido de irmos delimitando sínteses provisórias da problemática, contextualizamos a educação popular em saúde como movimento e prática social que se organiza na construção de um projeto político para a saúde na perspectiva das classes populares; e como tema de reivindicação, enquanto política específica a ser integrada no SUS por parte dos coletivos que se organizam em torno da educação popular em saúde. Nesse percurso, tomamos como referência, para problematizarmos o debate, indagações que surgem dos conceitos básicos das Ciências Políticas e inerentes aos processos de formulação e implementação de políticas públicas.

Nesse sentido, os limites e as possibilidades da educação popular em saúde, como política do SUS, são contínuos e permanentemente definidos, em última instância, na dinâmica da conjuntura política presente, que define as relações entre Governo e Sociedade, entre as forças e interesses políticos partidários, as alianças que ocorrem nas representações nos Poderes Legislativo e Executivo, assim como as

relações internas na definição de estratégias políticas e na organização das bandeiras de luta dos movimentos sociais. A ampliação quantitativa dos espaços de participação social, de per se, não garante que as demandas populares sejam incluídas nas políticas públicas.³⁰

Entendemos que as demandas populares se apresentam alicerçadas nos direitos humanos fundamentais que foram sendo expropriados do cidadão brasileiro, sendo sua ausência manifestada de forma integral na vida cotidiana: educação, transporte, moradia, entre outras. Na maioria das vezes, quando ocorre a inclusão dessas demandas na pauta das políticas sociais, podem ocorrer duas situações: a incorporação fragmentada de intervenções isoladas sob a responsabilidade de vários setores do governo que não potencializam seus efeitos no sentido de ampliar a cidadania; e a incorporação, na agenda de direitos humanos, de intervenções transversais às políticas sociais, que dependem, para sua viabilidade, dos níveis de articulação entre os setores e de processos de gestão colegiada.

Em decorrência, emerge uma questão nas políticas públicas e nos modelos de organização dos serviços públicos: a intersetorialidade. No campo da saúde, a intersetorialidade das políticas tem sido apontada como estratégia fundamental para a promoção da saúde da população. Apesar da necessidade, a integralidade das políticas e de suas ações encontra-se no plano das tentativas, salvo algumas experiências isoladas de caráter não governamental.

A educação popular em saúde como política tem a intersetorialidade como um de seus pontos críticos que podem se transformar em limites ou possibilidades. Limites, na medida em que a institucionalização de uma política como processo político identifica arenas, produz atores, discursos, constrói estratégias e, principalmente, define campos próprios a cada setor - o setor de saúde, de educação, de assistência social - que se tornam arenas de embate e disputas de interesses diversos. A dinâmica e a autonomia relativa do aparato técnico e burocrático, quando os movimentos da sociedade civil mostram baixo nível de organização e interlocução com a gestão pública, transformam a burocracia em ator político, fazendo com que a política passe a depender mais dos processos normativos que da vontade e mobilização da população.

Possibilidades, pois a intersetorialidade na política significa respostas institucionais destinadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, que se traduzem em algum nível de impacto nas condições de vida das pessoas. O alargamento da esfera pública, no qual se debatem os diversos projetos de vida coletiva por meio de ações comunicativas, permite a construção de demandas intersetoriais com viabilidade técnica e política. Mas, se o

espaço público passa a ser colonizado pela esfera privada, na qual são apresentadas questões corporativas mediadas pela inclusão via acesso a consumo de bens e serviços, a intersetorialidade apresentada pelos movimentos sociais, sujeitos das necessidades em saúde e proponentes de projetos de transformação, é capturada por um sistema de filtros de natureza diversa que justificam a seletividade das necessidades a serem transformadas em demandas³¹, reproduzindo a hegemonia de determinados interesses da sociedade, questionando o sentido da democracia participativa.

A experiência tem demonstrado que políticas específicas da saúde (negros, LGBT, campo e floresta, entre outras) têm sido formuladas e institucionalizadas a partir de pressões de movimentos sociais específicos que se organizam pelos direitos de cidadania (onde se incluem os direitos culturais). Dependendo do grau de articulação do movimento, as pressões têm origem em manifestações de representantes legislativos, em comissões ou grupos de trabalho institucionalizados (na maioria das vezes compostos por representantes do governo e da sociedade civil) para apoiar o processo de formulação da política, pautados em reivindicações resultantes de fóruns, conferências, congressos.

Nesse sentido, é preciso atentar que o aumento da pressão política que ocorre por via institucionalizada corresponde à diminuição de manifestações públicas, coletivas, decorrentes da mobilização, embora manifestações como a Marcha das Margaridas, o Grito da Terra, a Marcha do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) tenham fundamental importância na condução do processo de formulação e formalização da política de saúde da população do campo e da floresta.

Ao comparar os cenários da trajetória da educação popular em saúde e seu processo de organização e articulação com os movimentos sociais, evidenciamos a coerência com o processo político e institucional de ampliação dos espaços de interlocução entre necessidades e demandas populares com o governo, inclusive com a criação de órgãos da administração direta com este fim.

Entretanto, a existência de relações formalizadas entre governo e movimentos sociais e a ampliação da participação social necessariamente não significam que estamos vivenciando uma situação na qual se exerça a ação comunicativa. Espaços dessa natureza são cenários de embates, de disputas e de afirmações de identidade de seus componentes.

O debate crítico e a construção coletiva propiciam o que poderíamos chamar de legitimação dos projetos políticos diante de seus próprios protagonistas, distanciando-se da representatividade e aproximando-se de um processo democrático participativo de formulação de políticas.

Considerando que uma política emerge diante de insatisfações e vontades da sociedade que são respondidas pelo Estado por meio de organizações que produzem os atos que colocam a política no cotidiano da população, os limites e possibilidades encontram-se em estágios que caracterizam seu processo de institucionalização, ou seja, encontram-se, em um primeiro estágio, nos elementos da conjuntura que favorecem ou impedem que os pressupostos e princípios teóricos e filosóficos orientadores da política mostrem coerência e passem a ser incorporados na Política Nacional de Saúde; em um segundo estágio, nos recursos e tecnologias necessárias à constituição de organizações e serviços produtores de ações sistemáticas por meio de programas e projetos preconizados pela política específica e, finalmente, os limites e possibilidades que se vislumbram para que as ações de educação popular em saúde passem a integrar os processos de interação entre grupos, movimentos sociais e gestão pública.

A reflexão sobre os limites e possibilidades da institucionalização, aliada à análise do processo histórico de configuração da educação popular no setor saúde, destaca a característica e a cultura própria deste jeito de pensar e fazer saúde na qual a institucionalização apresenta-se como um processo permanente de vir a ser.

O retrato da institucionalização da educação popular em saúde explicita um movimento de conquistas periódicas e cotidianamente alimentado por espaços de encontros, em que a construção coletiva desencadeia inquietações, sentimentos, sonhos e estratégias de superação que também são compartilhadas. Essa cultura ou característica não poderá ser abrandada pela instituição de uma política nacional. Esta, sim, deve ser um instrumento de potencialização deste desejo de mudança que provoca seus atores a se mobilizarem por conquistas no sentido de uma saúde mais humanizada, identificada com a cultura popular, portanto democrática e participativa, a qual alicerça-se no SUS como projeto político de referência.

Por fim, é importante destacar a necessidade de a educação popular não ser desvinculada de seus princípios. Seus pressupostos devem estar cotidianamente sendo revisitados, para que não seja transformada em um modismo metodológico. Uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde deve ter como interesse primeiro promover a aproximação entre o SUS e aqueles que a realizam, inserindo-a no cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, entre gestores e trabalhadores da saúde com os cidadãos e movimentos sociais. Aproximação esta para além do contato precário já existente, mas uma aproximação que fortaleça a identidade entre estes enquanto cidadãos portadores de direito e corresponsáveis pela construção do futuro.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2001; 5(8):121-6.
2. David HMSL, Acioli S. Mudanças na formação e no trabalho em enfermagem: uma perspectiva de educação popular e de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):127-31.
3. Brasil. Portaria n. 1.256, de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). [Citado 2008 jan. 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1256_17_06_2009.html
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Mais saúde: direito de todos: 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Lapassade G. *El analizador y el analista*. Barcelona: Gedisa; 1979.
8. Huber L. *Do poder sobre o corpo ao corpo de poder [dissertação]*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2002.
9. Daron V. *Educação, Cultura Popular e Saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais [dissertação]*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Educação; 2003.
10. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 287-301.
11. Paim J. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2007.

12. Manfredi SM. Política: educação popular. São Paulo: Símbolo; 1998.
13. Faleiros V, Vasconcellos LCF, Silva JFS, Silveira RMG. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Gohn MG. Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In: Gohn MG, organizador. Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes; 2003. p.13-32.
15. Pedrosa JIS. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Rev APS. 2008; 11(3):303-13.
16. Paludo C. Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2001.
17. A contribuição de Victor Valla ao pensamento da educação popular. Rev Bras Educ. 2009 dez;14(42):576-90.
18. Eibenschultz C. Poder, salud y democracia. In: Taller de Medicina Social. 2ª ed. Caracas: Universad Central de Venezuela; 1991. p. 121-35.
19. Freire P. Pedagogia do oprimido. 5ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1978.
20. Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2004.
21. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.
22. Valla VV. As classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 77-90.
23. Dias E. Arqueologia dos movimentos sociais. In: Gohn MG, organizador. Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 91-111.
24. Avritzer L. Cultura política, atores sociais e democratização: uma crítica às teorias da transição para democracia. Rev Bras Ciênc Soc. 1995; 28(1):109-22.
25. Luchessi G. Burocracia e política: arena ou ator? In: Teixeira SF, organizador. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO; 1989.p. 157-79.
26. Habermas J. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70; 1994.
27. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
28. Avritzer L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. Dados. 2007; 50(3):443-64.
29. Testa M. Saber en salud: la construcción del conocimiento. Rosário: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales; 1993.
30. Ciconello A. Relatório do Seminário: novas estratégias para ampliar a democracia e a participação. Recife: INESC; 2008.
31. Offe C. Problemas estruturais no Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.

Submissão: agosto de 2011

Aprovação: outubro de 2011
