

A CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR PARA A REORIENTAÇÃO DAS PRÁTICAS E DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Eymard Mourão Vasconcelos*

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos*

Marísia Oliveira da Silva***

RESUMO

Este artigo objetiva analisar a forma como a Educação Popular (EP) tem contribuído na reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. Trata-se de um trabalho de sistematização da reflexão teórica que vem acontecendo nos debates do movimento brasileiro de educação popular em saúde, iniciado na década de 1970, quando várias experiências de saúde comunitária começaram a ser organizadas, como parte do movimento de resistência à ditadura militar, buscando fortalecer a organização e a consciência crítica da sociedade civil. Nesse processo, muitos profissionais de saúde aproximaram-se da prática e da teoria da EP. Estas experiências criaram importantes referências práticas e teóricas para o processo de reforma do sistema de saúde iniciado na década de 1980. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a EP passou a orientar as atividades de muitos serviços e, posteriormente, a construção de formas de gestão mais participativas da política de saúde. Há um progressivo reconhecimento da importância da EP para a construção de uma integralidade mais radical na assistência à saúde e de uma promoção da saúde que contribua no fortalecimento da democracia e da justiça social. Assim, em 2013, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS).

Palavras-chave: Educação popular. Educação em saúde. Educação popular em saúde. Saúde comunitária. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

THE CONTRIBUTION OF POPULAR EDUCATION TO THE REORIENTATION OF HEALTH PRACTICES AND POLICIES IN BRAZIL

* Pós-doutor em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ). Doutor em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Médico. Professor do Departamento de Promoção de Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Endereço: Rua Gilvan Muri-beca, 215, ap. 301. CEP: 58045-220. João Pessoa-PB. E-mail: eymard.vasconcelos@gmail.com

** Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Médico. Professor do Departamento de Promoção de Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Endereço: Departamento de Promoção da Saúde - Centro de Ciências Médicas da UFPB - Cidade Universitária. CEP: 58051-900. João Pessoa-PB. E-mail: vasconcelos.marcos@gmail.com

*** Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora do Departamento de Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Endereço: Rua Tabelaio José Ramalho Leite, 1425, ap. 104. CEP: 58045-230. João Pessoa-PB. E-mail: anjosimar@hotmail.com

This article seeks to analyze the ways in which Popular Education (PE) has contributed to the reorientation of health practices and policies in Brazil. Its aim is to systemize the theoretical reflection that takes place in debates promoted by the Brazilian popular education movement in the health sector. Such debates were initiated in the 1970s, at a time when various community health experiences began to be organized as part of the resistance movement against the military dictatorship, in an attempt to strengthen the organization and critical consciousness of civil society. During this process, many health professionals embraced the practices and theory of PE. These experiences created practical and theoretical references that were of key importance during the reform of Brazil's health care system, a process that was initiated in the 1980s. Following the creation of the Unified Health System, PE began to have a major guiding influence on the activities of many health services as well as, later on, the construction of more participatory forms of management with respect to health policies. There is progressive acknowledgement of the importance of PE in the construction of a more radical integrality in terms of health assistance and promotion that contributes to the fortification of democracy and social justice. As a result, in 2013, the National Policy of Popular Education in Health – (NPEP–UHS) was approved.

Keywords: Popular education. Health education. Popular health education. Community health. Primary health care.

RESUMEN

LA CONTRIBUCIÓN DE LA EDUCACIÓN POPULAR PARA LA REORIENTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS Y DE LA POLÍTICA DE SALUD EN BRASIL

Este artículo busca analizar la forma en que la Educación Popular (EP) ha contribuido en la reorientación de las prácticas y de la política de salud en Brasil. Se trata de un trabajo de sistematización de la reflexión teórica que viene sucediendo en los debates del movimiento brasileño de educación popular en salud, iniciado en la década de 1970, cuando varias experiencias de salud comunitaria comenzaron a ser organizadas como parte del movimiento de resistencia a la dictadura militar, buscando fortalecer la organización y la conciencia crítica de la sociedad civil. En este proceso, muchos profesionales de la salud se acercaron a la práctica y a la teoría de la EP. Estas experiencias crearon importantes referencias prácticas y teóricas para el proceso de reforma del sistema de salud iniciado en la década de 1980. Con la creación del Sistema Único de Saúde, la EP empezó a orientar las actividades de muchos servicios y, posteriormente, la construcción de formas de gestión más participativas de la política de salud. Hay un progresivo reconocimiento de la importancia de la EP para la construcción de una integralidad más radical, en la asistencia a la salud y de una promoción de la salud que contribuya en el fortalecimiento de la democracia y de la justicia social. Así, en 2013, se aprobó la Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEP – SUS.

Palabras clave: Educación popular. Educación en salud. Educación popular en salud. Salud comunitaria. Atención primaria a la salud.

Introdução

Há um grande fosso separando o atendimento dos serviços de saúde da vida cotidiana da população. A maioria dos profissionais de saúde pouco conhece a dinâmica familiar e comunitária de convivência e enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente das classes populares. Para ela, muitas atitudes e falas dos usuários dos serviços, sobre suas estratégias de lidar com seus problemas, parecem desconexas e estranhas. Pouco se investe no esforço de compreender os saberes, as estratégias e as atitudes contraditórias da população diante dos desafios colocados pela busca da saúde. Internacionalmente, o grande esforço dos profissionais de saúde tem se concentrado no desenvolvimento e na aplicação de técnicas medicamentosas, cirúrgicas e de manipulação corporal que atuam no processo de adoecimento e de cura no nível biológico, voltando-se essencialmente para o enfrentamento de doenças específicas. Esta incompreensão e desconsideração têm gerado práticas de saúde marcadas pelo paternalismo, vanguardismo e autoritarismo, que ficam desintegradas e, até, em oposição às lutas pessoais e comunitárias pela saúde plena (VASCONCELOS, 2010).

Há, no entanto, um movimento significativo, entre os profissionais de saúde, por uma prática mais integral, participativa e equitativa, não apenas ao nível do fazer individual e local, como também na reorientação das políticas de saúde, que buscam orientar e organizar o conjunto de ações de saúde na nação. No Brasil, movimentos populares, de trabalhadores e intelectuais do setor saúde, inspirados por trabalhos comunitários orientados pela Educação Popular (EP), vêm participando da construção de muitos serviços de saúde com esta perspectiva, bem como do fortalecimento e da inspiração do movimento político no campo da saúde pública, denominado Movimento Sanitário, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. A EP vem tendo, assim, papel bastante significativo no setor saúde brasileiro no sentido da criação de caminhos para uma ação mais integrada com os valores, saberes, iniciativas e movimentos sociais (BRASIL, 2013).

EP é uma concepção teórica das ciências da educação que se estruturou inicialmente na Amé-

rica Latina, na segunda metade do século XX e que hoje está presente em todos os continentes. O educador brasileiro Paulo Freire (1921-1997) foi o pioneiro na sistematização teórica dessa concepção. Seus livros são ainda a principal referência internacional. A EP também é conhecida pelos nomes de pedagogia freireana (principalmente em outros continentes, onde ela se difundiu principalmente pelos livros de Paulo Freire), pedagogia da problematização e educação libertadora.

Este artigo procura analisar como se deu esse processo de aproximação da EP com o trabalho e as políticas de saúde, buscando explicitar a forma como a teoria e o movimento da EP têm influenciado as práticas de saúde no Brasil e procurando apontar a sua potencialidade para a criação de um sistema público de saúde mais participativo, justo e abrangente. Para isto, buscou-se sistematizar as experiências e reflexões presentes nos debates e nas publicações de participantes do movimento brasileiro de educação popular em saúde. Trata-se, portanto, de um trabalho de sistematização da reflexão teórica coletiva, que vem se desenvolvendo e se ampliando nos inúmeros congressos, encontros e reuniões do movimento da educação popular em saúde, bem como em muitas pesquisas acadêmicas sobre o tema.

A aproximação dos profissionais de saúde com o movimento e a teoria da Educação Popular

A EP constituiu-se, inicialmente, a partir das políticas de alfabetização de adultos no Brasil, mas se irradiou, na América Latina, para os mais variados setores sociais e profissionais. Esta apropriação da EP em diversos campos de prática social foi amplamente sistematizada por Streck e Esteban (2013). As reflexões realizadas a partir da experiência do setor saúde podem contribuir na elucidação de processos semelhantes ocorridos nesses outros setores, pois, em muitas dimensões, houve na saúde um pioneirismo em relação à apropriação da EP nas políticas públicas.

Inicialmente, predominou o movimento de aplicação da EP no contexto de práticas do setor saúde, com profissionais e militantes da luta pela saúde buscando aprender com autores e ativistas

da EP de outros campos do trabalho social. Posteriormente, os desafios específicos do trabalho em saúde começaram a exigir reflexões próprias e a gerar produções teóricas que passaram a ser reconhecidas como importantes em espaços de debate, como o Grupo de Trabalho de Educação Popular da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação (ANPEd), que na sua 36ª Reunião Anual, em 2013, em Goiânia (GO), organizou o minicurso “Contribuições da Educação Popular em Saúde para a Educação Popular”.

O significado da EP para o setor saúde fica mais evidente se for considerada a perspectiva dominante de relação com o mundo popular, no meio médico, e a concepção de educação em saúde historicamente hegemônica, até a década de 1970, no Brasil. A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas, até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Procurava impor normas e comportamentos por elas considerados adequados (VASCONCELOS, 2010).

Nesse sentido, é importante também lembrar que até o final do século XIX, a saúde das classes populares não recebeu nenhuma ação significativa do Estado e da elite econômica. Para combater as epidemias de varíola, peste e febre amarela nos grandes centros urbanos, no final do século XIX e início do século XX, se estruturaram as primeiras intervenções ampliadas do Estado voltadas para a saúde da população. Essas epidemias estavam trazendo grandes transtornos para a exportação de café. Aconteceram, então, as primeiras práticas sistemáticas e ampliadas de educação em saúde. Num contexto político de forte domínio das oligarquias rurais e de uma extrema debilidade política das classes populares, cuja maioria havia recentemente saído da escravidão, a educação em saúde era ainda breve e marginal naquelas campanhas urbanas de saúde pública porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos. Predominava a imposição de normas e medidas de saneamento

consideradas científicas pelos técnicos e burocratas, muitas vezes por meio de ações de cunho policial, criando-se o conceito de polícia médica (COSTA, 1986).

Foi preciso que a enorme expansão urbana do início do século XX criasse, nas grandes cidades, uma classe média mais independente das oligarquias rurais para que surgissem propostas menos autoritárias de intervenção na saúde popular. A crença, até então dominante, de que a salvação nacional passava pela europeização e branqueamento da população através da imigração estrangeira e imposição de novos padrões de comportamento começava a ser questionada por intelectuais. Estudos sobre as condições de vida e saúde da população rural, produzidos por médicos tropicalistas do Instituto Oswaldo Cruz, tiveram naquele momento uma grande repercussão política. Monteiro Lobato, expressando um clamor emergente nas grandes cidades, assume em 1918 a bandeira de luta: “Sanear é a grande questão nacional”. O problema brasileiro não estaria mais na raça, mas nas doenças que tornariam a população preguiçosa e sem iniciativa. As ações médicas e a educação assumem, então, uma importância central no debate político nacional. Apesar do relutante apoio do aparelho estatal, ainda dominado pelas oligarquias rurais, surgem, no final da Primeira República, várias campanhas e serviços voltados para o saneamento das periferias urbanas e das áreas rurais. Esta grande presença, no debate político, da educação em saúde voltada para o controle das endemias estava, no entanto, marcado pela ausência do ator popular como elemento ativo (COSTA, 1986). Suas práticas eram normativas: os técnicos tinham um saber científico que devia ser incorporado e implementado pela população ignorante. Se já não se via mais o povo como culpado pela situação de subdesenvolvimento do país, ele continuava, porém, sendo visto como incapaz de contribuições significativas para a solução dos problemas locais, enquanto não melhorasse sua situação de saúde e educação pela implementação das medidas proclamadas.

A partir de 1930, a ação estatal no setor saúde concentra-se na construção de um sistema previdenciário destinado aos trabalhadores mais organizados politicamente. Para os trabalhadores participantes dos novos institutos de previdência

pública, as ações de saúde de caráter coletivo são esvaziadas em favor da expansão da assistência médica individual. Ações educativas em saúde ficaram restritas a programas e serviços destinados a populações à margem do jogo político central, priorizando o combate das doenças infecciosas e parasitárias. Torna-se evidente outra característica das práticas de educação em saúde no Brasil: são implementadas como uma forma de substituir e justificar a não organização de serviços de saúde bem estruturados. Em algumas situações conjunturais específicas, estes programas e serviços se expandem. É o caso da crise na produção mundial de borracha e manganês durante a II Guerra, que torna militarmente estratégico para os países aliados o incentivo de sua extração no Brasil. Com esta finalidade, se organiza, sob o comando de militares norte-americanos, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na região amazônica e no vale do Rio Doce. Estes serviços significaram a vinda para o Brasil de novas tecnologias de medicina preventiva e formas de gerenciamento institucional. Para a educação em saúde introduziram-se novas técnicas de difusão de informação e convencimento, no entanto a população continuava a ser vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias (VASCONCELOS, 2001).

O governo militar, iniciado com o golpe de 1964, criou contraditoriamente condições para a emergência de uma série de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com o padrão acima descrito. 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. Com os partidos e sindicatos esvaziados pela perseguição política, a população vai aos poucos buscando novas formas de resistência. A Igreja Católica, que conseguira preservar-se da repressão política, apoia esse movimento, possibilitando o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas. A concepção educativa sistematizada por Paulo Freire constituiu-se como norteadora da relação entre intelectuais e classes populares naquele contexto social e his-

tórico. Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajam neste processo. Nos subterrâneos da vida política e institucional vão se tecendo novas formas de organização da vida social. Estas experiências possibilitam que intelectuais tenham acesso e comecem a conhecer a dinâmica de luta e resistência das classes populares. 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 saber acadêmico (VASCONCELOS, 2012).

O setor saúde foi exemplar nesse processo. A partir da década de 1970, muitos profissionais começaram a deslocar-se para as periferias urbanas e para regiões rurais, unindo-se a estas iniciativas educativas junto aos movimentos sociais emergentes. Começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, nas quais profissionais de saúde aprendiam a se relacionar com os grupos populares e a organizar ações de saúde integradas à dinâmica social local. Com o processo de abertura política do final da ditadura militar, movimentos populares que já tinham avançado na discussão das questões de saúde passaram a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados. A experiência ocorrida no início da década de 1980 na Zona Leste da cidade de São Paulo, que gerou um amplo movimento de saúde em dezenas de bairros, é o exemplo mais conhecido, porém o Movimento Popular de Saúde (MOPS) chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos estados brasileiros (L'ABBATE, 2009). 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 (VASCONCELOS, 2004).

A concepção da EP estava muito presente nessas práticas sociais. Os profissionais envolvidos começaram a descobrir que as classes populares não eram simplesmente uma massa de carentes e ignorantes, visão até então predominante no setor saúde. Passaram a ver que elas são compostas de pessoas e grupos com uma intensa “busca de ser mais” (expressão muito usada por Paulo Freire), com

significativos e surpreendentes saberes sobre como buscar a alegria e a saúde nas suas condições concretas de existência e com grande criatividade para participar ativamente da construção de soluções para seus problemas. Muitas experiências de saúde comunitária orientadas pela EP surpreenderam pela capacidade de construir, de modo compartilhado com a população, práticas de grande eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde ao levarem em conta o saber acumulado da população, os seus interesses, as forças sociais ali presentes e as peculiaridades da realidade local. Estas experiências geravam também uma maior solidariedade local, novas lideranças, organizações comunitárias e um protagonismo político, fortalecendo a sociedade para lutas sanitárias e sociais mais amplas. A difusão da EP no setor saúde ajudou a criar uma ruptura com o tradicional modo pedagógico, autoritário e normativo dos profissionais de saúde lidarem com as classes populares (VASCONCELOS, 2004).

A EP foi, assim, fundamental na construção e aperfeiçoamento de muitas práticas inovadoras que diferenciam o sistema público de saúde brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde. Nas experiências pioneiras de saúde comunitária, a EP ajudou na construção de importantes inovações que serviram de referência para o Movimento Sanitário pensar o SUS, principalmente os seus serviços de atenção primária à saúde (APS).¹

Cabe ressaltar que muitas das práticas mais inovadoras da APS brasileira foram criadas nessas experiências, muito antes da criação do SUS. Um exemplo importante são os agentes comunitários de saúde, no formato hoje existente no Brasil. Em meados da década de 1970, já existiam redes de agentes de saúde, em várias cidades brasileiras, formadas por trabalhos pastorais das igrejas cristãs, com práticas que inspiraram, bem mais tarde, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários

de Saúde e, posteriormente, o Programa Saúde da Família. O controle social por conselhos de saúde não foi uma invenção do SUS, pois já fora conquistado anteriormente, em muitos serviços e muitas cidades, pela luta dos movimentos populares de saúde. A tradição de enfrentamento de problemas específicos de saúde, através da discussão conjunta com a comunidade e suas organizações, foi introduzida e difundida por essas experiências pioneiras. A participação de todos os membros da equipe do serviço em rodas de conversa, na avaliação e no planejamento das atividades surgiu e difundiu-se nessas experiências de saúde comunitária. Os trabalhos educativos coletivos em saúde, através de grupos participativos, se aprimoraram e tornaram-se conhecidos nesta época. Estas práticas participativas, que se tornaram princípios e diretrizes da APS brasileira, são hoje internacionalmente reconhecidas e valorizadas. Representam uma herança da forte presença da EP nas experiências pioneiras de saúde comunitária.

Com a conquista da democracia política e a construção do SUS, no final da década de 1980, essas experiências localizadas de trabalho comunitário, autônomas em relação às políticas estatais, perderam sua importância, pois os movimentos sociais passaram a priorizar lutas por mudanças mais gerais nas políticas sociais. Além disto, os técnicos que nelas estiveram engajados passaram a ocupar espaços de gestão e planejamento nas instituições, onde uma convivência direta tão intensa com a população é mais difícil. Entretanto, a experiência de integração comunitária vivida por tantos intelectuais e líderes populares nessas experiências locais de saúde, o saber ali construído e as práticas de saúde inovadoras descobertas continuaram a repercutir. Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais começaram a enfrentar o desafio de incorporar, no serviço público, a perspectiva teórica e metodológica da EP, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional. Passaram a enfrentar tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante, como a carência de recursos, em parte ligada aos conflitos políticos pela distribuição e apropriação do orçamento numa conjuntura de crise fiscal do Estado. Neste sentido,

¹ Os serviços de saúde no SUS, como em muitos outros sistemas de saúde de outros países, se dividem em serviços de atenção primária (próximos dos locais de moradia, de fácil acesso e com tecnologias menos caras; são os serviços mais numerosos e responsáveis pelo enfrentamento da maioria dos problemas de saúde), atenção secundária (atendimento especializado referido pelos serviços de atenção primária) e atenção terciária (serviços de maior sofisticação tecnológica para situações mais exigentes de procedimentos custosos). Estes três tipos de serviços devem articular-se em uma rede integrada, em que os usuários são encaminhados, mas tendem a voltar para os serviços de atenção primária.

esses grupos engajaram-se na luta pela democratização do Estado, na qual a perspectiva de trabalho social da EP passou a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas (VASCONCELOS, 2012).

A partir do final da década de 1980, vários profissionais de saúde, entusiasmados com as potencialidades da EP no setor saúde, começaram a organizar-se e a produzir teoricamente sobre os caminhos de sua aplicação nos serviços de saúde (VASCONCELOS, 1988). Na década de 1990, eles organizaram a Rede de Educação Popular e Saúde² com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços de saúde. Foi o primeiro movimento organizado na América Latina, voltado para o fortalecimento da educação popular em saúde. Desde então, assistiu-se a uma importante organização institucional do campo da educação em saúde com grande influência da EP: 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 sobre o tema. 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.

Nos vários estados brasileiros, já existe um bom número de educadores populares com habilidade na reorientação de práticas de saúde e processos participativos nas políticas de saúde. Os resultados de suas intervenções mostram a importância da generalização da EP no SUS. Para o movimento da educação popular em saúde, não basta alguns saberem fazer; é preciso que este saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde. Para isso, é preciso encontrar caminhos administrativos

e de formação profissional que permitam que ela expanda-se institucionalmente. Parte significativa do movimento da educação popular em saúde tem se dedicado a este processo de institucionalização da Educação Popular no SUS. Para ela, a EP é um saber importante para a construção da participação popular, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, mas também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participativa de ação social (CORAGGIO, 1994). Para o movimento da educação popular em saúde, o avanço democrático e participativo nas políticas de saúde pode contribuir para a criação de referências, saberes e estratégias para a democratização mais radical do Estado brasileiro.

Várias iniciativas de governos municipais têm avançado nesse sentido. As experiências mais estruturadas de incorporação da metodologia da EP como instrumento de reorientação da globalidade das políticas de saúde aconteceram nas administrações municipais do Partido dos Trabalhadores nas prefeituras de Camaragibe, de 1996 a 2004 (OLIVEIRA, 2002), e Recife, de 2000 a 2004 (CAVALCANTI; STOTZ, 2004), ambas em Pernambuco, assim como na administração estadual no governo de Miguel Arraes de 1994-1998 (PERNAMBUCO, 1998). Em várias outras administrações municipais e estaduais foram também implementadas iniciativas menos abrangentes de fortalecimento da participação popular nos vários serviços, com a metodologia da EP. A partir destas experiências, hoje há um saber significativo sobre os caminhos administrativos e as estratégias políticas para utilização da EP como instrumento de gestão de políticas sociais.

Desde 2003, com a eleição de Luiz Inácio da Silva para a Presidência da República, a partir de proposta do movimento da educação popular em saúde, foi criada uma Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde e, posteriormente, uma Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social, no Ministério da Saúde. Várias iniciativas de abrangência nacional passaram a ser organizadas. Para que estas ações deixassem de ser iniciativas de funcionários simpáticos à EP e tornassem-se uma

2 A Rede de Educação Popular e Saúde articula-se principalmente através da lista de discussão na Internet (Disponível em: <<https://br.groups.yahoo.com/neo/groups/listadaredeedpopsaude/info>>.).

política de Estado, foi criado, em 2009, o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, com a participação de vários movimentos sociais e setores da administração pública, para construir e negociar esta política (BRASIL, 2009). Como resultado deste trabalho, em 2013, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEP-SUS) (BRASIL, 2013).

Em parte influenciada por essa iniciativa do setor saúde, em 2014, a Secretaria Geral da Presidência da República, depois de um longo processo de debate e negociações, lançou o Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas com a pretensão de apoiar os diferentes setores do governo em suas ações educativas e formativas para que, dentro de seus contextos, mandatos e abrangências, possam avançar para uma concepção de educação em sintonia com as diferentes realidades e com a perspectiva da valorização dos saberes populares, da humanização e da emancipação popular (BRASIL, 2014).

Características da Educação Popular que inovam no setor saúde

EP é um jeito de conduzir as ações educativas que se baseia em uma teoria pedagógica e em uma utopia política. Ela estruturou-se, inicialmente, na década de 1960, no Brasil, a partir dos desafios trazidos pela alfabetização de adultos das classes populares, mas hoje é aplicada em todos os campos do agir humano. É fruto de um movimento social de intelectuais, ativistas e organizações coletivas preocupadas e engajadas na luta pela justiça, solidariedade e pelo protagonismo social dos que hoje são subalternos, marginalizados, oprimidos e empobrecidos. A EP teve, em sua constituição, forte influência do cristianismo e do marxismo, perspectivas que antes pareciam difíceis de serem conciliadas. Seus principais intelectuais, inclusive Paulo Freire, são, antes de tudo, sistematizadores teóricos de um saber, construído nesse movimento social, que é muito maior que seus escritos acadêmicos. Esta é a riqueza da EP, mas também gera uma dificuldade teórica para sua definição clara e precisa que muitos profissionais de saúde gostariam de encontrar. Por ter aprendido muito com o saber e o modo emocionado do mundo popular, ela incor-

pora, em suas práticas, dimensões que não cabem em análises estruturadas apenas racionalmente e que são referidas, por muitos movimentos sociais que praticam a EP, através da palavra “mística”. Estas dimensões, apesar de serem difíceis de ser explicadas em um discurso puramente racional, são claramente percebidas e operadas nas práticas de EP.

A EP inspira-se em um projeto político e em uma utopia de construção de uma sociedade justa, solidária e amorosa, em que os que hoje são subalternos, marginalizados, oprimidos e empobrecidos sejam protagonistas ativos e altivos. Diferentemente de muitos outros projetos e utopias sociais, busca esta construção com eles e não para eles. Dessa forma, a estratégia central não é o posicionamento e o enfrentamento político de lideranças e grupos mais organizados, mas uma ação pedagógica voltada para a formação do protagonismo social desses sujeitos e grupos que hoje estão calados, não apenas no jogo político nacional, mas também em suas famílias, igrejas, comunidades, locais de trabalho, escolas e serviços de saúde.

A EP parte de uma leitura da realidade que percebe haver em todos os seres humanos e em todos os grupos sociais, mesmo os mais oprimidos e subalternizados: “uma busca de ser mais”. Nesta busca, que todos fazem, saberes são construídos e acumulados. As diversas classes e grupos sociais encontram formas de transmitir estes saberes para seus companheiros e para as próximas gerações. A potência do ato educativo é saber colocá-lo a serviço da “busca de ser mais” já existente em todos os educandos, valorizando os significativos saberes acumulados e os seus jeitos bem próprios de construí-los. Como os caminhos desta busca dos educandos são surpreendentemente diversos, o grande esforço a ser feito pelo educador é o de escuta e compreensão, para então poder contribuir com um saber seu que possa acrescentar ao dos educandos. Por isto, o diálogo é o elemento central da EP. Não um diálogo esperto que ouve apenas para identificar a melhor estratégia e linguagem para transmitir eficazmente um pacote de verdades e valores, mas um que parte do reconhecimento autêntico do educador da insuficiência de seu saber.

O exemplo a seguir demonstra a importância do diálogo para o trabalho em saúde: um especia-

lista de renome internacional sobre saneamento de favelas tem muitos saberes importantes para ajudar na solução dos problemas de esgoto de uma determinada favela, mas não sabe quais de seus muitos saberes são pertinentes para aquela realidade, aquelas pessoas e naquela conjuntura. Ele precisa, antes de tudo, ouvir para buscar a compreensão do que poderia ali ser útil. Os moradores e os técnicos daquela comunidade sabem muitos aspectos peculiares daquela situação. Soluções tecnicamente primorosas podem se tornar inviáveis se não respeitarem valores e interesses próprios daquela comunidade e dos profissionais locais envolvidos. O desafio é criar um processo continuado de construção dialogada das soluções, tendo clareza de que o objetivo, além de encontrar uma solução adequada para o esgoto da favela, é também ampliar a solidariedade local, fortalecer o protagonismo social de seus moradores e organizações e aumentar o nível de consciência crítica sobre a realidade, de forma a torná-los mais capazes para outras lutas e ações. No entanto, muitos têm buscado a EP apenas para ter acesso a técnicas eficazes de convencimento de grandes públicos e para difundir comportamentos e modos de encarar a vida que consideram justos e saudáveis.

A EP cuida, antes de tudo, da criação de espaços de conversa franca e amorosa, onde os subalternos e oprimidos sintam-se à vontade para expor suas dúvidas, seus interesses e suas considerações a respeito das questões. E isto não é fácil! O poder dos doutores, mesmo bem intencionados, costuma calar ainda mais a voz dos subalternos. O passado de opressão cria rancores, irritações e agressividades de difícil controle, podendo deixar tensas as primeiras conversas. As palavras do diálogo que se inicia costumam emergir confusas e contraditórias. As espontaneidades liberadas podem ser rudes e até agressivas. As lógicas expressas, quando o diálogo engrena, podem ser tão diferentes das lógicas imaginadas pelo profissional de saúde que, muitas vezes, ele nem as entende, desconsiderando-as. Outras vezes, trazem valores que chocam com os valores do educador. E os ritmos de envolvimento no processo educativo são diferenciados, exigindo paciência. É necessário, portanto, habilidades de manejo educativo e estudo dos contextos culturais dos grupos envolvidos para que o espaço de diálogo

avance (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2012). Quando isto acontece, é surpreendente a eficácia transformadora dessa metodologia. Soluções são construídas, pessoas e grupos envolvem-se na sua implementação e há um avanço no protagonismo social. Entretanto, neste processo ocorrem muitas mudanças no que era inicialmente previsto e isto irrita trabalhadores sociais mais diretos (VASCONCELOS, 2010).

Não basta proclamar a intenção de uma ação educativa dialogada e libertadora. É preciso saber implementá-la em contextos específicos. A EP é o saber e arte, com mais de 50 anos de acúmulo, sobre os difíceis caminhos desta implementação. Exige estudo e participação em grupos com pessoas mais experientes.

Educação Popular em saúde: uma pedagogia da problematização

Um elemento importante da metodologia da EP é a problematização. O diálogo pedagógico é aprofundado pela estratégia de tornar determinada questão, que está sendo enfrentada, em um problema a ser discutido e pesquisado com a participação de todos. Não é uma problematização de caráter didático, em que o educador configura a situação como um problema a ser debatido apenas para melhor envolver e desafiar os educandos, mas em que ele já sabe a solução correta. E que, logo depois de alcançada a sua solução, é lançado outro problema, um pouco mais complexo, para o ensino avançar em outros aspectos. Portanto, não é uma problematização utilizada apenas como estratégia de tornar mais ativo e eficaz o aprendizado de conteúdos que se avaliou como importantes.

A problematização utilizada pela EP tem como base uma epistemologia (um modo de processar e elaborar a produção do conhecimento) diferente, que parte do pressuposto da incompletude de todos os saberes. Para sua superação, não basta buscar apenas a interdisciplinaridade e o diálogo de especialistas no tema para a construção do conhecimento necessário, mas também, e fundamentalmente, a valorização dos saberes dos usuários, dos moradores e dos movimentos sociais envolvidos. Estes saberes valorizados pela EP não são apenas conhecimentos logicamente estruturados, mas também

saberes de outra natureza, como os saberes vindos da intuição, da sensibilidade e da emoção que surgem na arte, na vida espiritual, no envolvimento amoroso, na contemplação, nas brincadeiras, nas festas e na agressividade guerreira. É impressionante como as classes populares latino-americanas e seus movimentos sociais tornam-se ricos e ficam à vontade quando esses outros saberes são acolhidos e valorizados (BATISTA, 2012).

Na EP, a problematização não se esgota no encontro compartilhado de uma solução. Ela continua na sua implementação na realidade concreta, gerando novos desafios e reflexões. Os resultados da ação, com suas insuficiências, geram novas problematizações. Os fracassos e sucessos inesperados ensinam dimensões antes não consideradas. Um processo sem fim de reflexão, ação, reflexão, ação... Trata-se, portanto, de uma problematização vinculada à realidade e comprometida com sua transformação, o que não ocorre em muitas metodologias ativas e problematizadoras que são difundidas no setor saúde.³

Essa metodologia da problematização também cria problemas. Gera conflitos. Complica o que antes parecia mais simples, pois traz à tona outras dimensões e valoriza interesses e propostas que normalmente não são considerados. Pela leitura da dinâmica social feita pela EP, a realidade transforma-se também pela luta de projetos e interesses antagônicos. A desigualdade e a opressão são alimentos do privilégio e da distinção de grupos minoritários muito fortes politicamente. Não há como mudar a realidade sem enfrentamentos. Na medida em que a EP ajuda a fortalecer o protagonismo e a luta de grupos oprimidos e injustiçados, gera também antagonismos. Nem todos os enfrentamentos podem ser evitados. Por isto, quem implementa a EP precisa preparar-se para enfrentar conflitos e oposições, algumas vezes perversas (SILVA, 2013).

3 Com a criação do SUS e a constatação da inadequação da formação da maioria dos profissionais de saúde para operá-lo dentro de seus princípios fundamentais, as instituições públicas de saúde passaram a investir muito em processos de formação profissional. Passou-se a valorizar muitas pedagogias que enfatizam metodologias denominadas de ativas e problematizadoras, como o PBL (Problem Based Learning ou Aprendizado Baseada em Problemas) (MAMEDE et al., 2001) e uma denominada Educação Permanente em Saúde, inspirada no Movimento Institucionalista em Educação, fundada principalmente nas reflexões de René Lourau e George Lapassade (CECCIM, 2005).

A participação ativa de grupos sociais, antes calados, questiona e cria oposições a projetos tecnicamente muito bem preparados, irritando gestores das políticas sociais que costumam ficar isolados nos órgãos de planejamento. Assim, a proclamada valorização da participação popular nas políticas sociais não é ainda uma realidade autenticamente buscada no cotidiano dos serviços, por ser demais perturbadora da lógica dominante (VASCONCELOS, 2009).

Valorização de saberes e lógicas habitualmente desconsideradas

Para implementar essa metodologia da EP, exige-se uma atitude pessoal do educador, pouco apegada às suas próprias verdades e mais dedicada ao surpreendente que surgirá a partir do processo participativo. É uma atitude de curiosidade e respeito às incríveis possibilidades de pensar e organizar a vida, presentes nos vários grupos sociais, e também de generosidade para investir na compreensão de avaliações e propostas que se apresentam inicialmente confusas e irritadas, porque se sabe serem posicionamentos de pessoas e grupos que foram antes oprimidos e silenciados. É ainda uma postura de investir mais na riqueza de projetos e posicionamento gerados por processos participativos do que nas próprias crenças pessoais. Esta atitude não se obtém apenas com a formação pedagógica teórica, mas também com o desenvolvimento emocional. É preciso investir em processos de elaboração das emoções, expectativas e utopias do profissional através do autoconhecimento. A participação do educador em grupos, nos quais temas pessoais relacionados ao trabalho profissional possam ser discutidos com franqueza e amorosidade, ajuda muito nessa formação (SILVA, 2013; VASCONCELOS, 2011).

A vivência de experiências marcantes de EP, em que a descrença inicial na possibilidade de diálogo com os mais subalternos pôde ser superada e gerou resultados surpreendentes, vai criando uma convicção na potência deste tipo de metodologia. Vai tornando o profissional mais confiante para insistir na possibilidade de diálogo onde aparentemente isto não é possível (ALMEIDA, 2006; BATISTA, 2012; OLIVEIRA, 2006; PEIXOTO, 2013; VASCONCELOS; FROTA; SIMON, 2006).

A valorização dos movimentos sociais é outra importante dimensão da EP. Estes movimentos expressam, de forma mais clara, os interesses e saberes dos grupos sociais marginalizados, pois são espaços de elaboração de suas avaliações e propostas. Enriquecem muito o diálogo e a construção compartilhada das soluções. Ao mesmo tempo, são espaços de formação pessoal destes grupos para o protagonismo social e a altivez. Os movimentos sociais precisam ser apoiados e valorizados, pois são atores importantes no processo político de transformação da sociedade. As raízes de problemas locais de saúde muitas vezes estão fora do ambiente familiar e comunitário. Estão na forma como a sociedade se organiza política e economicamente. Neste sentido, estes movimentos são importantes atores no jogo de transformação social para além da dinâmica comunitária local. A EP busca trabalhar com eles e para eles.

Em muitos lugares, os movimentos sociais existentes são contraditórios, confusos e até controlados por grupos de interesse pouco legítimos (SILVA, 2013): contradição existe em todos os setores da vida social, e confusão é sintoma de um processo de elaboração ainda inicial. O trabalho de EP ajuda a criar espaços de problematização dessas contradições e confusões, superando-as. Valorizar os movimentos sociais é também saber questioná-los (VASCONCELOS, 2009).

Em outros lugares, não existem movimentos sociais bem organizados. Contudo sempre há muitas redes locais informais de solidariedade e apoio social, como: grupos de vizinhança, redes de parentesco, grupos religiosos, associações esportivas, grupos artísticos, pastorais etc. Estas redes são sementes de organizações comunitárias mais estruturadas. Para quem não tem experiência, elas podem parecer invisíveis, pois não têm sedes, diretorias ou horários formais de reunião e, algumas vezes, nem têm nome. A ampliação da organização comunitária precisa valorizar os grupos e as redes de solidariedade já existentes, mesmo que sejam frágeis e contraditórios. O trabalho educativo é desencadeante deste processo organizativo.

Se, por um lado, o preconceito com a capacidade propositiva das pessoas e dos grupos sociais mais marginalizados e oprimidos é um grande obstáculo para uma relação de diálogo autêntico,

de outro lado, a expectativa romântica, que espera a virtude essencial no que é mais simples ou menos influenciado pelo desenvolvimento moderno, é também um grande empecilho. Estas expectativas geram uma enorme dificuldade para lidar com as contradições e limitações que sempre se revelam no trabalho educativo.

Para sintetizar, pode-se afirmar que a EP é uma concepção de educação que tem cinco dimensões: uma leitura da realidade, um projeto de transformação da sociedade, uma metodologia de ação, uma epistemologia e uma atitude para o educador. Cada uma destas dimensões justifica-se pelas demais. Trata-se, portanto, de uma teoria e uma prática pedagógica bem elaborada, com dimensões logicamente estruturadas entre si e que vem alcançando crescente reconhecimento internacional. Entretanto a sua forte presença no trabalho social latino-americano, por várias décadas, fez com que ela se difundisse de modo irregular e parcial. É usual encontrar experiências orientadas por sua tradição, mas que desconhecem o seu nome e a sua teoria. Há muitas iniciativas educativas que utilizam apenas algumas de suas dimensões e que têm várias ações incoerentes com o conjunto de sua proposta. Outras dizem orientar-se pela EP, mas agem de forma antagonista aos seus princípios. O estudo e o debate teórico sobre EP é fundamental para tornar as suas práticas mais elaboradas e coerentes.

Potencialidades da Educação Popular para o trabalho em saúde

A atenção à saúde é um espaço riquíssimo para a ação educativa. A crise de vida, trazida pela doença, fragiliza a pessoa e seu grupo social, podendo quebrar barreiras que protegem sua intimidade mais profunda. O profissional de saúde, que adquire confiança e está próximo, tem acesso a essa intimidade, muitas vezes desarrumada e povoada de precariedades, que não costuma ser revelada para qualquer profissional. As pessoas, neste momento, passam por crises subjetivas e familiares que desencadeiam intensa elaboração mental, com questionamento dos valores que vinham orientando o seu viver. Assim, o cuidado à doença pode ser potente também na promoção da saúde e reorganização das relações sociais (BARRETO, 2013).

A aproximação com a vida familiar e comunitária, trazida pela APS, ajuda a revelar as dimensões emocionais, ambientais e sociais envolvidas no problema, enriquecendo imensamente o processo de cuidado. É preciso estar preparado para lidar com este espaço educativo que se abre quando se vai além de uma atuação centrada apenas na abordagem do órgão adoecido. Não é fácil lidar com tantas emoções e questões inesperadas. Todavia, é neste momento que se revela a potência e a beleza do trabalho em saúde. A experiência de ser intensamente significativo e de receber a gratidão profunda das pessoas, em momentos tão difíceis de angústia e reorganização do viver, é estruturante do ser profissional da saúde (LIRA, 2014; SILVA, 2013).

Abrir o cuidado em saúde para as múltiplas dimensões que se revelam, antes de tudo, assusta. Surgem problemas que parecem ser profundos demais para serem curados. Problemas com dimensões misteriosas, que não se tem como esclarecer em curto prazo, mas que exigem ações imediatas, muitas vezes dependentes de condições materiais, valores e iniciativas de familiares que não se conhece bem. A sensação mais habitual é a de impotência e angústia. Diante dessa complexidade, é impossível um agir profissional prescritivo e orientado apenas por um saber técnico, por mais que seja aprimorado. A grande solução está no diálogo com as pessoas envolvidas, construindo-se coletivamente as soluções necessárias. Para isto, é necessário saber ouvir e criar confiança para a expressão de seus saberes e questionamentos. Isto não é fácil, porque lidamos habitualmente com pessoas com uma história de silenciamento pelo passado de opressão e subalternidade. É preciso trazer, para a discussão do cuidado, outras pessoas e grupos sociais. Os saberes e práticas da EP são fundamentais na construção processual de saídas surpreendentes, gerando práticas de cuidado que aliviam sofrimentos e incentivam protagonismos (BATISTA, 2012).

Usualmente, refere-se à EP como instrumento para ações educativas coletivas na comunidade. Entretanto ela é também um grande instrumento na ampliação do trabalho clínico que busca ir além da abordagem centrada na biologia do corpo. O modelo de consulta médica tradicional está centrado em uma busca acurada de informações pela

anamnese, pelo exame físico e por exames laboratoriais que permitam uma decisão técnica sobre o melhor tratamento para o problema apresentado. As tentativas de melhorar a relação com a pessoa estão tradicionalmente voltadas para a obtenção de dados mais abrangentes para uma melhor decisão terapêutica do médico. Contudo o tratamento a ser implementado não é uma decisão puramente técnica. As pessoas não se modelam passivamente às prescrições médicas, pois já trazem para o atendimento, mesmo que não as expressem, suas próprias visões de seus problemas e uma série de outras práticas alternativas de tratamento. São visões e saberes válidos, porque estão integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida. É importante, portanto, construir condutas terapêuticas através do diálogo entre, de um lado, a pessoa que conhece intensamente a realidade onde seu problema está inserido e, de outro, o profissional com conhecimentos científicos sobre a questão. Todos estes conhecimentos estão atravessados por crenças, hábitos e valores próprios da cultura do grupo social em que se formaram. Na medida em que o profissional torna-se crítico dos limites de suas análises e propostas, é possível estabelecer uma relação pedagógica em que o diálogo não seja apenas uma estratégia de convencimento, mas a busca de uma terapêutica mais eficaz, por respeitar a cultura e as condições materiais da pessoa. Agindo dessa forma, contribui-se também para a formação de cidadãos mais capazes de gerirem sua própria saúde. A eficácia clínica está, portanto, subordinada à eficácia pedagógica da relação com a pessoa e sua família.

A importância da EP na implementação de práticas educativas em grupos dentro do serviço de saúde e em atividades coletivas na comunidade já é mais reconhecida. São atividades importantes não apenas porque permitem ricas trocas de experiência entre os participantes, como também o alcance de públicos maiores. São ainda espaços propícios para um debate mais aprofundado de dificuldades encontradas no enfrentamento dos problemas de saúde e para uma melhor expressão dos saberes, interesses e posicionamentos dos moradores. Nos espaços coletivos de debate, as dimensões sociais presentes nos problemas pessoais de saúde são mais facilmente explicitadas e aprofundadas. Permitem

à equipe conhecer aspectos que são mais difíceis de serem percebidos nos atendimentos individuais. As reflexões que daí surgem podem ser difundidas através de pequenos meios de comunicação (boletins, vídeos, rádios comunitárias, apresentações teatrais e murais), ajudando a provocar discussões em outros públicos. O debate continua para além dos espaços educativos controlados pela equipe de saúde, pois as conversas informais são muito intensas nas comunidades, gerando repercussões imprevistas. A valorização dos espaços educativos coletivos contribui ainda para o fortalecimento de uma cultura organizativa e cidadã na comunidade.

Para que esses espaços educativos tenham papel reordenador do atendimento em saúde, é fundamental que o profissional participe deles como aprendiz, levando suas dúvidas e preocupações. Esta perspectiva é densamente expressa por Paulo Freire:

[...] o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os ‘argumentos de autoridade’ já não valem [...]. O objeto cognoscível, de que o educador se apropria, deixa de ser, para ele, uma propriedade sua, para ser a incidência da reflexão sua e dos educandos. Deste modo, o educador problematizador re-faz, constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscibilidade dos educandos. Estes, em lugar de serem recipientes dóceis de depósitos, são agora investigadores críticos, em diálogo com o educador, investigador crítico, também. (FREIRE, 1979, p. 78-80, grifo do autor).

A gradativa aproximação da vida comunitária local é muito pedagógica para os profissionais. As visitas domiciliares exigem tempo e competem com a pressão por um maior número de consultas individuais no consultório. O envolvimento em atividades comunitárias ajuda muito o profissional a entender melhor a dinâmica de vida da população atendida. A participação em reuniões dos movimentos comunitários locais, festas, celebrações e lutas comunitárias permite ao profissional estabelecer parcerias e conhecer as surpreendentes outras lógicas de organizar a vida, ali presentes. E este maior conhecimento da cultura e dos recursos locais permitirá ao profissional ser mais rápido e eficaz em seus outros atendimentos (BATISTA, 2012; LIRA,

2014; SILVA, 2013; VASCONCELOS, 2010).

A EP não é uma atividade a mais que alguns profissionais fazem de forma periférica à rotina do serviço. Suas ações, na medida em que fortalecem processos participativos dos usuários e potencializam o enfrentamento dos problemas que dificultam o trabalho, acabam reorientando a globalidade do serviço.

Por causa de sua potencialidade formativa para a equipe de saúde, as atividades de EP não devem ser responsabilidade apenas de alguns profissionais, mas de todos. No entanto, nem todos têm inicialmente habilidade e gosto para a EP. Todavia a alegria, a criatividade e a riqueza pedagógica de suas práticas, quando se cria um ambiente participativo e amoroso, acabam convencendo e seduzindo muitos destes profissionais resistentes. A presença de um profissional experiente em EP é importante para desencadear esses processos educativos participativos. É necessário, no entanto, que ele atue de forma a envolver os outros trabalhadores. Não basta alguns saberem implementar bem ações de EP. É preciso que este saber generalize-se no serviço e no sistema de saúde.

A EP é também uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Em várias secretarias de saúde e no Ministério da Saúde foram criadas coordenações de EP para ampliar a participação popular no SUS. A generalização da EP no SUS ajuda a ampliar os processos participativos na rotina de atendimento e de gestão dos serviços, superando a perspectiva que enxerga apenas os conselhos e conferências de saúde como espaços de controle social. A EP ajuda a construir novas práticas de atenção à saúde que levam em conta os saberes, interesses e condições materiais das pessoas.

Os serviços de saúde são hoje locais de muita tensão. Cobranças da gestão, dos moradores e dos movimentos comunitários pressionam o trabalhador de saúde em diferentes direções. Os conflitos pessoais e os causados por diferentes perspectivas de trabalho também costumam dividir a equipe. Como investir na construção de relações de diálogo e em atitudes de escuta compreensiva em meio a tanto sufoco no trabalho? EP exige tempo e energia. São ações processuais que precisam ser continuamente repensadas. Demandam mudanças que estão além do que é tradicionalmente cobrado da equipe.

Tem sentido ainda querer fazer EP na atenção à saúde em um contexto de tantas insuficiências? Não seria melhor restringir o trabalho educativo a iniciativas mais simples e bem definidas de mudança de comportamentos de risco, estatisticamente importantes, por meio de ações de comunicação e convencimento enfaticamente repetidas? Até mesmo a população parece inicialmente acomodada e sem disposição de participar em lutas mais gerais por transformação dos determinantes sociais de saúde. Para que complicar se nem o básico, muitas vezes, consegue-se fazer?

Esse desânimo é reforçado pelos valores de individualismo e de busca da felicidade centrada no consumo privado de bens, que a indústria cultural tanto tem difundido. Projetos coletivos de emancipação social vêm sendo desacreditados. Contudo, surpreendentemente, é enorme o número de profissionais de saúde que sonham, buscam e se empenham em fazer com que seu trabalho tenha um significado mais grandioso. Estes profissionais, com seu dinamismo, têm feito a diferença e mantêm vivos os ideais do Movimento Sanitário que lutou pelo SUS, desde a década de 1970, como um projeto a serviço de uma sociedade com mais saúde, justiça, equidade e participação de todos na vida política. Sabem que sem os desafios desta perspectiva mais ampla, o trabalho em saúde torna-se rotineiro e sem gosto. São os sonhos e objetivos grandiosos que mobilizam, despertando energias para a superação da precariedade da atual organização dos serviços e dos limites da formação profissional, bem como para o enfrentamento dos interesses políticos e econômicos que a luta por um SUS eficiente desperta. Diante de tantas dificuldades, o SUS não se sustenta sem a mobilização trazida pelas utopias mais amplas do Movimento Sanitário. Quarenta anos depois, elas ainda estão presentes e despertando compromisso.

Nos serviços locais de saúde ficam claros os limites de uma ação sanitária restrita à abordagem biológica, pois evidencia a forte inter-relação entre a saúde e a forma como a sociedade se organiza. Ao mesmo tempo, amplia muito a possibilidade do profissional de saúde intervir na dinâmica familiar, comunitária e política associada às doenças. A EP é um instrumento de ampliação do tratamento para estas outras dimensões. Orienta

os caminhos para tornar as atividades rotineiras da APS (das consultas às mobilizações comunitárias) em espaços de esclarecimento crítico das raízes dos problemas de saúde, superação da baixa autoestima decorrente da opressão e marginalidade, ampliação da solidariedade social, fortalecimento do protagonismo dos moradores, enfrentamento de injustiças e organização política. Aumenta a participação do trabalho de saúde no processo de democratização da nação. Aponta para uma perspectiva de promoção da saúde muito mais radical do que a busca da mudança de comportamentos de risco da população e a implementação de ações preventivas de saúde pública.

Nesse sentido, a EP tem tido um importante papel de animação e mobilização dos profissionais de saúde, na medida em que revela as possibilidades de seu trabalho ser significativo para o processo de emancipação social. Tem sido não apenas um instrumento de educação da população, mas também de formação profissional. Nas universidades brasileiras, a EP vem sendo progressivamente incorporada nos cursos de saúde como instrumento importante de formação para a APS (CRUZ et al., 2013; VASCONCELOS, 2006; VASCONCELOS, 2013).

Por outro lado, a possibilidade de associar a rotina de trabalho da APS com projetos mais amplos de emancipação da sociedade tem gerado expectativas ilusórias em alguns profissionais de saúde que anseiam por resultados revolucionários, em curto prazo, na realidade local. A opressão, a injustiça e a marginalização de muitos grupos sociais têm raízes complexas e profundas. O trabalho em saúde pode participar de sua superação, mas é apenas uma das inúmeras frentes deste amplo processo. A pretensão de se ser o centro das complexas mudanças locais e de que elas ocorram no período de sua atuação revela uma atitude vaidosa e gera tensões com a população que tem um ritmo próprio e outros modos de caminhar.

As práticas educativas junto à população voltadas para a difusão de hábitos saudáveis e a participação em ações de saúde preventiva, em geral, não conseguem maiores mobilizações e interesse, causando desânimo na equipe. Em muitos serviços de APS, estas ações são realizadas como uma obrigação a se cumprir. A população assiste

sem entusiasmo, muitas vezes participando apenas para retribuir o esforço dos profissionais.

A vida das pessoas é marcada por preocupações e correrias. A luta pela sobrevivência e a alegria é atravessada por pressões, anseios conflitantes, injustiças e humilhações. Em meio a esse sufoco no viver, a promessa de mais alguns anos de sobrevivência na velhice ou de superação de alguns riscos eventuais de adoecer no futuro não costumam mobilizar esforços suficientes para a difícil tarefa de mudar a forma de organizar a rotina da vida. É preciso de uma grande motivação bem integrada aos projetos de felicidade das pessoas, que são muito mais amplos do que os objetivos sanitários definidos por estudos epidemiológicos. Por onde passa a busca de “ser mais” dos usuários do serviço? Uma educação em saúde que pretenda realmente interessar e mobilizar as pessoas tem que estar a serviço desta “busca mais ampla de ser mais”. É usual a crítica à EP por ampliar muito os objetivos do trabalho em saúde, em um contexto de grande limitação de recursos sanitários. Todavia é justamente esta ampliação dos objetivos que sustenta a força das práticas de EP junto à população. As pessoas mobilizam-se pelo que é muito significativo e grandioso em suas existências. Em razão da busca de um existir mais solidário, alegre e denso em interações sociais é que as pessoas mobilizam-se para uma ação conjunta de controle do mosquito transmissor da dengue. O enfrentamento de grandes injustiças e carências de serviços coletivos importantes na comunidade é que entusiasma a participação. O sentir-se bem, valorizado e com suas opiniões respeitadas é fundamental para manter as mobilizações. Nesta perspectiva, os saberes e práticas da EP são fundamentais.

Por todas essas razões, é possível afirmar com segurança que, mesmo em um contexto de muitas insuficiências nos serviços de saúde brasileiros, a Educação Popular continua sendo fundamental. Foi fundamental para gestar referências de modelos de atenção em saúde mais integrais e participativos, no início do Movimento Sanitário. Continua sendo fundamental para a permanência da esperança de conquistar-se uma política pública de saúde e uma organização do Estado mais democráticas, equitativas e fortalecedoras da cidadania ativa e da solidariedade social.

O significado da Educação Popular para a Atenção Primária à Saúde

Com a reconquista da democracia no Brasil, na década de 1980, e a criação de um SUS regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, passou-se a encarar a implementação da assistência à saúde como uma obrigação do Estado. À população e aos seus movimentos organizados caberia lutar para que tal assistência fosse realmente implementada e controlar sua operacionalização. A participação da população na implementação de práticas de saúde passou a ser vista com desconfiança por alguns sanitaristas, como se a colaboração dos usuários e dos grupos comunitários nas ações de saúde representasse uma forma de escamotear a responsabilidade do Estado em prover todos os serviços necessários. O controle social através de conselhos e conferência de saúde, centrados na gestão das políticas de saúde, passou a ser visto como o local legítimo de participação popular no SUS. Entretanto, a população e seus movimentos organizados continuam investindo na criação e condução de práticas concretas voltadas para o enfrentamento dos problemas de saúde. Nos serviços de APS, muitas práticas construídas de forma dialogada entre a população e os profissionais de saúde vêm surpreendendo pelo seu alcance.

Esse reiterado investimento de muitos grupos sociais em participar ativamente de muitas práticas de saúde, negando-se a ficarem apenas controlando sua implementação pelo Estado, tem um sentido e um projeto político. Para eles, a atenção à saúde não é injusta apenas por ser oferecida de modo desigual e limitado aos pobres e marginalizados, mas também porque sua racionalidade interna reforça e recria, no nível das pequenas relações, as estruturas de dominação da sociedade. Suas práticas induzem ao consumo exagerado de mercadorias e serviços, reforçam os caminhos individualistas de busca da saúde, deslegitimam saberes, iniciativas e valores da população, consolidam a racionalidade instrumental e fria da modernidade e reforçam o poder da tecnoburocracia estatal e empresarial. Por isto, a população e seus movimentos continuam insistindo na criação de práticas de atenção em que seja superado o autoritarismo dos doutores em suas vidas, a imposição de soluções puramente técnicas

para problemas sociais globais, a propaganda embutida de muitos grupos políticos e empresariais dominantes e a desconsideração de interesses populares e suas peculiaridades culturais. Isto pode ser entendido como uma vontade de desconstrução das lógicas e interesses presentes nas práticas técnicas dominantes nos serviços de saúde e de ampliação das dimensões de solidariedade, amorosidade e autonomia entre as pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde. A APS, pela grande proximidade e integração com a dinâmica de vida e luta da população, é um espaço privilegiado para esse processo. Contudo, para isto precisa investir intensamente em uma relação autenticamente dialogada com os usuários. Isto não é uma nova proposta, pois já está acontecendo, há décadas, com significativos resultados, levando a uma participação da população no sistema de saúde muito mais ampla do que a possibilitada pela participação apenas nos conselhos e conferências de saúde (VASCONCELOS, 2009).

Nesse sentido, a EP é um instrumento para a construção de uma integralidade mais radical na assistência à saúde que possibilita não apenas uma abordagem ampliada das diferentes dimensões pessoais dos problemas abordados. Possibilita a construção de práticas que integrem, em sua implementação, dimensões políticas e econômicas, locais e societárias. É instrumento para uma promoção da saúde voltada também à formação de uma cidadania ativa que enfrenta os determinantes sociais da saúde e das doenças. A EP coloca o trabalho cotidiano em saúde a serviço da construção da democracia, da justiça e da solidariedade social. Esta ampliação de suas possibilidades traz um novo ânimo para os seus profissionais e novos desafios, dando um sabor muito instigante ao trabalho em saúde.

A aprovação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), em 2013, criou a possibilidade dessa perspectiva participativa de construção da integralidade generalizar-se mais amplamente nas ações de saúde, enfrentando as fortes pressões políticas e econômicas neoliberais para que o SUS restrinja-se à oferta de um conjunto restrito de ações de saúde, bem delimitadas e padronizadas, que já tenham sua eficácia evidenciada em amplos estudos científicos e que tenham uma boa relação entre seu custo orçamentário e seu impacto nos indicadores quantitativos dos níveis de saúde da população (BANERJI, 1984; MINTEGUIAGA, 2009). O desafio atual da PNEP-SUS é sua implementação descentralizada nos vários estados e municípios. Contudo a perspectiva de trabalho em saúde da EP não é algo que possa ser generalizado institucionalmente por meio de iniciativas centradas em imposições administrativas e incentivos orçamentários. Como já foi analisado anteriormente, EP pressupõe uma determinada leitura da realidade e uma intencionalidade política que dependem da livre escolha de cada trabalhador das políticas de saúde. Portanto, a PNEP-SUS exige uma lógica de expansão institucional diferenciada, baseada principalmente em ações educativas internas aos profissionais, gestores e lideranças comunitárias, voltadas para o aprofundamento do debate sobre a finalidade do cuidado em saúde, o contexto social em que se insere e a sua metodologia. A própria EP deve orientar o modo como estas ações educativas para os trabalhadores de saúde e seus parceiros comunitários são conduzidas dentro da PNEP-SUS, valorizando seus saberes, valores e iniciativas e enfatizando a pesquisa voltada para compreender as diversas lógicas da cultura e do agir da população (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Aline Barreto. Currículo invisível: da lagarta à borboleta. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. (Org.). **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 28-30.
- BANERJI, Debabar. Atención primaria de salud: seletiva o integral? **Foro Mundial de la Salud**, v. 5, p. 357-360, 1984.
- BARRETO, M. V. B. **A espiritualidade na formação universitária a partir da educação popular em saúde**. 2013. 207 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: <http://btdt.biblioteca.ufpb.br/tde_arquivos/12/TDE-2014-01-

30T114038Z-2186/Publico/ArquivoTotal.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2014.

BATISTA, P. S. S. **Ética no cuidado em saúde e na formação universitária na perspectiva da Educação Popular**. 2012. 205 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

BONETTI, Osvaldo Peralta; PEDROSA, José Ivo dos Santos; SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. Educação popular em saúde como política do sistema único de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, n. 14, v. 4, p. 397-407, 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.256, de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1256_17_06_2009.html>. Acesso em: 07 dez. 2014.

_____. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - PNEP-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 27 nov. 2014.

_____. Portaria nº 11, de 23 de maio de 2014. Institui o Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, 2014. Disponível em: <<http://conae2014.mec.gov.br/images/pdf/MarcodeReferencia.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

CAVALCANTI, Paulette; STOTZ, Eduardo. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, v. 8, n. 15, p. 259-274 mar./ago. 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-77, fev. 2005.

CORAGGIO, José Luís. Educação para a participação e a democratização. In: GARCIA, Pedro Benjamin (Org.). **O pêndulo das ideologias: a educação popular e o desafio da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 89-104.

COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: as origens das políticas de saúde no Brasil**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

CRUZ, P. J. S. Et al. **Educação popular na universidade: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP)**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

L'ABBATE, Solange. **Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LIRA, G. A. Educação popular na promoção da saúde do idoso no contexto comunitário. 2014. 135 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/6802/1/000461035-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2014.

MAMEDE, S. Et al. **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará/Hucitec, 2001.

MINTEGUIAGA, Analia. De la focalización individual a la focalización de los derechos: crítica a la propuesta del Universalismo Básico. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. **Seguridade social, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 47-65.

OLIVEIRA, Juliana Souza. O amor transforma muito. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. (Org.). **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 121-124.

OLIVEIRA, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz. **A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe: uma ciranda que acaba de começar**. 2002. 301 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

PEIXOTO, Daniele Alves. Educação popular: é praticando que se aprende. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 89-91.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Caderno de Educação em Saúde**. v. 1. Recife, 1998.

SILVA, M. O. **Psicologia humanista e educação popular na atenção primária à saúde**. 2013. 236 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

STRECK, Danilo R.; ESTEBAN, Maria Teresa. **Educação popular**: lugar de construção social coletiva. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. (Org.). **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 265-308.

_____. A participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: _____ (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 73-100.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-84, 2004.

_____. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, Sônia, LOBATO, Lenaura V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 270-288.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. A espiritualidade presente na educação popular. In: _____ (Org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 84-95.

_____. Educação popular em saúde: constituição e transformação de um campo de estudos e práticas na Saúde Coletiva. In: PELICIONI, M. C.; MIALHE, F. L. **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012. p. 313-48.

_____. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação popular na formação universitária**: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 362-397.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; FROTA, L. H.; SIMON, E. (Org.). **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, M. O. D. Educação popular. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 91-97.

Recebido em: 09.12.2014

Aprovado em: 17.02.2015