

A Educação Popular Na Saúde: Democratizando As Práticas Em Saúde

The Popular Education In The Health: Democratizing The Practices In Health

Nadir Lara Junior

Doutorado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade de São Paulo

Professor da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Email: nadirl@unisinis.com.br

Maristela Rempel Ebert

Doutorado em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Email: mebert@emater.tche.br

Endereço: Nadir Lara Junior

Unisinis - Av. Unisinis, 950 - Bairro Cristo Rei - CEP: 93.022-000.

Endereço: Maristela Rempel Ebert

Unisinis - Av. Unisinis, 950 - Bairro Cristo Rei - CEP: 93.022-000.

Editora-chefe: Dra. Marlene Araújo de Carvalho/Faculdade Santo Agostinho

Artigo recebido em 07/05/2015. Última versão recebida em 03/06/2015. Aprovado em 04/06/2015.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pela Editora-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação.

RESUMO

O objetivo deste artigo é refletir sobre os desafios postos para a prática de educação popular em saúde num contexto de hegemonia do modelo biomédico nas ações e políticas públicas de saúde, bem como seu potencial democratizador e emancipador. Para tanto essa reflexão foi dividida em três momentos: inicialmente se resgatou a história e os princípios da educação popular, retomando especialmente as contribuições de Paulo Freire; na seqüência, se retomou as críticas de Michel Foucault sobre o modelo biomédico que caracteriza a saúde moderna e os desafios para concretizar uma educação popular no campo da saúde baseada em princípios democráticos, éticos e comprometida com as transformações sociais. Por último, se retomou o movimento da educação popular em saúde, em especial, a partir das contribuições para esse campo, assim como as possibilidades/limites que se delineiam no horizonte do SUS com a institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Saúde. Poder (Psicologia). Participação Social. Participação nas Decisões.

ABSTRACT

The aim of this article is to think about the challenges put for the practice of popular education in health in a context of hegemony of the model biomedical about the actions and public policies of health, as well as his potential of the democracy and emancipation. For so much this reflection was divided in three moments: initially there were rescued the history and the beginnings of the popular education, retaking specially the contributions by Paulo Freire; in the sequence, the criticism of Michel Foucault was retaken on the model biomedical what characterizes the modern health and the challenges to make a popular education real in the field of the health based on democratic beginnings, ethics and compromised with the social transformations. For last, there was retaken the movement of the popular education in health, specially, from the contributions for this field, as well as the possibilities / limits that outline in the horizon of the SUS with the institutionalization of the da National Politics of Popular Education in Health – “PNEPS”.

Keywords: Health Education. Health. Power (Psychology). Social Participation. Management Quality Circles.

1 INTRODUÇÃO

Primeiramente, recordemos que a Educação Popular é a expressão de um processo educativo dos povos latino-americanos que se desenvolveu ao longo dos últimos 40 anos e cujas experiências têm sido sistematizadas por vários pensadores: Paulo Freire é um dos principais expoentes. É necessário também assinalar que as experiências de Educação Popular se desenvolveram paralelamente ao currículo engessado da Escola Formal atrelada esta às ideologias do Estado que, por sua vez, conservam os interesses das classes dominantes (CORTELLA, 2001).

Nesse sentido, a prática educativa na Educação Popular é uma estratégia para o processo de conscientização dos envolvidos no sentido de propiciar-lhes instrumentos para uma leitura crítica da realidade e para o exercício pleno da cidadania, objetivando inclusive animá-los a participar dos movimentos e lutas sociais e políticas.

O objetivo principal da Educação Popular é desenvolver a capacidade de o educando conhecer os mecanismos reprodutores da desigualdade e da injustiça social, bem como seus direitos e deveres de cidadão, de modo que possa intervir na realidade de maneira efetiva, fazendo com que a sociedade seja mais humana, justa e mais democrática. Esse processo também auxilia o educando a pensar sobre suas questões afetivas e existenciais, pois, no contato com as outras pessoas e consigo mesmo, descobre características e possibilidades de compartilhar sonhos e projetos de vida.

As idéias da educação popular crítica e libertadora de Paulo Freire influenciaram o campo da saúde. A partir dos anos 70, ainda em plena ditadura militar, inúmeros profissionais da saúde comprometidos com a luta pela reforma sanitária incorporam em suas ações cotidianas, em especial na periferia da capital paulista, as propostas da educação popular, buscando potencializar os movimentos sociais e aproximar os saberes acadêmicos com os saberes populares (PEDROSA, 2006). Este movimento visava ampliar a participação das comunidades na luta pelo direito à saúde como uma política pública universal, mas também afirmar uma nova concepção de saúde, pautada em referenciais mais democráticos e de autonomia para os sujeitos.

As lutas sociais iniciadas neste período influenciaram o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS a partir da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passa a ser afirmada como um direito universal, baseado nos princípios da integralidade, equidade, participação social, entre outros. Nessa perspectiva, a proposta de saúde do SUS exige uma pedagogia que fundamente as práticas dos trabalhadores que atuam nesse serviço, assim como dos sujeitos

que estão envolvidos nesse processo, seja como usuário ou cidadão. Foi neste contexto de participação popular e de necessidade de uma pedagogia que fundamentasse e auxiliasse na implantação do SUS que a educação popular em saúde surge como um importante instrumento na construção mais democrática e participativa na área da saúde.

Portanto, o presente texto se propõe a refletir sobre as potencialidades da educação popular quando incorporadas nas práticas de saúde e ao mesmo tempo as contradições e limites num contexto de predomínio do saber científico e da medicina, onde os usuários do SUS têm poucos espaços de participação efetivas tanto nas decisões das políticas (seja nos conselhos de saúde e em outros espaços de participação social), quanto no acesso a diferentes práticas culturais de promoção de saúde no cotidiano de suas instituições.

Desse modo, inicialmente será retomado alguns conceitos de Paulo Freire considerados relevantes para a consolidação da educação popular em saúde. Igualmente confrontaremos as relações de poder no campo da saúde que se configuram como obstáculos para a efetivação dos princípios da educação popular, a partir do diálogo com a Teoria de Foucault (1979), no que diz respeito ao modo como se estruturam as relações de poder e submissão dos sujeitos. Para este pensador, o discurso científico e a ciência (em geral), tomam o lugar do “saber absoluto” das religiões (do passado), tornando-se a legitimadora e reguladora dos comportamentos nas sociedades modernas.

A seguir, será balizada a partir das contribuições de Pedrosa (2006) e Dantas, Rezende e Pedrosa (2009), que são pesquisadores e ativistas da educação popular em saúde, como este modo de produzir saúde traz implícito a capacidade de promover novas relações sociais baseadas em princípios democráticos, éticos, solidários e comprometidos com a transformação social. Ainda, serão abordadas as vantagens de transformar esta proposta da educação popular em saúde advinda de movimentos populares e trabalhadores da saúde em uma política pública efetivada.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 a contribuição de Paulo Freire para a educação popular em saúde

Paulo Freire iniciou suas primeiras experiências como educador em 1946 com os trabalhadores pobres em sua terra natal em Pernambuco. A partir desse contato, este foi sistematizando suas experiências e, no início dos anos 60, apresentou uma proposta pedagógica que, além de alfabetizar, politizava os educandos e os ensinava a ler e escrever a

própria história. A proposta político-pedagógica de Freire começou a se expandir e tornou-se conhecida nacionalmente.

Com o Golpe Militar de 1964, esta foi considerada uma ameaça à segurança nacional, e Paulo Freire foi preso e exilado. Trabalhou em vários países e escreveu diversos livros sintetizando suas idéias e experiências de alfabetização com as populações mais pobres e excluídas. Retornou ao Brasil em 1979, tornando-se professor da PUC/SP e assumiu o cargo de Secretário Municipal de Saúde na administração petista de Luiza Erundina em São Paulo. Dentre as obras escritas por ele, destacamos a “Pedagogia do Oprimido”, a “Educação como prática da Liberdade” e a “Pedagogia da Autonomia”. Nelas, Freire delinea sua epistemologia fundamentada em suas experiências de vida, na dialética marxista e também nos referenciais da Teologia da Libertação.

Segundo Paulo Freire (1987) a educação não é neutra, sua natureza é política. Ela pode contribuir para a transformação da realidade ou, ao contrário, para a manutenção das desigualdades e injustiças de nossa sociedade de classes. Na perspectiva da pedagogia freiriana, o conhecimento não pode ser estático, porque, se o for, não há espaço para a contradição, e o pensamento se limitaria a reproduzir e não a criar novas idéias e reflexões na interação com o mundo.

Se for introduzido o movimento na relação da pessoa com o seu meio, evita-se a cristalização das posições opressora versus oprimido, e vislumbra-se a possibilidade da transformação, da revolução. Por revolução Freire (2000) entende o reconhecimento da dignidade dos pobres, pois não se faz mudança da realidade para os pobres, mas com os pobres. A revolução visa minimizar o sofrimento e a desigualdade – é processo de humanização.

A partir dessa concepção de Freire, podemos verificar que a proposta de educação popular é profunda e exigente, se ficarmos na superficialidade não se faz educação popular e sim uma reprodução do modelo tradicional com uma roupagem “popular”. Diante disso, a educação popular em saúde, também não pode ser vista de maneira superficial, pois isso exige dos trabalhadores comprometidos com essa pedagogia se abrirem às diferentes práticas culturais, dialogarem com os diversos sujeitos de modo crítico e, que num processo dialético aponte alternativas para a superação da doença e para o pleno usufruto da saúde. Portanto, não basta respeitarmos as diferenças se for mantida a dualidade: a ciência de um lado como portadora do verdadeiro conhecimento; e na outra ponta, os saberes populares. Pois será apenas uma fachada que não rompe com as relações de poder estruturadas.

Trata-se de um processo libertador que pressupõe muito mais que a alfabetização (ou transmissão de técnicas), é um processo de formação da consciência crítica. Na Educação Libertadora, não há dicotomia – nós e eles, educador e educando, escola e mundo, pois a educação é construída dialeticamente.

A alfabetização não é um jogo de palavras, é a consciência reflexiva da cultura, a reconstrução crítica do mundo humano, a abertura de novos caminhos, o projeto histórico de um mundo comum, a bravura de dizer a sua palavra (FREIRE, 2000, p.20).

Numa sociedade em que as pessoas oprimidas introjetam a figura do opressor e, em muitos casos, reproduzem a lógica da exploração, o papel da educação é libertá-las dessa figura introjetada para que possam se apropriar de sua história, da consciência de si e de sua classe social (FREIRE, 2000).

Nessa perspectiva, o conhecimento vem acompanhado da consciência de si mesmo em sua relação com o mundo e também das relações que se estabelecem nele: portanto, conhecer é apropriar-se da realidade na qual se está inserido e transformá-la. O conhecimento serve para libertar as pessoas da opressão (que as torna objetos destinados a exploração da mais-valia), tornando-as humanizadas.

Por isso Freire (2000) insiste na humanização, ou seja, que todos os trabalhadores sejam tratados em sua condição humana e não limitados a objetos dos patrões para que, se aproveitando da ignorância, aumentem seus lucros em detrimento da saúde do trabalhador, vendida em forma de mais-valia.

No campo da saúde, tanto os profissionais (trabalhadores) quanto àqueles que acessam o SUS introjetaram uma visão de saúde-doença que deslegitimou práticas milenares, colocando nesse lugar um discurso médico-centrado que os conduzem a uma posição de objetos submissos às técnicas e aos conhecimentos científicos – um corpo a ser analisado e não um ser humano.

Certos discursos médicos são internalizados e naturalizados na área da saúde que reforçam a submissão das pessoas, deslegitimando assim que elas próprias sejam gestoras de seu corpo, delegando ao médico um saber sobre si mesmo. A introdução massiva de medicamentos levou a uma grande dependência da sociedade em relação aos grandes conglomerados bioquímicos, banindo boa parte de práticas tradicionais (como chás, benzedeiros...), tendo como consequência, as comunidades vulneráveis e cada vez mais dependentes do poder público (sem falar no aumento dos custos). “Ao colonizar uma cultura

tradicional, a civilização moderna transforma a experiência da dor. Retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma-o em problema técnico” (ILLICH, 1981, p. 33).

Dessa maneira o sofrimento não é uma contrapartida na relação do sujeito com o meio. Essa dor decorrente da existência passa a ser medicada, de modo que a tristeza, sentimento genuinamente humano, passa a ser invariavelmente interpretado como doença (depressão), a qual será tratada obviamente por antidepressivos fornecidos pela indústria farmacológica. As culturas pré-industriais forneciam elementos culturais para as pessoas suportarem a dor da existência. A dor da existência se inaugura na primeira respiração do bebê ao nascer.

Portanto, é a profissão médica que decidem quais são as dores autênticas, quais as que são imaginadas e simuladas. E o mais incrível é que os médicos, em geral, fazem tudo isso sem perguntar nada ao “paciente” – (aquele que tem paciência). Nessa lógica, o indivíduo moderno transfere para os medicamentos o poder de livrá-lo da dor de existir que se acentuam com a crise das Instituições promotoras de sentido, tais como a família, a igreja e o Estado. As pessoas temem a dor, porque a dor no discurso médico é entendida, muitas vezes, como um presságio da morte. Como as instituições não produzem mais sentido para a morte, a indústria farmacêutica, apoiada pelo poder biomédico, é quem tem o poder de decidir qual dor anuncia a morte e qual dor deve ser anestesiada.

Romper com esta lógica dominadora requer dos profissionais da saúde saber ouvir os “pacientes”, pois pela linguagem as pessoas estruturam o sentido e a intensidade da dor. Pela linguagem se expressa a relação da dor corporal investida de valores morais que pode vir a causar a dor mais aguda ou não. Nesse sentido, na perspectiva da educação popular de Freire (2000, 1995), o sujeito deve ser consultado sobre sua saúde, no processo de conhecimento, ao qual já fizemos referência é a consciência crítica que recoloca a pessoa no uso pleno de sua humanidade; é a capacidade de o sujeito ler e entender o mundo no qual vive.

A consciência crítica também é reflexão, pensar a transformação da sociedade e argumentar com criticidade a respeito de sua própria saúde. Vale destacar que a força da consciência está no diálogo e não no discurso impositivo sobre a liberdade. A ação da pedagogia do oprimido visa à revolução. A educação é uma estratégia para ampliar a capacidade humana de pensar e assim formar pessoas críticas capazes de agir e transformar a sociedade, pois, caso contrário, mesmo que saibamos ler e escrever com perfeição poderemos ser considerados analfabetos políticos.

Se começamos a considerar agora o problema da alfabetização política, parece que nosso ponto de partida deve ser a análise do que é o analfabeto político. Se, do ponto de vista linguístico, o analfabeto é aquele que não saber ler e escrever, o analfabeto

político – não importa se sabe ler ou escrever ou não – é aquele ou aquela que têm uma percepção ingênua dos seres humanos em suas relações com o mundo, uma percepção ingênua da realidade social que, para ele ou ela, é um fato dado, algo que é e não que está sendo. Neste sentido, muitos analfabetos e semianalfabetos, do ponto de vista linguístico, são, porém, politicamente ‘letrados’, muito mais do que certos letrados eruditos. E não há nisto nenhuma razão de espanto. A prática política daqueles, sua experiência nos conflitos – no fundo a parteira real da consciência – lhes ensina que os últimos não aprendem ou não conseguem aprender nos seus livros (FREIRE,1995, p.90).

O educador que atua na área da saúde tem uma responsabilidade político-pedagógica uma vez que sua ação não está desvinculada da sociedade: tanto pode reproduzir a lógica da exclusão social como pode ensinar o educando a ler e a escrever a própria história (FREIRE, 1995) e assim se apropriar da própria saúde e também capacitá-lo a atuar de maneira efetiva na construção de políticas públicas, assim como gerir a própria comunidade onde mora. A importância do educador se torna fundamental no processo de construção da Educação Popular, pois é ele que auxilia o educando a se tornar um “alfabetizado político” capaz de lutar por seus direitos e assim construir espaços democráticos de discussão.

2.2 A educação popular em saúde e o desafio de promover práticas democráticas

Foucault (1979), afirma que a ciência e mais especificamente a medicina social moderna cumpre um papel intimamente articulado com o sistema capitalista e o Estado. Ela surge com o intuito de proteger a força de trabalho para a produção industrial, mas antes ainda como uma estratégia de poder para disciplinar os corpos dos indivíduos. A ciência tomou o lugar da religião e passou a ditar modos de comportamento, valores e relações “aceitáveis” com o próprio corpo. Quer dizer, na época moderna os seres humanos perderam tanto a autonomia como trabalhadores (tornam-se força de trabalho negociável como mercadoria) como o direito de decidir livremente sobre seu próprio corpo.

Aquilo que constituía diferentes práticas populares de cuidar da saúde-doença são reprimidas e deslegitimadas em favor de práticas oficiais disseminadas pelo Estado, articulada com os cientistas. Neste contexto os médicos conquistam prestígio na Europa no séc. XIX no trabalho de controle das pestes e epidemias. Por isso, os Estados contratavam seus serviços e impunham para a população padronizações de comportamentos e práticas para evitar doenças e pestes coletivas.

Para Foucault (1979) as relações de poder não são apenas estruturadas pelas relações econômicas, elas se reproduzem nas relações cotidianas das práticas sociais, seja no campo da saúde, da educação etc., rotulando, reprimindo e padronizando comportamentos e destinando

aos que não se adaptam uma espécie de afastamento do convívio social por meio das internações e o hospital psiquiátrico se tornou um exemplo a esse respeito.

A educação em saúde, incorporada ao discurso médico, mesmo quando não formulada explicitamente, acompanhou historicamente as práticas de saúde da medicina social, orientando e normatizando comportamentos e disseminando a idéia de culpabilidade pelo adoecimento. A educação em saúde foi uma maneira de controlar as classes mais pobres, vejamos:

A educação e saúde, tradicionalmente entendida como um conjunto de informações que as pessoas devem incorporar com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis, representa uma engenharia dos grupos hegemônicos para controlar os pobres e subalternos, sejam os escravos no tempo do Império ou as classes populares nos tempos republicanos, sendo, portanto, uma das práticas mais antigas no campo da saúde pública (PEDROSA, 2006, p. 83).

Nessa lógica da medicina social, o discurso não é promover a saúde, mas evitar a doença; e os indivíduos passam a ser visto a partir de órgãos a ser curados, totalmente submetido às decisões do profissional de saúde. Aliado a esta prática, o desenvolvimento da microbiologia (vírus, bactérias, etc.) e a descoberta de vacinas e antibióticos produziu outros efeitos: a imposição da obrigação de ser vacinados levando a revoltas das populações inclusive no Brasil no início do século XX; e a transformação da saúde em mercadoria altamente lucrativa.

Portanto, neste novo modelo hegemônico centrado na cura de doenças (conhecido por biomédica e hospitalocêntrico), as culturas populares de cuidado do corpo e da saúde perdem espaço e muitos coletivos ficaram altamente vulneráveis, seja por ter perdido seus referenciais tradicionais, seja pelo Estado não conseguir garantir uma política pública de acesso a todos neste novo modelo por ele proposto.

Todavia, estas práticas populares não foram eliminadas por completo e surgem no decorrer dos anos 60 diferentes experiências na América Latina de organização da saúde em outros moldes, com participação das comunidades juntamente com os profissionais de saúde. Este movimento também surge no Brasil, em especial nos anos 70 com o envolvimento de muitos profissionais de saúde e que vai culminar no SUS.

A Organização Mundial da Saúde durante o evento internacional de 1976 concluiu que houve piora nos indicadores de saúde nas últimas décadas, e que a promessa de que o uso de tecnologias de ponta resolveria os problemas não se concretizou. Nesta ocasião começam a ser divulgados outros modos de organizar os sistemas de saúde como da atenção primária, incluindo diferentes práticas, reconhecendo que a saúde é condicionada por uma diversidade

de situações. Em 1986, no evento realizado no Canadá, é defendido um conceito alargado de saúde propondo a idéia de promoção de saúde que vê esta “como um recurso para a vida”, articulando com a concepção de bem estar global e garantido por um conjunto de fatores como ambiente saudável, renda, aspectos culturais e sociais, processos de trabalho, etc.

No Brasil, neste período, impulsionado pelo movimento de reforma sanitária e pelo processo de intensa mobilização social pela democratização do país, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação dos trabalhadores de saúde e dos movimentos sociais. Nesta Conferência se estabeleceu os marcos de um novo sistema de saúde: como um direito de cidadania; universal (independente de contribuição); igualitário; descentralizado (buscando atender as diversidades lócus regional); com participação da sociedade nas decisões; e buscando romper com o modelo autoritário biomédico de produzir saúde (ênfatisando a necessidade de repensar a própria formação dos profissionais de saúde).

De fato, muitos desses princípios foram incorporados na legislação da saúde a partir da Constituição de 1988, e nas legislações seguintes (Lei nº. 8.080/1990 e Lei nº. 8.142/1990). Todavia, o modelo biomédico e os interesses de mercado no campo da saúde não se alteram por uma legislação. Após vários anos, a participação da sociedade via conselhos de saúde ainda é bastante frágil, as reivindicações em outros espaços também enfrentam limites. Aliás, nos anos 90, em muitos países se percebeu refluxos dos movimentos sociais em função do crescimento do poder do mercado e da ideologia do Estado Mínimo (Neoliberalismo), juntamente com o aumento do desemprego e perda dos direitos sociais (conquista histórica) no mundo todo. Esta conjuntura nos países mais pobres teve efeitos ainda mais perversos, destacando a redução dos investimentos nas políticas sociais.

No Brasil, com a eleição de um governo considerado mais a esquerda, a partir de 2002, surgem políticas inovadoras como a Lei nº. 687/2006 que trata da promoção da saúde buscando articular ação intersetoriais para promover a saúde no sentido mais amplo, e a Lei de Educação Permanente nº. 1996/2007 que trata da formação dos recursos humanos. Apesar de esta última lei avançar em termos de ampliação da participação da sociedade nas decisões da gestão e na organização da formação, há muitas dificuldades. Não se rompeu com a lógica mercantil no campo da saúde e também o modelo biomédico continua sendo o paradigma da produção de saúde.

Além disso, até o momento não se avançou efetivamente na aproximação com os diversos saberes e práticas populares nem com os movimentos sociais. Logo, pensar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde como uma política pública é um desafio que se coloca para os governantes, mas também para a sociedade em geral.

2.3 Os potenciais/limites da política nacional da educação popular em saúde

Pensar a educação popular em saúde a partir da perspectiva de Paulo Freire é pensar que esta é em primeiro lugar uma ação política. Nesta direção, trata-se de uma política que enfatiza os diferentes olhares e práticas populares de saúde como conquista da luta social, e que sua realização efetiva depende da mobilização social e dos profissionais da saúde comprometidos com uma educação crítica para garantir que seja incorporada realmente no fazer cotidiano da saúde. A mobilização social e a problematização do discurso médico devem estar em pauta e articulada com as outras lutas sociais que igualmente afetam as condições de saúde e bem estar.

Para Pedrosa (2006), a institucionalização da política de educação popular em saúde tem a vantagem de aproximar o debate sobre saúde com os diferentes saberes, científicos e populares, mas também traz consigo os riscos de perda de autonomia dos diferentes coletivos e de suas práticas. Para exemplificar pode-se citar o uso medicinal de culturas tradicionais que fazem parte dos saberes populares, quando apropriados pela ciência e pelo Estado, muitas vezes, acabam favorecendo a indústria farmacológica e não a própria população que gerou esse saber. Por isso acreditasse que a saúde deve ser um espaço democrático que reúna os cidadãos para que possam manifestar suas idéias e necessidades.

Esta aprendizagem requer instrumentais que levem os sujeitos envolvidos a transformar a realidade que os desafiam ou desagradam. Dantas, Rezende e Pedrosa (2009) propõem pensar a educação em saúde como um território vivo, onde coexistem diferentes culturas e modos de ver e viver que nos desafiam ao diálogo permanente na busca de alternativas coletivas e individuais.

Assim, no contexto de educação popular em saúde circulam diferentes práticas e discursos, onde a manifestação artística como teatro, dança, música, etc. são tão relevantes quanto a manifestação de escrita e de fala. Para Dantas, Rezende e Pedrosa (2009), o direito integral à saúde garantido constitucionalmente como um direito de todos não tem uma configuração fechada, está em permanente construção e reconstrução, cabendo ao Estado cumpri-la.

Neste sentido, a educação popular em saúde ao se propor a dialogar com as diferentes práticas e saberes tende a enriquecer o campo da saúde e fortalecer os sujeitos envolvidos (e não somente os trabalhadores de saúde), estimulando o rompimento com o modelo

hegemônico biomédico de conceber a saúde. Ou seja, segundo Dantas, Rezende e Pedrosa (2009, p. 10):

Ao tratarmos do campo da saúde coletiva deparamo-nos com a inserção da saúde em uma realidade social complexa, daí a necessidade de considerá-la como um campo disciplinar articulado a uma totalidade social permeada de contradições. A constituição de espaços dialógicos que possibilitem a interlocução de saberes e práticas parece configurar esta estratégia de superação dessas situações-limites.

O possível caráter revolucionário de ver a educação popular como estratégia de poder não é apenas porque acolhe e lida com estas diversidades territoriais, mas porque os sujeitos se sentem fortalecidos para se envolverem na luta pela emancipação do paradigma da medicina moderna de ver a saúde como ausência de doenças e como controle dos indivíduos (e seus corpos) e dos trabalhadores (preservação da força de trabalho) numa perspectiva de Foucault, democratizando as relações sociais e os processos de promoção da vida.

Morin (2000) afirma que nas sociedades autoritárias os indivíduos são colonizados, enquanto numa sociedade democrática eles se expressam livremente, construindo laços e solidariedades com a vida coletiva (cidades). Nessa perspectiva, uma vez que as pessoas se sentem participantes do processo democrático, as decisões em prol da coletividade se tornam mais coerentes, pois o individualismo começa a dar espaço para a existência de outro sujeito, responsável e democrático, portador dos mesmos direitos e deveres perante a sociedade. No entanto, Mouffe (1999) vai além dessa proposta de Morin, pois defende a constituição de uma democracia radical que considere a manifestação das minorias organizadas que lutam por seus direitos, e que muitas vezes são oprimidas ou as tornam invisíveis pelo coletivo nas relações sociais. Diz ela,

O que necessitamos é uma hegemonia de valores democráticos e isto requer uma multiplicação de práticas democráticas, institucionalizando-as em relações sociais, todavia, mais variadas, de modo que se torne uma matriz democrática. [...] Um projeto de democracia radical e plural, pelo contrário, requer a existência de multiplicidade, de pluralidade e de conflito, e vê neles a razão de ser da política (MOUFFE, 1999, p.39).

A educação popular busca construir espaços onde cada sujeito é capaz de fala e de escuta, que perante uma dificuldade pode problematizar suas questões numa discussão democrática. Parte do princípio que as pessoas são capazes de mudar a realidade e por isso que quem traz consigo idéias e propostas diferentes devem ser consideradas como integrantes do processo democrático de discussão e não serem excluídas.

A democracia busca se sustentar em valores que consigam privilegiar a participação de todos no processo, apesar das diferentes ideologias que possam existir, permitindo aflorar os

conflitos e diferenças. Quando nos conflitos, o outro passa a ser visto como inimigo que precisa ser eliminado desaparece a democracia. Neste sentido, a educação popular constituída pela diversidade de sentidos, saberes e práticas tende a ser um potencial democratizador do campo da saúde coletiva.

A institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS através da Portaria Federal n.º 2761/2013 é fruto da luta dos atores identificados com esta prática social. Para estes é o momento de tirar este movimento espalhado pelo país da marginalidade, dando-lhe visibilidade e status no SUS. A Portaria dá reconhecimento e visibilidade a esta prática da promoção do diálogo e da troca de saberes, chamando a atenção de sua importância para o conjunto dos gestores, prestadores de serviço, trabalhadores, instituições formadoras, ou seja, envolve o conjunto dos atores implicados na construção do SUS.

Todavia, assim como a garantia legal da participação da sociedade civil (em especial, usuários) nos conselhos gestores não garante a efetivação dos direitos e a democratização das decisões, semelhante analogia pode ser considerada com relação à política da educação popular. Embora esteja oficializada, capaz de captar recursos materiais e humanos e de se disseminar no cotidiano do sistema de saúde, o seu caráter revolucionário não se torna atrativo nato para gestores, prestadores e trabalhadores, em especial considerando as relações de poder que constitui o campo da saúde na perspectiva de Foucault e mesmo das relações sociais opressoras das sociedades capitalistas apontada por Freire (1987). Isto sem falar na tendência do Estado engessar as políticas públicas, transformando as práticas da educação popular em formalidades esvaziadas de seu conteúdo original, qual seja a diversidade, a criatividade, a autonomia e a criticidade (transformação social).

Apesar de ser recente a portaria já há um movimento (e estratégias) de inserir a política no interior do sistema buscando articular entre si os diversos espaços da educação popular, inclusive com repercussão nos territórios locais. Entretanto, ainda são muito tímidas as iniciativas, de modo que continuam predominando práticas de atores identificados com a proposta sem uma articulação maior entre as diversas instâncias do SUS, realidade esta também observada no território gaúcho.

3 CONCLUSÃO

Portanto, não adianta falar de acolher as diversidades se não estamos dispostos a reconhecê-las como saberes legítimos. Ao reconhecer que trabalhamos com uma população que não tem tido espaço e oportunidade para se organizar politicamente a fim de reivindicar seus direitos na sociedade, buscamos fundamentar nossa prática numa educação cidadã, que ensina (e estimula) as pessoas a se organizarem para lutar por seus direitos básicos, tanto na instituição educativa, quanto nas práticas cotidianas dos serviços de saúde.

Pensamos que fazer do campo da saúde um ambiente democrático de discussão é abrir a possibilidade para cada pessoa (e coletivo) ser respeitada em suas diferenças, pois juntamente com estas vêm à criatividade e a espontaneidade para criar e recriar um ambiente mais agradável para viver e estar no mundo.

Para que esse processo de democratização possa ocorrer, é preciso se pensar numa educação integral em saúde, capaz de conciliar as várias possibilidades de saberes e cuidados com o corpo, eis o potencial da educação popular. Para Freire (2000) se a educação integral for desconsiderada, caímos na fatalidade da verticalização das relações (característica do modelo biomédico), selando assim uma relação autoritária de imposição de uma fala dita como “portadora do saber”.

No processo de estruturação do nosso saber muitas vezes os profissionais de saúde (reproduzindo institucionalmente) pensam a realidade somente entre duas únicas possibilidades: - o certo e o errado! Qualquer circunstância que se mostre fora desses nossos padrões duais, não consegue ser abstraída e, portanto, é eliminada. Se ao longo de nossa formação nas universidades e na ação prática do cotidiano do fazer saúde não for desenvolvido certa flexibilidade perante o novo que se apresenta, certamente teremos poucos avanços na incorporação dos diferentes saberes trazidos pelo movimento da educação popular.

Estas diferentes questões apontadas ao longo dessa reflexão estão no horizonte de possibilidades e em disputas pelos diversos coletivos, e os caminhos não estão prontos. Acolher os diferentes saberes trazidos pelo movimento de educação popular numa perspectiva crítica é reconhecer que a efetivação do SUS está articulada com o conjunto das lutas sociais por mais dignidade, direitos sociais e promoção da própria vida.

Garantir a participação social, a integralidade e a diversidade de saberes remetem à reflexão crítica de que a saúde não pode estar a serviço do mercado e sob o olhar fragmentado da medicina social (biomédico). Sem romper com estas práticas não haverá êxito na proposta

da política nacional de educação popular e nem na efetivação do SUS como um direito social, humano e de cidadania.

E por último, a aposta na educação popular em saúde tem o potencial de transformar o próprio significado para clínica na área da saúde, que ao ser tomado pelo discurso biomédico foi alijada de seu sentido original. Para resgatar a etimologia dessa palavra Dunker (2000, p. 42) afirma que “clínica, significa dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos de seu corpo. Em outras palavras, aplicar sobre este corpo um determinado olhar e derivar deste olhar um conjunto de operações”.

Nessa perspectiva, para se fazer clínica é necessário uma semiologia que é a ciência dos signos, ou seja, classificação e organização dos signos índices, sintomas e traços que são captados pelo olhar clínico; também é preciso saber fazer diagnóstico que é a capacidade de discernir a respeito do valor e significação dos signos observados e a sucessão ao longo do tempo e assim submeter a uma nosologia e por fim ao quadro da doença; Etiologia na clínica clássica é a relação de causa e efeito que fornecerá subsídios para a organização da patologia – princípio regulatório do sistema. E por fim, destacamos a importância de ver a terapêutica como propedêutica, ou seja, ensinar o sujeito a cuidar, manter e gerir a própria saúde.

Portanto, a Política Nacional da Educação Popular em Saúde tem grande importância no sentido do Estado reconhecer esta prática diferenciada de promover saúde, acolhendo outros saberes e modos de cuidado incorporando-os no SUS. Entretanto, há que estar atento para não esvaziar o conteúdo revolucionário que a educação popular pressupõe, a qual se choca diretamente com os interesses de mercado e com o poder biomédico presente na produção da saúde no país.

REFERÊNCIAS

CORTELLA, M. S. **A escola e o conhecimento. Fundamentos epistemológicos e políticos.** 4ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DANTAS, V. L. A.; REZENDE, R.; PEDROSA, J. I. S. Integração das políticas de saúde e educação. In: **Boletim 17 da Secretaria de Educação a Distância e Ministério da Educação.** Programa Salto para o futuro - Saúde e educação: uma relação possível e necessária, ano XIX, p.10-22, nov/2009. Disponível em: <<http://tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/15061117-SaudeeEdurelacao.pdf>>. Acesso em: 26 set.2014.

DUNKER, C. I. L. Clínica, linguagem e subjetividade. **Distúrbios da Comunicação**, v. 12, n.1, p. 39-60, 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **A importância do ato de ler**. 31ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nemeses da medicina**. 4ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3ªed., São Paulo: Cortez, 2000.

MOUFFE, C. **El retorno del político: comunidad, ciudadanía, pluralismo, democracia radical**. Barcelona: Paidós, 1999.

PEDROSA, J. I. S. Promoção da saúde e educação em saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, p. 77-95, 2006.