



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Scherlowski Leal David, Helena Maria; Peralta Bonetti, Osvaldo; Ferreira da Silva, Maria Rocineide
A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação
Popular em Saúde

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 65, núm. 1, enero-febrero, 2012, pp. 179-185

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022810026>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde

*Brazilian nursing and the democratization of health:
notes on the National Policy of Popular Education in Health*

*La Enfermería brasileña y la democratización de la salud:
notas acerca de la Política Nacional de Educación Popular en Salud*

Helena Maria Scherlowski Leal David^I, Osvaldo Peralta Bonetti^{II}, Maria Rocineide Ferreira da Silva^{III}

^I Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. Brasília-DF, Brasil.

^{III} Universidade Estadual do Ceará, Doutorado em Saúde Coletiva. Fortaleza-CE, Brasil.

Submissão: 11-02-2011 **Aprovação:** 02-03-2012

RESUMO

Este ensaio debate o papel da Enfermagem brasileira como prática socialmente comprometida, no plano político e pedagógico. São recuperados os conceitos de participação popular, democracia representativa e participativa, educação em saúde, à luz da história recente da constituição de um campo de ações e reflexões em rede, o da Educação Popular e Saúde. Apresentam-se o processo de construção e os princípios ético-políticos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde; e discute-se a participação da Enfermagem na mudança das práticas educativas e nos espaços de representação política e de formulação de políticas públicas, com vistas a uma ordem social justa e equitativa.

Descritores: Enfermagem; Democracia; Participação comunitária.

ABSTRACT

This essay discusses the role of Brazilian nursing as a socially committed practice, in the political and pedagogic plan. The concepts of popular participation, representative and participatory democracy, and education in health are recovered, enlightened by the recent history of the constitution of social network of practices and reflections called Popular Education and Health. The construction process and the ethical-political principles of a National Policy of Popular Education in Health are presented, discussing the participation of nursing in the changes of educational practices, in spaces of political representation and formulation of public policies, with a perspective of achieving a fair and equal social order.

Key words: Nursing; Democracy; Community participation.

RESUMEN

Este ensayo discute el rol de la Enfermería brasileña como una práctica socialmente comprometida. Los conceptos de democracia representativa y participativa, y de educación en salud son recuperados, desde los hechos de la historia reciente de constitución de un campo de prácticas y reflexiones en red, el de la Educación Popular y Salud. El proceso de construcción y los principios ético-políticos de una Política Nacional de Educación Popular en Salud son presentados, discutiéndose la participación de la enfermería en los cambios de las prácticas educativas, en los espacios de representación política y formulación de políticas públicas, con vistas a la conquista de una orden social justa y equitativa.

Palabras-clave: Enfermería; Democracia; Participación comunitaria.

INTRODUÇÃO

Acompanhando a emergência dos modelos explicativos e de intervenção sobre os processos de saúde-doença-cuidado, a enfermagem produz e reproduz, no seio de sua prática profissional, os modos de produção e reprodução sociais mais gerais. O ato de cuidar não possui uma essência abstrata: apóia-se em valores humanos e historicamente construídos, e produz-se no âmbito da divisão social do trabalho⁽¹⁾.

A dimensão e a ação política da profissão, portanto, se dá sempre num contexto historicamente determinado. No caso do Brasil, há que se considerar que as lutas políticas da enfermagem se conformam e consolidam dentro de uma ordem social marcada pela injustiça, pela exploração e pela subordinação de grupos populacionais a elites econômicas, políticas e técnicas.

Em análise da produção científica sobre a relação entre trabalho, cuidado e política, avalia-se que há a priorização dos aspectos da dimensão micropolítica do trabalho da enfermagem quando se discute seus processos de trabalho, mediados pelo conceito de cuidado. Neste caso, a conquista de espaços e a consolidação de saberes oriundos da prática profissional ficam na dependência da porosidade dos espaços institucionais “aos modos de andar a vida dos sujeitos neles implicados de forma que se possa constituir como cenários de emancipação e de construção de movimentos contra-hegemônicos”⁽²⁾. Uma prática pedagógica crítica, articulada ao mundo do trabalho cotidiano, estabelece uma relação de mediação entre os sujeitos e o mundo capaz de ampliar a percepção coletiva a respeito das questões e situações-limite, aquelas para as quais as respostas não estão dadas, e precisam ser coletivamente construídas⁽³⁾.

Na Enfermagem brasileira, o Movimento Participação foi precursor, ao apontar a necessidade de consolidarmos uma perspectiva política à enfermagem brasileira no processo de construção de uma prática de enfermagem e saúde mais democrática. Entre as expoentes deste se destaca a enfermeira Maria Cecília Puntel de Almeida, que dedicou seus esforços para a defesa da Enfermagem enquanto prática social responsabilizada com uma postura mais pró-ativa na construção das políticas públicas.

Contudo, persistem desafios no que se refere ao fortalecimento político da categoria profissional. A reconfiguração dos movimentos sindicais, no longo processo de reestruturação produtiva determinados pelos impactos dos modos de acumulação das últimas décadas tem representado importante perda política da classe trabalhadora brasileira⁽⁴⁾. Em um contexto de consolidação das instituições democráticas no país, verifica-se também certo apagamento nos debates sobre a participação política das categorias profissionais em torno de projetos de sociedade.

Também na área da saúde tem-se apontado para o esgotamento do modelo de participação exclusivamente centrado no conceito de representatividade e institucionalidade, por meio dos conselhos de saúde. Neste cenário se observa um distanciamento entre a gestão, os trabalhadores e os usuários, realidade que aponta a necessidade de reconstruirmos a participação local em saúde, que perpassa pela transformação

das práticas educativas e de cuidado, valorizando a criação de espaços de troca cultural, diálogo e negociação em cada serviço de saúde. Este distanciamento tem sido evidente na relação entre serviços de saúde e a população, poucas são as iniciativas dos serviços que agregam as comunidades na construção de projetos coletivos de saúde.

A participação popular em saúde é, portanto, uma temática não superada. Para além da participação representativa nos espaços institucionais dos conselhos de saúde, e como forma de torná-los instrumentos vivos de expressão das contradições e lutas por uma ordem social mais justa, coloca-se como urgente a re-politização do debate em defesa do Sistema Único de Saúde.

A Enfermagem, por sua importância histórica e social, e por sua inserção generalizada nos espaços da produção de cuidado individual e coletivo se constitui em uma prática social que pode avançar para compor forças capazes de mobilizar mudanças sociais mais amplas. Há que avançar em formas de análise sobre as atuais conjunturas políticas onde se dá a prática profissional, lendo-as à luz dos determinantes históricos e dos valores e possibilidades que sustentam mudanças sociais mais profundas. Observa-se na atualidade, uma necessidade de entender que aspectos estão incorporados na mobilização de sujeitos capazes de intervir, como isso tem se apresentado e se ressignificado nos contextos de práticas onde estão inseridos, a partir do entendimento de que é na subjetividade existente nas relações sociais que vão sendo reconstruídas, alimentadas, potencializadas, essa mesma prática social. Neste sentido, o campo de práticas e saberes da Educação Popular em Saúde apresenta-se como uma possibilidade de enfrentamento dos determinantes relacionados às formas injustas e desiguais de produzir saúde e vida.

Vale lembrar que, no âmbito das práticas educativas para a população, o fortalecimento do papel de protagonismo dos sujeitos populares e da participação popular segue sendo um dos pressupostos das políticas de gestão e de saúde propostas como eixo de mediação entre os níveis federativos. Propõe-se, entre outras ações, que a educação popular na saúde possa “apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde”⁽⁵⁾.

Este ensaio discute o papel da Enfermagem como profissão e prática socialmente comprometida com a justiça social, com destaque para a importância de sua participação na construção de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde como dispositivo de ampliação da participação social, e no desenho e implementação de políticas públicas de saúde capazes de incorporar, em suas ações, os saberes e práticas dos diversos povos e grupos que integram a população brasileira.

BREVE RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Embora se saiba que a participação social da Enfermagem é anterior à década de 1960, é imediatamente antes e durante período político marcado pela ditadura militar que se aprofundam as raízes de uma sociabilidade democrática e

participativa, pelo pensamento e produções teóricas e artísticas diversas, cuja força até hoje reverbera entre nós. Apenas para lembrar, a ideia de participação democrática e deliberativa na saúde nasceu neste contexto de autoritarismo, na década de 1960, a partir das rupturas provocadas pelos movimentos invisíveis liderados por donas de casa e outros grupos da Zona Leste de São Paulo.

É a partir destas novas formas de produção de relações que se explicita a existência de um distanciamento entre serviços de saúde e população, um truncamento na comunicação, que posteriormente veio a ser conceituado como fosso cultural, ou ainda como crise de interpretação por parte dos profissionais e técnicos⁽⁶⁻⁷⁾.

A problematização desta relação entre serviços e profissionais de saúde e população é um eixo importante para a agregação de atores sociais diversos - profissionais, pesquisadores, militantes de movimentos sociais – em torno da busca da superação deste distanciamento, e pelo estabelecimento de um pacto para a construção de um sistema público de saúde pautado em novas bases. A década de 70 é fértil de experiências locais diversas, desde as propostas de reorganização dos serviços em novas bases de territorialização, passando pelas organizações de projetos de saúde comunitária com a inclusão de Agentes Comunitários de Saúde, com a participação de setores progressistas da Igreja Católica, que articulou movimentos sociais de resistência por meio das Pastorais Operárias e da Terra⁽⁸⁾.

Considera-se que é pela politicidade do cuidar que esta ação vai configurando-se como emancipatória podendo esta ganhar expressão a partir da tríade emancipatória do cuidar: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Desse modo os aprisionamentos dos enfermeiros no desenvolvimento de ações de cuidado podem ser identificados e, a partir daí, age-se na perspectiva da integralidade da atenção, fortalecendo a tríade processo saúde-doença-cuidado e referendando a contribuição que este ao articular qualidade formal apreendida em todo processo formativo institucional, a qualidade política que vem sendo tecida ao longo de ações que via de regra se instituem pelo cotidiano e da articulação dos saberes diversos⁽³⁾. Aqui destacamos os saberes populares como aqueles que vão conformando o sujeito ao longo da vida enquanto seres inacabados que são^(4,7).

Neste período, os processos de formação também buscam incorporar novos pressupostos, expressos, sobretudo, nas experiências da especialização em Medicina Geral e Comunitária, e na enfermagem, pela expansão, já na década de 80, de processos de capacitação pedagógica e formação de auxiliares de enfermagem com base em propostas pedagógicas problematizadoras e críticas⁽¹⁰⁾.

A década de 1990 o enfermeiro tem apresentado ganhos sociais, pois, com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde na perspectiva brasileira, este profissional tem contribuído efetivamente para construção da estratégia saúde da família, quer pensando processos de trabalho que articulem o trabalho em equipe, quer pela cobrança política que a população faz no campo da atenção ou ainda pela inversão de alguns indicadores, sobretudo no Nordeste brasileiro. Mas isso não

tem sido o suficiente para fazer deste trabalhador um sujeito diferente. Nesse aspecto visualiza-se que é tempo de dialogar sobre que situações limites estão presentes a esse momento e precisam de superação. Como produzir o inédito viável como nos aponta Freire como forma de garantia de gerar autonomia de atos? E, mais que isso, algo que de fato pudesse contribuir com todos os outros trabalhadores que se implicam nesse processo de cuidar. A enfermagem, que ontológica e epistemologicamente vem desenvolvendo reflexões críticas sobre a categoria cuidado, pode contribuir com a reflexão de tantas outras categorias que assumem no seu fazer o ato de cuidar.

PARTICIPAÇÃO POPULAR: UM CONCEITO A SER (RE) CONSTRUÍDO

Vale uma breve intersecção para reflexão acerca da ideia de participação popular, entendida como da participação política, que se construiu no bojo das lutas da Reforma Sanitária. A explicitação da participação como pressuposto que consta das bases legais do Sistema Único de Saúde não significa que esta seja uma questão resolvida. Pelo contrário. Mesmo no que se refere ao período de conformação da luta pelo SUS, em que pese a mobilização de movimentos sociais, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, não se pode afirmar que este processo teve uma ampla base popular ou proletária (ao contrário do que ocorreu na Reforma Sanitária Italiana, por exemplo).

Na visão do filósofo e historiador Norberto Bobbio, o conceito de participação política é bastante flexível, e “se acomoda a diversas interpretações”⁽¹¹⁾. O autor destaca três níveis distintos e crescentes de participação. O primeiro é dado pela *presença*, que consistiria na forma mais simples e marginal de participação, um estado passivo e não colaborativo de estar no mundo. O segundo é denominado de *ativação*, e significa, em parte, que os indivíduos são mobilizados por forças externas a eles à participação, tal como nas campanhas políticas. A terceira forma, que é chamada de *participação* propriamente dita, incluiria a presença e a ativação intencional, proativa e propositiva.

Nas sociedades ocidentais modernas, os espaços para a participação são restritos e geralmente configurados pelo conceito de democracia representativa. Em contraposição a um certo esgotamento do modelo representativo de democracia, recoloca-se em questão o conceito de democracia participativa, pela via da emancipação de grupos marginalizados⁽¹²⁾. É importante examinar de modo crítico a (re)configuração dos processos de participação, via representação democrática, que, analisados desde uma perspectiva crítica, evidenciam as contradições inerentes a um processo de legitimação da ordem social burguesa, que reproduz as condições de produção e exploração da classe trabalhadora, mas, ao mesmo tempo, desdobra-se em políticas compensatórias a fim de manter a coesão social.

É com esta leitura que Stotz explica porque a luta social do processo de Reforma Sanitária não contou, por exemplo, com uma ampliada participação dos setores populares mais organizados – o chamado operariado do setor moderno⁽⁵⁾:

A partir de 1984, com a recuperação da economia, o movimento sindical retomou impulso. Porém, o mecanismo inflacionário em que se baseou o crescimento econômico e o estabelecimento de pisos salariais por categoria enfraqueceram o movimento sindical. Teve início uma lenta, mas progressiva, divisão interna no movimento sindical, processo que levou as lideranças a um horizonte de negociações cada vez mais limitado às categorias profissionais. Sua posição passou a ser a de negociar a saúde nos acordos coletivos de trabalho, voltando as costas ao sistema público então (em parte ainda hoje) marcado por graves deficiências em termos de acesso e qualidade. O movimento sindical refluíu politicamente, abandonou a arena política, saiu das ruas e deslocou-se para o interior das instituições do Estado.

São questões como essa que nos ajudam a compreender como, após duas décadas de implantação do SUS, não se configurou uma hegemonia dos setores populares no desenho e implantação das políticas públicas.

O desafio que se impõe à Enfermagem é o de fazer a “leitura do mundo” não apenas por dentro do sistema de saúde, mas olhando-o como parte de um processo de lutas e disputas pela legitimação de interesses diversos. No bojo de mais uma crise do capitalismo, da qual o Brasil parece emergir sem muitas seqüelas, é preciso lembrar que o que caracteriza este modo de produção é sua tendência à expansão desmedida, para além da capacidade de consumir da sociedade. Quais as escolhas e caminhos que nós, enfermeiros, queremos definir, coletivamente, para enfrentar a manutenção da profunda desigualdade social que ainda se nos apresenta, cotidianamente, diante dos olhos?

Na experiência acumulada, de quase vinte anos de conselhos e conferências de saúde, sabemos que aquilo que é chamado de participação é, com frequência, apenas a presença de representantes da sociedade civil em espaços institucionais deliberativos. Preocupa mais ainda verificar que há a ausência até mesmo da presença, que notamos quando a população simplesmente não vai aos encontros, reuniões, debates. Será apenas uma não-presença, ou trata-se de algo que sinaliza uma vontade de não-estar, uma ausência intencional de fazer parte de um processo decisório que pode não vê como legítimas as demandas populares?

Estas são questões sobre as quais precisamos nos debruçar a fim de examinar mais de perto o que está acontecendo, para romper com a tendência à reificação do conceito de participação popular. É a partir destas considerações que defendemos que uma Política Nacional de Educação Popular poderá colaborar para ampliar os espaços de efetiva participação da população e dos profissionais de enfermagem.

A EDUCAÇÃO POPULAR: CAMPO DE REFLEXÕES E PRÁTICAS

Se pensarmos esta forma de participação tendo como perspectiva a pedagogia crítica de Paulo Freire, é inegável a atualidade de uma abordagem que dê centralidade aos problemas e

situações-limite diante dos quais os grupos populacionais mais penalizados precisam tecer estratégias diversas. Porque é isso o que as pessoas fazem: embora numa primeira visão nossa constatação seja a de que elas não participam dos espaços oficiais que a elas foi destinado por outros, isto nem de longe significa que estão sem nada fazer. Buscam, a partir dos elementos de sua cultura e visão de mundo, construir as possibilidades para caminhar no estreito corredor que está à sua frente, no qual as opções que lhes são oferecidas partem de outra lógica, muito distante dos seus modos de viver e ver a vida.

Reconhecer que já está presentes o potencial para uma leitura mais ampla do contexto, de mudança, e a força para o confronto naqueles que parecem tão frágeis e pouco conscientes é outro princípio da Educação Popular e Saúde (EP&S). Especificamente no campo da Saúde Coletiva, as reflexões que ancoram na perspectiva da EP&S vêm provocando os profissionais de saúde e das instituições acadêmicas a repensar suas relações com os movimentos populares e a população usuária dos serviços. Uma das reflexões mais importantes é a que parte de uma situação usual nos serviços: os profissionais de saúde que fazem educação em saúde qualificam o discurso popular como confuso, ou afirmam que as pessoas da população não conseguem entender as informações ou saberes corretos sobre a saúde. Entende-se, nesta abordagem, que se há alguma dificuldade de compreensão, esta não é apenas da parte da população, e envolve necessariamente os profissionais de saúde. Com a afirmação de que “a crise de compreensão é nossa”, busca-se alertar os profissionais para a sua – a nossa – dificuldade de alargar nossa compreensão para incluir a forma de pensar e construir saberes das classes populares ^(8,13-14).

Eymard Mourão Vasconcelos ⁽⁷⁾ pontua que as ações desenvolvidas sob a perspectiva da Educação Popular na área da saúde “(...) estão voltadas para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular”.

A idéia deste fosso cultural apóia-se nas concepções críticas de saúde, sociedade e educação. Há um desafio também epistemológico a ser enfrentado, já que a forma como as ciências e suas áreas disciplinares se constituíam não ajuda em nada à superação deste fosso. Nesta perspectiva vale examinarmos alguns debates sobre o esgotamento de um modelo de fazer ciência que nos interessa, já que estamos falando da intersecção entre um que-fazer e um que-pensar educativo.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E ENFERMAGEM

Na sua evolução histórica, a prática educativa em saúde passa a ser vista como uma ferramenta importante para a construção de uma consciência política crítica e efetiva cidadania. A expressão “consciência sanitária” tem hoje um sentido mais ampliado que apenas consciência quanto aos cuidados pessoais, e inclui também o olhar crítico sobre as diversas formas

de relações entre população e Estado para a resolução dos problemas de saúde, desde a relação profissional-usuário até a participação em instâncias de gestão dos serviços. As concepções teóricas e metodológicas que melhor incorporaram este sentido de mudança são representadas pela pedagogia libertadora de Paulo Freire e pela problematização da realidade proposta por Juan Bordenave, entre outros.

Ainda que estas concepções pedagógicas que embasam as ações de EP&S não sejam recentes, percebe-se que as práticas de saúde, as quais são permeadas pelas práticas educativas, não as incorporam e não apresentam mudanças significativas no que se refere ao papel de cada profissional das equipes, à integração dos processos de trabalho, mantendo ainda uma visão ingênua da educação como potencialmente redentora, e reafirmando a dificuldade de relação entre profissionais e população, representada pela metáfora do “fosso cultural”¹⁵

Na análise dos possíveis determinantes deste distanciamento entre profissionais e população, há que se considerar a questão da dificuldade de vocalização discursiva por parte daqueles que pouco tiveram, historicamente, espaço para tal. Aponta-se para a importância da ideologia como forma específica do imaginário social moderno, o que determina a produção de espaços que excluem os discursos que não são considerados “competentes”. Aqui, o termo “competência” se refere à posição, ocupada por quem emite o discurso, hierarquicamente superior a outros emissores, não reconhecidos ou legitimados como tendo o mesmo status do anterior. Sobre o discurso da racionalidade técnico-científica, do especialista, é uma das formas sob a qual estão escamoteadas as relações de poder na sociedade, uma vez que é proferido a partir de um ponto determinado na hierarquia organizacional e social.

Esta contradição é percebida pelos próprios profissionais de enfermagem, que, no entanto, não conseguem romper, apenas com a “boa vontade”, esta assimetria na relação com o usuário. Com frequência, o “fosso cultural” que se interpõe na relação de profissionais com a população é visto como algo naturalizado e impossível de romper, como uma dificuldade que não é historicamente construída.

Um segundo olhar sobre esta questão nos faz olhar de forma reflexiva e crítica para o nosso próprio olhar – de enfermeiros, comprometidos com a educação popular. Como nós olhamos e percebemos nossa população, na sua diversidade e intensa mobilidade estratégica diante das dificuldades da vida? Como construir um diálogo entre formas de viver e explicar o mundo tão diferentes? Estamos dispostos a nos despir de nossas certezas para construir certezas provisórias, coletivas, em aliança com os/as pessoas que vivenciam processos de exploração e os movimentos de luta social?

Há uma tendência a simplificar o debate, e muitas respostas giram em torno de proposições ingênuas como “fazemos uma capacitação pedagógica a partir de Paulo Freire, e aprendemos a trabalhar com o povo”, como se a transformação necessária pudesse ocorrer no nível da superficialidade das relações, e não num sentido mais ampliado, de visão de mundo e de conquista de uma ordem social diferente.

A enfermagem brasileira tem procurado desenvolver uma prática profissional e acadêmica no sentido de colaborar para

a construção de novas relações entre profissionais e população, e na perspectiva de estabelecer uma relação compreensiva com os diversos grupos populacionais e sua inserção cultural. A perspectiva política desta ação, no entanto, não tem sido percebida e coletivamente pautada. Talvez porque essa ação política não tem sido assumida na perspectiva do cuidado emancipatório, mas pela via da corporação, o que por si desqualifica esse debate. É preciso lembrar, a partir de Freire que as pessoas aprendem em comunhão. Como resgatar esses atos de compartilhamento numa sociedade que, a cada dia que passa, individualiza processos e nega qualquer possibilidade de singularizar casos e contextos?

Para o campo da Educação Popular em Saúde, não se desvinculam as condições concretas da produção e reprodução da vida das condições de saúde. E os que vivenciam estas condições concretas possuem a capacidade de tecer explicações, de vocalizar suas necessidades e de desenvolver estratégias diversas de enfrentamento e produção de cuidado, independente da capacidade do profissional de enfermagem de compreendê-las, aceitá-las ou incorporá-las na agenda das ações de saúde.

Um dos pressupostos da EP&S é o de que qualquer conhecimento a ser construído sobre a saúde dos diversos grupos populacionais deve levar em conta sua dinâmica e incorporar também o conhecimento que estes mesmos grupos produzem, a partir de sua vida concreta.

É preciso retornar ao pensamento de Paulo Freire como forma de pensar o aqui e o agora, e de modo coletivo. As contribuições de seu pensamento para a constituição do campo de saberes e práticas da Educação Popular e Saúde são várias. Podemos destacar, entre elas, a intransigente defesa do diálogo como pressuposto da relação pedagógica e o reconhecimento das diversas formas de construir saberes como questão relevante na relação educativa como processo que contribui para o protagonismo dos sujeitos⁴.

POR UMA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Defender uma Política de Educação Popular em Saúde para o SUS nada mais é do que nos reaproximarmos da luta pela democratização do Sistema de Saúde, radicalizando na implementação dos valores e princípios até aqui gestados. Como já exposto, muitos foram os avanços no sentido da democratização do setor saúde conquistados nestes mais de 20 anos de implementação do SUS. Contudo, grandes desafios ainda persistem em nos confrontar. Neste sentido é papel desta Política resgatar os princípios inaugurados pelo Movimento da Reforma Sanitária, como a integralidade, a humanização, a concepção ampliada do processo saúde-doença, a participação popular em saúde, ressignificando as estratégias para alcançá-los, tendo como referencial a Educação Popular em Saúde.

Para que o SUS dê certo, necessitamos de uma reforma político-cultural em nossas concepções de sociedade e desenvolvimento, pois atualmente somos marcados por valores individualistas e mercantilistas, o que aponta a necessidade de retomarmos a construção do sistema de saúde como projeto

coletivo, que compõe um dos pilares para a conquista de uma sociedade democrática.

Para ampliarmos o protagonismo popular na política pública de saúde, mesmo com a conquista das instâncias institucionais do controle social, é explícita a necessidade de ampliarmos os espaços de encontro entre população e serviços de saúde, a qual exige uma maior desconcentração de poder decisório, ampliando e legitimando o potencial do território dos serviços como *locus* do planejamento das ações, no qual as estratégias mais eficazes de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde podem ser tecidas.

Evidencia-se a importância da integração entre saberes diversos, valorizando os saberes populares, considerando a ancestralidade e acultura na produção de formas coletivas de enfrentamento, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da inserção destes saberes no SUS, tendo como compromisso o protagonismo e a participação popular.

Além da participação política propriamente dita, a aproximação entre os serviços e práticas hegemônicas de saúde e as práticas populares de cuidado, desenvolvidas por parteiras, benzedeiras, raizeiros, nos terreiros e comunidades, para citar alguns exemplos, podem contribuir em muito com a implementação dos princípios do SUS, como a equidade, a integralidade e a humanização.

Reafirma-se que a Educação Popular é um campo de saberes e metodologias importante para a construção da participação popular, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como 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^(7,13). É também o jeito brasileiro de fazer promoção da saúde.

A educação popular em saúde tem construído sua singularidade a partir da contraposição aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade e orientados por uma cultura medicalizante impostos à população. O jeito de fazer saúde das práticas populares de cuidado tem demonstrado que as mesmas atuam ou constroem projetos terapêuticos dialogados, participativos e humanizados, acolhedores da cultura e do saber popular, reconhecendo o outro em sua essência e amplitude.

Identifica-se a relevância dos princípios éticos, políticos e metodológicos da EP&S para a prática de enfermagem comprometida com o fortalecimento da integralidade e da humanização das ações e serviços de saúde, bem como a importância da construção da participação popular e da democracia participativa nas políticas públicas, tendo como compromisso maior a emancipação e a cidadania da população brasileira.

É este o desafio que se coloca agora para a Enfermagem como profissão e prática que, em seu próprio processo de legitimação e lutas, é capaz de se abrir ao outro – singular e coletivo – para se fortalecendo, fortalecer as demais lutas pela inclusão e pela justiça social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender que já somos fortes o bastante para propor e fazer as mudanças na direção de uma sociedade mais igualitária só

é possível quando acompanhamos e entendemos como chegamos até o aqui e o agora. Por isso, a perspectiva da historicidade dos processos sociais, entre os quais os educativos, deve ser o pano de fundo da ação política e pedagógica que se pretende inovadora e emancipatória.

Explicitar desafios é, então, retornar ao ponto de partida da Educação Popular e Saúde: identificar e denunciar as situações-limite em torno dos processos de subalternização e reconhecer as classes populares como autores e protagonistas de sua própria história. E cada vez que voltamos a este ponto de partida, podemos ver os passos que fomos traçando ao longo do tempo, os caminhos que se abriram e os que permanecem fechados, mas é olhar o passado com o espanto e a alegria do primeiro encontro.

Nada está dado, tudo está a se construir, e as contradições que resultam na manutenção de um padrão de profunda desigualdade social também se constroem e reconfiguram a cada instante. Sem recair no relativismo cultural, trata-se de uma opção, uma “entrega moral, afetiva e emocional ancorada na incondicionalidade do inconformismo e da exigência da ação”⁽¹²⁾.

Na área da saúde é preciso reconhecer que ainda não conseguimos garantir a efetiva participação dos grupos que integram as classes populares e os demais grupos historicamente excluídos. Não se trata de negar a relevância dos espaços constituídos do controle social, tal como propostos nas bases que dão sustentação legal ao SUS, mas precisamos reconhecer que este tipo de participação apresenta-se problemática, e mesmo que funcione, talvez não seja suficiente para que a vocalização de necessidades e saberes aconteça.

A democracia representativa, sobre a qual se apóia o conceito do controle social no SUS, funda-se no pressuposto da democratização dos processos de mediação dos diversos interesses, função delegada pelos cidadãos ao Estado, com vistas à redistribuição de poderes, recursos e governabilidade. Uma vez que avançamos nesta direção no processo de redemocratização do país, verificamos, no entanto que o poder de mediação do Estado vem se acanhando cada vez mais diante da esfera do capital privado, e não consegue fazer frente aos novos processos de exploração e opressão daqueles já historicamente espoliados.

Basta pensarmos nas atuais formas de gestão e mediação das relações de trabalho, as condições progressivamente mais danosas a que os trabalhadores estão expostos, incluindo os da enfermagem, e as dificuldades que o Estado e os movimentos sindicais têm encontrado na busca de soluções que não penalizem o trabalhador – que é o que está ocorrendo. Uma pergunta que podemos fazer é sobre qual seria o papel da educação em saúde do trabalhador, neste contexto.

Defender uma outra lógica de educar implica não apenas em mudança de jeitos ou formas, tal como ingenuamente pensam muitos profissionais de saúde, que desenvolver propostas como teatros educativos ou grupos de pacientes como se por si estas estratégias proporcionassem a tão almejada transformação.

O conceito de democracia participativa, quando referido à esfera das relações cotidianas, recupera o papel de cada sujeito como partícipe das decisões, dando sentido também ao conceito de corresponsabilização. No âmbito das relações da macroestrutura social, trata-se de construir um processo no qual

possa chegar às arenas decisórias a voz do maior numero possível de pessoas, em especial daquelas cuja voz é silenciada. Trata-se de uma visão dialética, que não isola a esfera do particular em relação ao plano geral das determinações históricas.

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

Pensar que há um momento certo ou adequado para fazer educação popular voltada para a saúde é outro equívoco que aprendemos, e que precisamos desconstruir, assim como o de achar que somente alguns poucos escolhidos são capazes de liderar processos de mudança. A mudança desejada implica em caminhar coletivo, e em processo de tensionamento e enfrentamento: entre a lógica do modelo biomédico hegemônico e a transformação das práticas de saúde, entre a lógica do avanço das relações injustas e desiguais, e uma sociabilidade com base em pressupostos de solidariedade e compartilhamento. Caminhar articulados em rede com certeza é uma das maneiras de fazer o caminho menos árduo, e mais bonito.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MCP, Rocha SM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
2. Ramos FRS, Bertoncini JH, Machado RR, Flor RC, Pires DEP, Gelbcke FL. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. *Texto & Contexto Enferm* 18(2):361-8
3. Pires, MRGM. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(5): 729-736.
4. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970
5. Stotz, EN. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. São Paulo Perspec. [periódico na Internet] 2003 [acesso em: 21 ago 2010] 17(1) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100004&lng=en&nrm=iso.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde; 9)
7. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2001;5(8):121-6.
8. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educ Realidade UFRGS* 1996;21(2):177-90.
9. David HMSL. Do povo de Deus à institucionalização domesticadora: duas décadas de trabalho e educação popular com agentes comunitárias de saúde. In: Vasconcelos EM. organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec; 2001 p.217-36.
10. David HMSL. *Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares*. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
11. Bobbio N. *Dicionário de Política*. 13ª Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000, Vol. 2.
12. Santos BS. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez; 2006.
13. Vasconcelos EM. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, Ministério da Saúde; 1999.
14. Acioli S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO; 2001.
15. Stotz EN, David HMSL, Wong-Un JA. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Rev APS* 2005;8(1):49-60.