

Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas

Educação Popular e Gestão Participativa na Saúde:
instituindo espaços

Nara Fagundes Correia

Brasília, setembro de 2010

Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas

Educação Popular e Gestão Participativa na Saúde:
instituindo espaços

Nara Fagundes Correia

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em
Desenvolvimento e Políticas Públicas da
Escola Nacional de Saúde Pública da
FIOCRUZ e do IPEA, como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Christiane Girard Nunes

Brasília, setembro de 2010

Banca examinadora

Profa. Dra. Christiane Girard Ferreira Nunes
IPEA
(Presidente)

Prof. Dra. Sônia Marise Salles Carvalho
Universidade de Brasília
(Membro externo)

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
ENSP/Fiocruz
(Membro do programa)

Profa. Dra. Maria Isabel Pojo Rêgo
Ipea
(Suplente externo)

Profa. Dra. Jeni Vaitsman
ENSP/Fiocruz
(Suplente interno)

À minha mãe, Tânia, por todo amor, com todo amor.

Agradeço à professora Christiane Girard, pela orientação, sempre atenciosa e afetuosa, e por abraçar comigo o tema escolhido.
Ao José Ivo Pedrosa, pelo olhar orientador dedicado ao tema, por 'contagiar-me' pela educação popular, por ter sido o chefe mais generoso e pelas grandes inspirações.
Aos amigos, Esdras Pereira e Osvaldo Bonetti, pelo companheirismo nas batalhas.
Aos educadores populares, por me ensinarem que educação e amor são indissociáveis. Em especial, a todos da ANEPS.
Aos professores, José Mendes, Luciana Jaccoud, Mário Lisboa Theodoro, Clara e Rafael, pelas aulas inspiradoras.
À Isabel, à Laura e à Paula, pela competência e carinho.
Aos colegas de mestrado, Guto e Alessandra, pelas gargalhadas.
Ao meu pai, Alípio, meu orientador maior, pelo amor maior.
À Salete e à sua família, por já fazerem parte da nossa.
Às minhas irmãs, Gi e Ilka, melhores e maiores amigas, por tudo.
Ao Pinho, amigo-irmão, pela leveza de vida.
À Eurides, pelas inspirações.
Ao Amaro, pela leitura de mundo.
A todos os amigos, os mais próximos e os mais distantes.
Ao Noel e à Cora, por me ensinar a ver o mundo com outros olhos.

Ao Lourenço, por todo o incentivo e amor, sempre.

Siglas

ANEPS – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde

CEB – Comunidades Eclesiais de Base

CF 88 – Constituição Federal de 1988

CGAEP – Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social

CNEPS – Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ENEMEC – Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária

MEC – Ministério da Educação

MOPS – Movimento Popular de Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NMS – Novos Movimentos Sociais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PARTICIPASUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNEPS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUDS – Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO -----	2
CAPÍTULO 1	
Breve história política brasileira -----	6
Democracia: o particular no universal -----	10
O Sujeito e os deslocamentos Latino-Americanos -----	16
Política e Direitos Sociais -----	20
CAPÍTULO 2	
Participação e Gestão -----	25
Movimento Social e Ação Coletiva -----	32
Identidades -----	40
CAPÍTULO 3	
Esboços de um sistema público de saúde -----	46
O Sistema Único de Saúde -----	51
Educação e Saúde -----	57
CAPÍTULO 4	
A Educação Popular e a Saúde: primeiras aproximações -----	64
A Educação Popular -----	67
A Educação Popular no Ministério da Saúde: apresentação e escolhas metodológicas -----	75
Institucionalizando o instituinte: novos desafios para a Educação Popular ----	81
CONCLUSÃO -----	102
BIBLIOGRAFIA -----	109
ANEXOS-----	116

Introdução

A escolha do foco a ser analisado para a pesquisa dessa Dissertação se deu em função das atuais atividades profissionais desenvolvidas pela pesquisadora. A partir de três anos de experiência de trabalho no Ministério da Saúde, apoiando técnica e politicamente diversas ações relacionadas à mobilização social pelo direito à saúde e aos processos de educação popular em saúde, a pesquisadora compreendeu que seria pertinente desenvolver uma pesquisa que explicitasse um pouco sobre as nuances da educação popular em saúde no âmbito da gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Em específico, sobre a trajetória histórica e política da institucionalização da Educação Popular no campo da gestão federal da saúde pública no Brasil.

Desse modo, pretende-se, aqui, desvelar os meios pelos quais a educação popular em saúde vem sendo inserida nos espaços instituídos do Estado, para então compreender como vem se configurando o seu papel sociopolítico no que tange, especificamente, às práticas de participação social e à política de gestão participativa da saúde. Ou melhor, a intenção reside em analisar a atuação política da educação popular em saúde, na sua interação com os atores e as práticas institucionais de gestão, como uma possível estratégia de ampliação da democracia participativa.

Nesse sentido, a crescente criação de espaços institucionalizados de Educação Popular em Saúde pode vir a representar a ampliação de possibilidades de ações e reordenações para a prática da gestão participativa no país e, ainda, pode se revelar como um desafio para os sujeitos das práticas populares de saúde, na medida em que, ao ocuparem posições institucionais, são incitados a definirem proposições consistentes para a formulação de novas diretrizes políticas de saúde de âmbito nacional, o que, por vezes, lhes estimula à reinvenção de seus próprios papéis sociais e políticos.

Para tanto, uma das importantes opções de análise recai sobre a apresentação dos discursos acerca da participação social na saúde, no sentido da democracia participativa como delineadora do papel das coletividades diante da prerrogativa da

deliberação. E também, nessa perspectiva, dos sentidos da participação social hoje como processo potencializador para a resolução dos problemas relativos às demandas de saúde de determinados coletivos.

No contexto político atual do Brasil não é mais possível lançar mão da defesa do papel do Estado como único responsável pelo provimento dos serviços sociais à população. Isto porque, “para que tais serviços contemplem de fato as necessidades sociais das populações” (Valla, 1999), eles devem, inevitavelmente, considerar o modo como as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e, ainda, quais as soluções que apontam. E essa consideração só se efetiva a partir do diálogo do Estado – pautado sobre uma postura de escuta – com a sua população.

“A história nunca começa com o contato dos profissionais dos serviços com as suas clientelas. A história é anterior: há um passado que ainda vive (...) e está referido às experiências acumuladas em uma gama amplamente diversificada de alternativas, bem como às lutas (...) coletivas que enraízam formas de pensar e agir” (Valla, 1999).

Para que as políticas de saúde respondam, então, com melhor efetividade às demandas da população, faz-se premente que seu processo se dê a partir do diálogo do Estado com a sociedade civil. E é sobre esse que vem se estruturando a relação entre os movimentos sociais instituintes de educação popular em saúde e os processos de gestão em saúde instituídos.

No intuito de elucidar como essa relação tem sido estabelecida, o Capítulo 1 dessa Dissertação aborda a recente historiografia brasileira que culminou na atual configuração do País como um Estado democrático de direito. Em correlação são também reveladas algumas concepções sobre democracia, sobretudo na perspectiva de demonstrar como os processos democráticos instaurados podem traduzir as particularidades dos sujeitos em políticas universalizantes nas sociedades capitalistas modernas. O entendimento sobre esses sujeitos, em sua constituição como tais na medida em que se afastam do papel de indivíduos para a fundamentação da cidadania, positivando assim a democracia, é também explicitado para, por fim, apresentar o Estado brasileiro como preceptor da proteção social à sua população, por meio da formulação e implementação das políticas sociais.

No segundo Capítulo é realizada a discussão acerca da ampliação dos instrumentos institucionais de participação da sociedade civil na elaboração e na implementação das políticas públicas. Ampliação esta que se faz necessária para referendar a paulatina instauração da democracia participativa no Brasil, ilustrada sobremaneira pela regulamentação desses instrumentos de participação na Constituição Federal de 1988 – os quais também estão, aqui, elencados. Essa mesma ampliação resulta também na emergência do conceito e das práticas de gestão participativa, que são explicitadas no âmbito das políticas de saúde.

Para compreender como ocorre a participação dessa sociedade civil nos espaços públicos instituídos pelo Estado são elucidados ainda os conceitos de movimento social e ação coletiva, bem como os de identidades – coletivas, culturais, sociais e outras, que auxiliam no esclarecimento sobre as intencionalidades desses sujeitos coletivos, possibilitando, assim, uma melhor compreensão do modo como eles se inserem nas relações com o Estado.

No Capítulo 3 começa a ser mais explicitamente apresentado o foco do tema em estudo. Assim, inicialmente é traçado um breve histórico do período social e político que antecedeu a instituição do Sistema Único de Saúde para, posteriormente, esclarecer como ele se constitui teórica e legalmente, com ênfase na regulamentação dos mecanismos de participação popular como base para a formulação e implementação das políticas de saúde. Por fim é elucidada também a diversidade de conceitos que exprimem os processos educativos desenvolvidos na seara da saúde, pelo fato de serem esses os responsáveis pela qualificação dos atores implicados nos mecanismos de participação e controle social.

A partir então dessas diferentes e interligadas concepções dos processos educativos empregados na saúde, o quarto e último Capítulo passa a apresentar a educação popular em suas primeiras aproximações com o contexto da saúde e também a esclarecer como a educação popular em si veio se fundamentando no cenário sociopolítico, primeiramente como um método educacional e, concomitante e progressivamente, como uma estratégia ao incremento da participação social para o redirecionamento das políticas públicas. Nesse ínterim é então demonstrado como a

educação popular vem se inserindo nos processos institucionais do Ministério da Saúde, bem como qual foi a metodologia desenvolvida pela pesquisa para compreender tal inserção.

E, por fim, são apresentados nesse mesmo Capítulo os resultados dessa análise para o empreendimento da discussão sobre a trajetória de institucionalização que vem sendo delineada pelos movimentos sociais e/ou populares de educação popular em saúde em diálogo com os espaços instituídos pela gestão federal da saúde pública brasileira.

Capítulo 1

Breve história política brasileira

Nos últimos quinhentos anos a história social e política brasileira vem sendo delineada por “poderosas linhas de continuidade” (Camargo, 1999) que demarcam até os presentes dias a sua estrutura socioeconômica, bem como as práticas políticas de dominação e exclusão.

Entretanto, dentro dessa mesma continuidade – entendida na perspectiva mais macro da estrutura social e econômica – houveram importantes momentos históricos que representaram rupturas significativas nas microestruturas e apontaram assim para a descontinuidade dessas supracitadas linhas.

Para o enfoque pretendido por esta Dissertação a ruptura que se fez mais significativa na história brasileira diz respeito às mudanças processadas a partir da década de 1930, quando os expoentes políticos da República Velha (período de 1889 a 1930) perderam relevante força com a mobilização do trabalhador industrial e com as dissidências políticas, responsáveis pelo enfraquecimento das grandes oligarquias. Chegou então ao fim o domínio da política do *café com leite*, representada pelo monopólio econômico e político dos estados de Minas Gerais e São Paulo.

Nos anos de 1930, aliado às forças militares, Getúlio Vargas assumiu a presidência da república num golpe de estado, inaugurando uma era que levaria o seu nome e suas marcas para a história do país. Mergulhado nas tensões entre os militares e os políticos regionais – estes últimos desprestigiados pela centralização do poder político estatal - os intelectuais e a igreja – que disputavam a autoria das mobilizações sociais de base popular – e os empresários e os sindicatos – estes fortalecidos pela promulgação da nova legislação trabalhista, esse período histórico se caracterizou pela passagem do “federalismo regional” ao “federalismo democrático” (Camargo, 1999). O primeiro, denominado pela autora também como “federalismo oligárquico”, sempre predominou na história brasileira demarcando os domínios dos territórios regionais,

bem como o poder político dos mesmos que, de modo descentralizado, ditavam as regras comuns ao restante do país.

“As pessoas falavam em nome de seus estados e os estados encarnavam nessas pessoas. Minas Gerais era uma pessoa, o Rio Grande do Sul era uma superpessoa” (Camargo, op. cit.)

Já o “federalismo democrático” surge como uma “possibilidade e um desafio”, animado pelo modelo do Welfare State. Mas não consegue se implementar, uma vez que *enquanto os espaços regionais forem de domínio tradicional ou oligárquico, a democracia será apenas nominal, e seus órgãos representativos, o Congresso, as assembleias, os tribunais do poder judiciário, poderes pela metade, sem vida* (idem).

Assim veio se edificando o federalismo brasileiro. Nascido “de cabeça para baixo” (Camargo, op.cit) – a nação se consolidou antes mesmo dos Estados. Como bem nos aponta Abrucio (2002), as origens e a forma assumida pelo federalismo brasileiro foram distintas do modelo estadunidense, no qual Rui Barbosa – “principal idealizador da implantação da estrutura federativa” no Brasil – se inspirou.

“Ao contrário da experiência americana, em que havia unidades territoriais autônomas antes do surgimento da União, no Brasil, como notara Rui Barbosa, ‘tivemos União antes de ter estados, tivemos o todo antes das partes’”.

O federalismo brasileiro nasceu do descontentamento diante da tradição do centralismo imperial (Abrucio, 2002), a favor, portanto, da descentralização, que garantiria a autonomia política dos estados, em prol de uma “equalização dos benefícios a todas as unidades da federação” (op. cit.).

A denominada Era Vargas ratificou então as bases do estado federativo brasileiro¹, na medida em que acomodou os interesses das oligarquias regionais aos

¹ Importante destacar que a situação se inverteu no último período dessa Era – conhecido como o Estado Novo (1937 à 1945). Momento em que Vargas destilou todo o seu autoritarismo ao suprimir a liberdade partidária, a independência entre os três poderes e o próprio federalismo, por meio do fechamento do Congresso Nacional. Abrucio (2002) enfatiza ainda que a Constituição de 1934 já demonstrava o que foi a “pedra de toque” da Era Vargas: o binômio centralização versus federalismo. Ao que Camargo (1999) complementa: *“a constituição de 1934 foi muito importante [para a] democracia liberal, combinando a descentralização estadual com o reformismo social, de cunho centralizador”.*

objetivos do poder central, fortalecendo continuamente o Estado nacional. No entanto, nunca tendo sido o Brasil “palco de purismos radicais” (Camargo, 1999), a lição deixada por Vargas e pelos tempos recentes nos revela que “o espaço nobre da política brasileira gravita em torno de um centro, amarrado à direita pelos interesses regionais e com tonalidades e compromissos sociais à esquerda” (idem).

Compromissos estes que tiveram sua maior expressão sociopolítica na implantação das diversas leis trabalhistas, além das demais novidades como o voto secreto, o ensino primário obrigatório, o voto feminino e outras. Essas ações, gerenciadas pela criação da área técnica de governo de imprensa e propaganda, projetaram Getúlio Vargas como o "Pai dos Pobres" e o "Salvador da Pátria".

A representação classista – ilustrada sobremaneira pelos sindicatos de trabalhadores – se configurou como um dos principais meios para o acesso democrático da população às políticas públicas. Adensada à proposta da organização das classes, o governo Vargas estimulou ainda a participação direta dessas na vida política do Estado, por meio da garantia de participação de seus representantes em assembleias, em conselhos técnicos, “especializados e incorporados à administração pública” (Gomes, 1980).

À despeito de sua fama, Vargas, a partir da implantação das ações supracitadas, foi responsável pelo período que Abrucio (2002) denomina como “o início da democracia competitiva de massas no Brasil”. Período esse que começou ainda sob o comando de Vargas, em 1945, e terminou quando ele já havia *saído do mundo da vida e entrado na história*² em 1964 – com a instauração do Regime Militar que mergulharia o Brasil no autoritarismo político por vinte longos anos.

“Não só as eleições se tornaram mais livres e mais competitivas como houve crescente incorporação da população no universo eleitoral, mesmo com diversas oscilações durante o período. O federalismo também voltou a ser preceito político-constitucional, retornando as eleições para os cargos executivos e legislativos das unidades subnacionais, até mesmo para a esfera municipal” (Abrucio, op. cit.).

² Livre interpretação da célebre frase cunhada por Vargas em sua carta suicida no ano de 1954.

Importante ressaltar nesse momento que, tendo por métodos o federalismo e a descentralização, foi-se caracterizando o modelo consensual de democracia. De acordo com Lijphart (2003), esse modelo se caracteriza pela não-concentração do poder, ao contrário do modelo majoritário que se perfaz pela concentração do poder nas mãos da maioria.

Lijphart (2003) define que a descentralização do poder deve ser entendida como o propósito da não-centralização do poder, isto é, que, no federalismo, “o propósito fundamental de se garantir uma divisão de poder é o de assegurar que uma porção substancial do poder será exercida no nível regional”. Os poderes devem ser eqüipotentes. Nenhum dos poderes federalistas – nem o central e nem os regionais – deve estar “acima ou abaixo em importância do que qualquer outro”.

Como garantias do federalismo, o autor define algumas características secundárias, – além das características primárias da não-centralização e da descentralização – como uma legislatura bicameral composta por uma forte câmara federal; uma “constituição escrita difícil de emendar”; e uma suprema corte.

Para que se faça possível comparar e definir em qual dos modelos, mencionados anteriormente, determinados governos democráticos se encaixam, Lijphart (2003) apresenta duas dimensões que dispõe de variáveis que caracterizam uma democracia para verificar se tais governos se aproximam mais de um ou outro modelo, quais sejam a dimensão executivo-partidos e dimensão federal-unitária.

Para analisar o caso do sistema político brasileiro e tentar encaixá-lo em um dos modelos de democracia, segundo a tipologia criada por Lijphart, deve-se atribuir ao Brasil determinadas variáveis e verificar a qual dos modelos elas correspondem.

De acordo com algumas variáveis da dimensão executivo-partidos é possível perceber que o sistema político brasileiro se alinha ao modelo consensual de democracia. Isso porque o Brasil apresenta um poder executivo coordenado, devido à ampla coalizão política existente, representada pelo multipartidarismo que revela a diversidade dos grupos de interesse e que se explica ainda pela diversidade socioeconômica do país. Há também que se atentar para o sistema bicameral

existente, que intenciona possibilitar uma maior representatividade de variados segmentos sociais no poder legislativo.

Também na dimensão federal-unitária, o Brasil se alinha ao modelo consensual de democracia, pois apresenta variáveis como uma constituição federal e uma suprema corte fortes – conforme mencionado acima. Outra variável que pode ser apontada para a interpretação que aproxima o Brasil com o modelo consensual é a independência do Banco Central.

Não obstante, é sobremaneira relevante retomar o fato de que a transição para a democracia foi um longo processo no Brasil. Teve início em meados dos anos 1970 – quando a sociedade civil, até então ludibriada pelos avanços econômicos reais que o país vinha alcançando, baseado no modelo de desenvolvimento estadunidense, passou a questionar e a se opor às atitudes repressivas e violentas do regime autoritário – e terminou somente no começo de 1985 – momento em que, após uma lenta abertura política que vinha se alicerçando desde 1976 com a volta de vários exilados políticos, o fim da censura prévia à imprensa, a anistia e culminou no movimento civil das *Diretas Já* no ano de 1984, foi realizada a primeira eleição democrática no País, ainda que de forma indireta.

“É esse percurso de um sistema representativo larvar, estruturalmente oligárquico, à democracia contemporânea que (...) caracteriza a longa marcha política brasileira” (Santos, 2007).

Democracia: o particular no universal

Para além dos fatos políticos que revelam a história da democracia no Brasil – e também de seus modelos – faz-se mister retomar o próprio conceito de democracia, no sentido de compreender o porquê e o que representa a instauração dos processos democráticos nas sociedades capitalistas modernas.

Para Alain Touraine (1994) a representação da democracia vem se modificando com o tempo. Até o século XVIII ela era definida pela soberania popular, marcando a

superação dos fundamentos do Antigo Regime – a hereditariedade, o direito divino e os privilégios. Depois se confundiu com a idéia de nação, principalmente nos Estados Unidos e na França. Mas, com a predominância crescente dos problemas econômicos sobre as questões políticas no decorrer do século XIX, a idéia de soberania popular foi substituída pela idéia de “um poder ao serviço dos interesses da classe mais numerosa”, bem como “a idéia de nação pela de povo, antes que esse [se transformasse]³ em classe operária” (op. cit.).

A democracia torna-se então, de modo mais genérico, representativa e seus principais pensadores a interpretaram como “uma definição central da liberdade dos modernos” (Touraine, 1994). Liberdade essa que, somada ao princípio também universalista de igualdade, ilustrava “o respeito aos direitos dos trabalhadores esmagados pela dominação capitalista”. Essa defesa de interesses de classe perpassou por muito tempo a política democrática que associava ao tema central do progresso a idéia de modernidade e até mesmo de racionalização.

Para o autor, a imagem contemporânea da democracia revela-se mais defensiva, pois os lemas atuais versam sobre os direitos dos homens, a defesa das minorias, os limites ao poder do Estado e dos centros de poder econômico.

“Assim, a idéia de democracia, inicialmente identificada à de sociedade, aproximou-se progressivamente da idéia de Sujeito, do qual ela tende a tornar-se a expressão política” (Touraine, 1994).

A história da democracia se funde na história da progressiva separação dos princípios de soberania popular e dos direitos do homem. A idéia de soberania popular foi se transformando na concepção unificadora de um poder popular que desconsidera a legalidade em nome de aspirações revolucionárias. E hoje, afirma Touraine (1994), os Estados ditos populares destruíram tantas vezes os movimentos sociais e as liberdades públicas que se tornou difícil defender as “democracias ‘populares’”.

³ Grifo meu.

“Nós pensamos, pois, que a democracia só é forte quando ela submete o poder político ao respeito de direitos cada vez mais amplamente definidos, primeiramente cívicos, mas também sociais e até culturais” (idem).

A idéia então de direitos do homem encontra força quando a premissa supracitada se confirma. Isso porque o objetivo principal não é mais derrubar um poder tradicional, claramente identificado, mas “proteger-se” contra um poder dito popular e moderno, que em toda a sua contradição termina por tolher os espaços de contestação.

Passando da idéia de soberania popular para a idéia de defesa de direitos dos homens, a democracia permanece em seu combate ao poder absoluto, totalitário e déspota, mas também deve “estabelecer limites a um individualismo extremo que poderia dissociar completamente a sociedade civil da sociedade política e deixar esta entregue a atividades facilmente corruptoras ou ao poder usurpador das administrações e empresas” (Touraine, 1994).

Desse modo, o autor defende o afastamento da concepção “unanimista” e popular de democracia, sobre a qual se pautaram tantos regimes políticos autoritários e repressivos, para a aproximação à concepção de democracia como liberdade de escolhas políticas. Para tanto é preciso que a democracia alie a cidadania – “que supõe em primeiro lugar a liberdade das escolhas políticas” – ao “respeito das identidades, das necessidades e dos direitos”.

“Não há democracia sem combinação de uma sociedade aberta e sem respeito pelos atores sociais, sem a associação entre os procedimentos frios e o calor das convicções e presenças. O que nos afasta de uma vez por todas de uma concepção popular e de uma concepção liberal da democracia” (Touraine, 1994).

A democracia se perfaz então como um regime político que permite a formação e o livre agir dos seus atores sociais, bem como são os seus princípios constitutivos que orientam a própria existência desses atores, que se configuram como tal na medida em que combinam a “consciência interiorizada de direitos pessoais e coletivos”, com o

reconhecimento da diversidade e pluralidade dos interesses e das idéias e, ainda, com as responsabilidades pessoais em relação às “orientações culturais comuns”.

No âmbito das instituições políticas, Touraine (idem) afirma que essa orquestração de direitos, interesses e responsabilidades se reflete em três princípios: o reconhecimento dos direitos fundamentais; a representatividade social dos dirigentes e da sua política; e a consciência de cidadania, personificada pelo pertencimento a uma “coletividade fundada sobre o direito”.

Acerca do primeiro princípio Touraine (1994) demonstra que os regimes políticos que dominaram o século XX suprimiram as liberdades em nome da soberania popular, com a retórica de salvaguardar a independência e o poder econômico da nação. A concepção positiva da liberdade pela realização da soberania popular cedeu então lugar a uma concepção negativa com a instauração dos novos regimes totalitários. Assim, para o autor, o pior obstáculo à liberdade e também à modernização é o despotismo político. Consideração esta que reforça a tese de que a definição de democracia deve estar vinculada ao regime político e não a um tipo de sociedade.

“Muitas vezes mesmo a palavra democracia parece tão profanada que hesitamos em empregá-la: se as ‘democracias populares’ nada mais foram que máscaras de ditaduras (...), a própria idéia de democracia não comporta em si mesma um risco de perversão e não é mais claro e mais seguro falar somente de liberdade (...)?” (idem).

Corroborando assim a supracitada idéia atrelamento da democracia à idéia de Sujeito, e não mais de sociedade, Touraine reafirma que a democracia se torna possível quando se fundamenta sobre a limitação do poder político pela liberdade de escolha política daquele Sujeito.

“A democracia, isto é, a livre escolha dos governantes pelos governados, só pode existir se a liberdade dispuser de um espaço indestrutível, se o campo do poder for mais limitado que o da organização social e o das escolhas individuais” (idem).

Mas essa condição se mostra insuficiente se os atores sociais não se sentirem responsáveis pela sua própria liberdade. Responsabilidade construída pelos meios educativos desses atores, seja a escola e/ou a família.

Um outro princípio democrático para Touraine diz respeito à condição dos governados de quererem escolher seus governantes e participar da vida democrática – quereres esses que os tornam cidadãos. Para tanto há que se ter a integração política mínima do país que permita uma consciência de pertencimento à sociedade política, pelo sentimento de um bem comum.

“Ser cidadão é sentir-se responsável pelo bom funcionamento das instituições que respeitam os direitos do homem e permitem uma representação das idéias e dos interesses” (op. cit.).

O terceiro e último princípio democrático abordado pelo autor é a representatividade, que não se separa dessa “consciência de pertença institucional”, pois é a consciência dos relacionamentos e dos conflitos sociais que serve de resposta àquela. A representatividade é condição *sine qua non* da própria democracia, pois os governantes escolhidos devem corresponder à defesa dos interesses sociais. Mas é preciso também que esses interesses sejam “representáveis”, isto é, que eles sejam priorizados em relação às escolhas político-partidárias. E é nos conflitos sociais centrais e profundos que a democracia se fortalece, porque ela precisa desse importante obstáculo para a fundamentação ideológica da representatividade social dos agentes políticos.

“A democracia supõe, portanto, uma sociedade civil muito bem estruturada, associada a uma sociedade política integrada, uma e outra tão independentes quanto possível do Estado definido como o poder que age em nome da nação, encarregando-se da guerra e da paz, do lugar que o país ocupa no mundo e da continuidade entre seu passado, seu presente e seu futuro” (Touraine, 1994)

Não obstante, a teoria da democracia de Jürgen Habermas vem ao encontro da idéia de Touraine no que concerne à relevância dos processos subjetivos na construção e condução das ações democráticas. Conforme mencionado acima, o sujeito é posto como o ator central do cenário democrático e a sociedade ganha menor destaque. No

papel de cidadão são esses sujeitos que conferem factibilidade à democracia, ao passo que, com suas idéias e seus interesses particulares, elaboram entendimentos “a respeito das proposições aceitas por todos” (Touraine, op. cit.).

Para Touraine, Habermas tentou superar o risco que perpassa o pensamento científico de recair na interpretação autoritária de um racionalismo que, se recusando a penetrar na vida social, isto é, “no domínio dos valores e das normas, e até mesmo no da experiência mais subjetiva, (...) despreza tudo o que lhe parece irracional, desde o sentimento amoroso à religião, do imaginário à tradição”. Descartando assim a possibilidade de redução do ser humano à razão instrumental e ao pensamento científico, bem como, no sentido inverso, evitando o apelo aos particularismos do indivíduo ou da comunidade.

Partindo da premissa básica da teoria da comunicação como uma teoria crítica da sociedade – sob a qual a ação comunicativa entre os interlocutores sociais é analisada segundo suas relações – Habermas (1989) defende a possibilidade de fazer aparecer o universal na comunicação realizada entre as experiências particulares. Para tanto Touraine (1994) acredita que não deva haver uma tolerância que justaponha os particularismos em vez de integrá-los.

“Devemos aceitar que não há democracia sem cidadania, e não há cidadania sem acordo, não apenas sobre procedimentos e instituições, mas também sobre conteúdos” (Touraine, 1994).

É então por meio da comunicação, ou, ainda melhor, pela discussão e pela argumentação, que o universal e o particular se unem. Pois assim torna-se possível o reconhecimento do que é mais autêntico no outro, bem como a percepção do que está atrelado a um “valor moral ou a uma norma social universalista” (idem). Esta escuta e seu conseqüente reconhecimento do outro – além da busca de um valor universal na expressão subjetiva de um querer – se revelam, assim, como sólidos fundamentos da democracia, mais que o confronto dos interesses, permitindo o estabelecimento de compromissos. Desse modo Habermas abre as possibilidades para a reversão da tendência dominante da modernidade: a oposição entre o universal da razão e o particularismo da fé e da tradição.

Nesse mesmo íterim Touraine (1994) ressalta que, ao passo que existe na realidade uma “distância constante entre o sistema e os atores”, pois o sistema tem como meta seu próprio poder e os atores buscam sua autonomia individual, há que se atentar para a complexidade dos processos comunicacionais. Faz-se necessário então colocar em oposição “o que se interpõe entre as consciências”, e também o “fluxo das informações, das línguas e das representações controlado pelos poderes do mesmo modo que os fluxos de dinheiro e de decisão” (idem).

Em alusão à Habermas, Touraine (1994) ressalta ainda que não há conflito social sem referência cultural que seja comum aos adversários, “sem historicidade partilhada”. Assim Habermas define três dimensões que são constitutivas do debate democrático, quais sejam o consenso, que é “a referencia às orientações culturais comuns”; o conflito, que “opõe os adversários”; e o compromisso, que combinando esse conflito ao respeito de um quadro social tem por finalidade limitá-lo. É nesse debate que a comunicação exerce seu supracitado papel principal de diminuir a distância entre o particular e o universal, na medida em que viabiliza a atribuição de um valor universal, “como um dos fundamentos da modernidade, à afirmação livre do Sujeito” (Touraine, 1994).

O Sujeito e os deslocamentos Latino-Americanos

Na reivindicação/afirmação do indivíduo como Sujeito se torna possível essa aproximação do universal e, conseqüentemente, da modernidade, pois assim a individualidade – imposta pelo ser biológico – é transformada na *produção do Eu*, da subjetivação⁴. Produção essa que “se opera na e pela luta contra os aparelhos”, contra os sistemas de dominação cultural, em geral personificados pelo Estado, o qual tende ao domínio, não só da cultura, mas também da vida política e econômica.

⁴ Touraine (1994) esclarece ainda que esse apelo ao Sujeito não deve ser uma nova versão do apelo à razão, como o foi no Iluminismo. Ao contrário deste, o apelo ao Sujeito significa “o engajamento em um conflito social e uma orientação cultural”, mesmo porque “não se pode construir uma sociedade sobre a razão e menos ainda sobre o sujeito”. O apelo ao Sujeito, em Touraine, se revela então como um recurso contra o poder dos aparelhos produtores da informação.

“O fato de o sujeito pessoal não se constituir a não ser reconhecendo o outro como sujeito reforça ainda esta idéia central: é o sujeito, não é o intersubjetivo, é a produção de si, não é a comunicação, que constituem o fundamento da cidadania e dão um conteúdo positivo à democracia” (Touraine, 1994).

Essa perspectiva da construção do Sujeito, da “produção de si” permeará toda a discussão a que essa Dissertação se propõe, pois é sobre ela que vem se fundamentando o cenário social e político da contemporaneidade, composto pelos conflitos sócio-culturais de seus atores e pelas negociações dos códigos simbólicos e políticos que lhes são inerentes.

Como bem aponta Negri e Cocco (2005) a América Latina aparece como um desses cenários privilegiados para a compreensão das questões em tela. Em alguns de seus mais expressivos países, como Argentina, Brasil e Venezuela – além de alguns outros menores, porém não menos importantes, como Bolívia, Equador e Paraguai – se estabeleceram governos que assumiram posturas políticas diametralmente opostas àquelas dos governos anteriores. Hoje tem sido possível verificar alguns relevantes “processos internos de renovação social e de vigorosa presença externa no nível global” (Negri e Cocco, 2005). Os atuais governantes que estão no exercício do poder nesses países tem apelos populares – que vão desde as suas biografias até a implantação de ações estatais de cunho social estruturante para a execução das políticas públicas internas – que vem provocando deslocamentos que apontam para a “improrrogável necessidade de uma transformação do governo democrático em geral” (idem).

Uma referência que bem ilustra esses deslocamentos está na autonomia que vem sendo conferida aos movimentos sociais nesses países. Anteriormente considerados como adversários, hoje são reconhecidos como parceiros nas atividades do governo.

“A autonomia da multidão se dá em uma relação fecunda e produtiva com os dispositivos programáticos e com as dinâmicas administrativas dos novos governos sul-americanos” (Negri e Cocco, 2005).

Porém, como ressaltam esses autores, apesar de se revelar mais flagrantemente na América Latina, esse deslocamento também pode ser verificado em nível global. Visto que, em consequência da crise da representação política manifestada em “todos os regimes constitucionais”, novas dinâmicas democráticas vem sendo construídas com base na “dialética entre movimentos e governos”.

Esse deslocamento latino-americano – “onde o confronto com o neoliberalismo e a arrogância das grandes potências imperiais mostram-se da forma mais evidente” (Negri e Cocco, 2005) – tais autores nomeiam de “*New Deal* constituinte”, o qual visa a construção de um “projeto de superação da dependência”, edificando em sua base meios de “sustentação de instrumentos autônomos de cooperação entre as nações dos subcontinentes”, possibilitando assim a “estruturação da interdependência entre as economias-mundo”. Estruturação essa que permitirá o reconhecimento político dos “desejos e da força das classes subalternas”. Invertendo então a antiga lógica que enxergava apenas na autonomia do político estatal, e nunca na autonomia dos movimentos sociais, a chave para o desenvolvimento.

“O New Deal constituinte subverte o modo de entender as relações econômicas de exploração, raciais de domínio, patriarcais de subordinação de gênero, imperiais de hierarquia e dependência, construindo um terreno de contraposição dinâmica e subversiva” (Negri e Cocco, 2005).

Na medida em que o *New Deal* constituinte possibilita a organização das forças das classes subalternas – como os proletários, os indígenas e outros – para que elas se apresentem na cena política nacional e internacional, surgem então os sujeitos, não mais como mero objetos de representação, mas como “multidões”, que se caracterizam como “máquinas autônomas” dispostas à construção de um novo pacto de governo que prime pela transformação das relações de produção e provoque, em consequência, o desequilíbrio das relações de poder entre a América Latina e o Império⁵.

⁵ Esse conceito é tema de uma das principais obras de Negri e é recorrentemente utilizado por ele em referência às nações que tradicionalmente dominam as relações capitalistas mundiais de produção.

Para trazer luz à concepção do Sujeito, Touraine (1994) retoma o conceito de modernidade como não somente a expressão da eficácia da racionalidade instrumental, propiciada pela ciência e pela técnica, de acordo com a ótica racionalista, mas também como o momento da emergência do sujeito humano vinculado à liberdade e à criação.

“Não existe uma figura única da modernidade, mas duas figuras voltadas uma para outra e cujo diálogo constitui a modernidade: a racionalização e a subjetivação” (Touraine, 1994).

Para o autor não existe modernidade sem a interação crescente entre o sujeito e a razão, a consciência e a ciência. No entanto, o “drama da nossa modernidade é que ela se desenvolve lutando contra a metade dela mesma”, isto é, ela tentou se impor pela renúncia da idéia de sujeito em nome do triunfo da ciência, pela tentativa de “sufocar o sentimento e a imaginação para libertar a razão”, provocando assim o esmagamento das categorias sociais “identificadas com as paixões, mulheres, crianças, trabalhadores e colonizados, sob o jugo da elite capitalista identificada com a racionalidade”.

A modernidade então não é compreendida por Touraine (1994) como a passagem de um mundo múltiplo para “a unidade do mundo revelada pela ciência”, mas sim a passagem entre o universo e o homem, para a ruptura com a lógica cartesiana e para a ampliação da “invasão dos sentimentos”. A modernidade certamente triunfa com a ciência – continua Touraine (1994) – mas as condutas humanas não são mais reguladas pela “busca da conformidade à ordem do mundo”, e sim pela consciência. O apelo à liberdade humana é mais moderno que os apelos ao progresso e à razão.

“O mundo moderno é (...) cada vez mais ocupado pela referência a um Sujeito que está libertado, isto é, que coloca como princípio do bem o controle que o indivíduo exerce sobre suas ações e sua situação e que lhe permite conceber e sentir seus comportamentos como componentes da sua história pessoal de vida, conceber a si

mesmo como ator. O Sujeito é a vontade de um indivíduo de agir e de ser reconhecido como ator⁶” (Touraine, op. cit).

A presente Dissertação pretende entender como esse Sujeito moderno constrói suas demandas sociais e políticas frente às políticas públicas de saúde do Brasil, tendo como base a compreensão desse agir como uma ação comunicativa, nos termos de Habermas (1989), “quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação e as conseqüências esperadas”.

Política e Direitos Sociais

O fim da década de 1980 representou para o Brasil a entrada em um novo cenário social, político e econômico, marcado pelos símbolos e representações da modernidade. A crescente massa social industrializada e urbanizada foi responsável pelo surgimento de “novas classes e grupos sociais, novos padrões de mobilidade e de conflito social”, que revelavam a intenção da desconstrução do velho Brasil patriarcal e apontavam para uma “dinâmica associativa que fez emergir novos atores e identidades, novos comportamentos, valores e demandas que romperam com os limites da ‘ordem regulada’ estruturada nos anos 30” (Telles, 2001).

Nesse contexto, a promulgação da Constituição Federal de 1988 veio ratificar as bases da ação social do Estado brasileiro, na medida em que o responsabilizou como preceptor direto da proteção social aos seus indivíduos. Para Camargo (1999) a Constituição de 88 guarda semelhanças com a “retórica federativa” da supramencionada Constituição de 34 no que concerne à abordagem da questão social. *“Só que houve uma inversão das alianças dentro do constitucionalismo federativo. Enquanto a base do acordo de 1934 foi fruto de uma tremenda tensão entre a idéia de democracia liberal e autonomia estadual em oposição à racionalidade administrativa e à proteção social, em 1988 a grande mudança é que o modelo de democracia valorizou*

⁶ Grifo do autor.

os direitos civis e a cidadania participativa, ao mesmo tempo em que a questão social sobrepujou o desenvolvimento econômico, até então o valor supremo pairando acima de tudo e de todos” (Camargo, op. cit).

A Seguridade Social ficou assim instituída como sistema básico de proteção social, na medida em que se propunha a articular e integrar políticas de assistência social, saúde e seguro social. A saúde passou a ser compreendida como obrigação do Estado, que deveria prestá-la de forma universal, pública e gratuita – para tanto, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com gestão descentralizada e participativa. A assistência social foi reconhecida como política pública, no intuito de garantir o acesso a bens e serviços pelas populações necessitadas. E mecanismos de seguridade social, como aposentadorias e seguros-desemprego, passaram a respaldar não mais tão somente os trabalhadores assalariados, mas também todos os segmentos sociais em situação de vulnerabilidade, ligados ou não ao setor formal da economia.

Desse modo, a intervenção estatal passou a referir-se a “um terreno mais vasto da vida social, tanto com objetivos de equalizar o acesso a oportunidades, como de enfrentar condições de destituição de direitos, riscos sociais e pobreza” (Cardoso e Jaccoud, 2005).

Assim, vem se edificando no Brasil o Estado de Bem-Estar Social, que se configura fundamentalmente como o organizador de sistemas de garantias legais que objetivam realizar o acesso a bens e serviços que assegurem a proteção social do indivíduo, diante de variados riscos e vulnerabilidades sociais. Sistemas estes que, ainda em acordo com Cardoso e Jaccoud (2005), respondem tanto às demandas geradas pelos conflitos sociais inerentes às economias capitalistas, como pela igualdade de oportunidades clamada dentro do contexto de conquista da democracia sócio-política.

A construção dos Estados de Bem-Estar Social visa, então, responder à questão social advinda com a expansão da pobreza e da vulnerabilidade nos grupos que participam direta ou indiretamente do processo de acumulação e de produção de riquezas.

“O chamado Estado de Bem-Estar nasceu, de fato, da construção de um sistema de garantias em torno das relações de trabalho assalariadas. Sua expansão a outras situações de vulnerabilidade da vida social foi, nos países desenvolvidos, em especial naqueles da Europa Ocidental, crescente e associado à expansão do assalariamento e ao processo de fortalecimento do Estado-nação e da cidadania”. (Cardoso e Jaccoud, op. cit.)

Esse processo refletiu também a emergência de uma nova arena de intervenção estatal, qual seja a social. Distinguindo-se tanto da arena econômica como da política, outrora primordiais para a formulação e implementação das ações estatais. A formulação então de medidas de proteção social para a inclusão dos desfavorecidos possibilitou o “avanço do processo de legitimação da participação do indivíduo pobre no espaço político” (idem), permitindo assim que o Estado ampliasse seu campo de ação social por meio das políticas sociais. Políticas essas que, ao passo em que concebem a cidadania social de forma expandida – isto é, nas suas perspectivas políticas e sociais – permitem o surgimento dos direitos sociais, como “um novo paradigma para a organização da proteção social” (idem) garantida pelo Estado.

Parte do núcleo de prerrogativas básicas da cidadania social, os direitos sociais de educação, saúde e proteção social são estratégias fundamentais para o enfrentamento das desigualdades presentes nas sociedades modernas.

Até a década de 1980 a ação social do Estado estava restrita aos trabalhadores assalariados – conforme supracitado – perpetuando a exclusão da enorme massa social à qual não era possível o acesso ao setor formal da economia. No período entre 1930 e 1980 a proteção social a essa massa não assalariada era orientada na forma de uma “gestão filantrópica da pobreza” (Cardoso e Jaccoud, 2005), realizada por instituições privadas que, invariavelmente, obtinham apoio financeiro do setor público. Paulatinamente, a filantropia se viu modernizada com o surgimento do Serviço Social, cujas escolas estavam sob a coordenação da Igreja Católica.

“Ambas as influências – a tradição católica da caridade e o dever moral da filantropia – foram marcantes na conformação de uma rede de ajuda e de assistência aos pobres,

sobre a qual pouco atuavam ações de regulação do Estado e onde não se afirmava a responsabilidade pública”. (Cardoso e Jaccoud, op. cit.)

Foi somente com a Constituição de 1988 que o campo da assistência social se consolidou como um dos eixos das políticas públicas no Brasil, herdando a citada tradição de filantropia e subsidiariedade sob a qual vem se instituindo.

Concomitante às políticas de assistência social e de seguridade, o Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS)⁷ abarca também duas políticas de acesso universal a toda a população, independentemente de qualquer condicionalidade: a saúde e o ensino fundamental. A constituição hoje de ambas as políticas como direito social garantido a todos os cidadãos é resultado de uma trajetória sócio-histórica longa e complexa, que será detalhada mais a frente, no que concerne especificamente às políticas públicas de saúde.

As primeiras tentativas pós-constitucionais de institucionalização das políticas de educação e de saúde vieram com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, em âmbito federal.

“... [que] visava dar resposta a novas demandas sociais que vinham ancoradas em um projeto de construção nacional e de reafirmação da responsabilidade do Estado em relação às condições de vida da população”. (Cardoso e Jaccoud, op. cit.)

Resultado também da luta de um movimento político pela redemocratização do país, que acabara de vivenciar anos de silêncio imposto, os direitos sociais se configuraram então como política estatal, permitindo que amplos setores da sociedade se reorganizassem engendrando, paulatinamente, demandas sociais antes reprimidas.

“(...) é uma sociedade que criou novas formas de organização e de representação coletiva, que foi capaz de inventar mecanismos factíveis de negociação e gerenciamento de conflitos, exigindo por isso mesmo a sua autonomia perante o Estado, numa recusa prática da tradição da tutela estatal” (Telles, 2001).

⁷ Para os referidos autores o SBPS compõe um conjunto de políticas e programas que conformam a ação social do Estado brasileiro em nível federal. E é identificado por quatro eixos: Trabalho; Assistência Social; Direitos Sociais de Cidadania; e Infra-Estrutura Social.

O processo de fortalecimento da cidadania e do próprio Estado-Nação está atrelado à ampliação da participação política da sociedade que situa o indivíduo dentro de coletividades com demandas comuns, as quais endossam a formulação e a implementação de políticas públicas estatais.

Capítulo 2

Participação e Gestão

Os anos 1970 e 1980 no Brasil foram marcados por um longo e conflituoso processo de mobilizações sociais e políticas que culminaram no estabelecimento de um conjunto de direitos sociais instituídos juridicamente pela Constituição Federal de 1988.

O caminho traçado pela historiografia brasileira rumo a uma sociedade mais igualitária e democrática foi penoso e tortuoso, mas não sem resultar em conquistas positivas. Como a ampliação dos instrumentos institucionais de participação da sociedade civil na elaboração e na implementação das políticas públicas.

“O Brasil se transformou ao longo do século XX de um país de baixa propensão associativa e poucas formas de participação da população (...) em um dos países com o maior número de práticas participativas” (Avritzer, 2008).

As demandas geradas no decorrer das trajetórias de descentralização e de democratização do Estado brasileiro⁸ provocaram a busca pela ampliação do “envolvimento dos atores sociais nos processos de decisão e implementação das políticas sociais” (Silva, Jaccoud e Beghin, 2005). Dessa forma, os conselhos foram institucionalizados “em praticamente todo o conjunto de políticas sociais no país” pelo texto constitucional, deflagrando “uma nova forma de expressão de interesses e de representação de demandas” (idem) frente ao Estado.

Ao longo então das décadas de 1980 e 1990, a arquitetura da sociedade brasileira veio se modificando. A abertura para o reconhecimento das demandas populares foi paulatina e gradual, apesar mesmo de todas as contradições internas sobre as quais se fundou. A negociação dos diferentes atores sociais pelos seus direitos se tornou fato em lugar da violência e do não-diálogo. Isso foi possível, em acordo com Telles (2001), porque dentro do campo dos conflitos que se apresentava “foi

⁸ Conforme detalhado no Capítulo anterior.

construída uma trama representativa por onde a reivindicação por direitos pôde circular, criando identidades onde antes parecia só existir homens e mulheres indiferenciados na sua própria privação”.

Para Avritzer (1999) a teoria democrática supõe a existência de uma contradição entre a governabilidade democrática e a participação política, pois em acordo com a teoria do “elitismo democrático” – surgida nos debates teóricos do período entre-guerras, que questionavam os conceitos de soberania popular e de publicidade – a prática democrática se faz pela restrição da “soberania das massas a um procedimento para a seleção de governantes”. Para o elitismo democrático a democracia se mantém por essa restrição e pela “transferência da racionalidade das elites para o sistema político como um todo”.

Porém, nos últimos vinte anos, essa teoria – que Avritzer (1999) entende como uma concepção hegemônica no interior da teoria democrática – vem sendo questionada pela percepção da mudança ocorrida nas formas de mobilização das massas no entre-guerras para aquelas dos países redemocratizados da América do Sul e do leste europeu. Nestas a democracia não se viu ameaçada pela mobilização das massas, mas sim houveram “formas de ação coletiva de natureza democrática”, como os movimentos pelos direitos humanos na Argentina, os movimentos comunitários no Brasil, dentre outros.

Com o fim de superar esse estreitamento da prática democrática proposto pela teoria do elitismo democrático, Avritzer (1999) defende o conceito de esfera pública como a renovação mais importante na teoria democrática da segunda metade do século XX. Essa esfera, além de propiciar a livre interação de grupos, associações e movimentos, possibilita ainda a construção de uma “relação crítico-argumentativa com a política ao invés de uma relação participativa direta”. O que permite a abertura para uma “nova via” de análise da democracia.

O conceito de esfera pública é permeado por duas características centrais do debate democrático: um espaço para a interação face-a-face dos atores políticos implicados e a possibilidade de ampliação do domínio público (Avritzer, 1999). A

primeira se refere ao espaço onde os atores debatem e deliberam acerca das questões políticas, bem como apresentam demandas para o Estado por meio da adoção de estratégias que sensibilizam a autoridade política para as suas discussões – aqui “o conceito de publicidade estabelece uma dinâmica no interior da política”, sobre a qual “o uso público da razão estabelece uma relação entre participação e argumentação pública” (Avritzer, 1999), isto é, a participação sem hierarquias associada à “autoridade do melhor argumento” (idem). A segunda característica se remete à possibilidade de submeter à discussão pública problemas que antes eram tratados pelos “monopólios interpretativos” das macroinstituições, como exemplo, a Igreja Católica. Fato que permite o desenvolvimento da argumentação racional.

Assim a esfera pública pode ser apreendida como um espaço igualitário, porque, além de permitir a livre participação dos atores sociais e políticos, possibilita também que questões que antes eram circunscritas ao âmbito privado passem a penetrar no debate político.

A Constituição de 1988 referendou então a esfera pública como o espaço da participação social para a organização das políticas públicas. A participação passou a ser “valorizada não apenas quanto ao controle do Estado” (Silva, Jaccoud e Beghin, 2005), mas como uma ação complementar deste no que concerne ao processo de decisão das políticas sociais e à sua implementação.

“(...) a participação social tem sido reafirmada no Brasil como um fundamento dos mecanismos institucionais que visam garantir a efetiva proteção social contra riscos e vulnerabilidades, assim como a vigência dos direitos sociais. Com maior ou menor sucesso, esta foi uma das importantes inovações institucionais ocorridas no Brasil pós-Constituinte” (Silva, Jaccoud e Beghin, 2005).

O fortalecimento dos direitos sociais no campo da educação, saúde, assistência e previdência social e do trabalho vem sendo acompanhado pela “consolidação de uma nova institucionalidade”, que consiste em “assegurar a presença de múltiplos atores sociais” (Silva, Jaccoud e Beghin, 2005) na formulação, na gestão, na implementação e no próprio controle das políticas públicas.

Os autores supramencionados elencam ainda três enunciados que sintetizam os novos sentidos da participação social após sua institucionalização pela Constituição, quais sejam, a promoção da transparência na deliberação e visibilidade das ações, fato que democratiza o sistema decisório; a possibilidade de maior expressão e visibilidade das distintas demandas sociais, que provoca avanços na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas; e a entrada legítima da sociedade na demanda por ações estatais em prol do alargamento de direitos de interesse público.

Em suma, tanto em relação à expressão de demandas como à democratização da gestão e da execução das políticas sociais, a participação social tem papel relevante. Sua consolidação vem se efetuando principalmente por meio dos “diversos formatos de conselhos e dos diferentes mecanismos de parceria colocados em prática nas políticas sociais” (Silva, Jaccoud e Beghin, 2005).

Os conselhos se revelam como respostas institucionais às demandas da sociedade pela democratização dos processos decisórios que conformam as políticas sociais. E as parcerias engendram novas estratégias de ação em face de “uma demanda de reorganização da intervenção do Estado no campo social, em busca de maior igualdade, equidade ou eficiência” (Silva, Jaccoud e Beghin, 2005). No entanto ambos, os mecanismos e os instrumentos de participação, apresentam contradições em variados aspectos, que indicam a existência de tensões externas e internas aos mesmos.

A emergência então dessas estruturas como demandas de democratização veio ratificar a idéia da democracia participativa, bem como a premência da representação social nas instâncias do Poder Executivo e ainda a ampliação desses espaços decisórios. Assim, se tornou amplamente reconhecida “a necessidade de representação da pluralidade de atores junto a uma determinada política pública” (Silva, Jaccoud e Beghin, 2005), no intuito de reduzir a distância entre aqueles que estão nos níveis decisórios e os seus beneficiários.

É relevante destacar aqui o conceito de democracia participativa, defendido por Habermas (1989) em sua tese sobre a ação comunicativa, na medida em que é um

dos conceitos fundamentais que permeiam e referendam a discussão proposta nessa Dissertação.

Para este autor a democracia participativa se baseia na idéia de que uma ordem política só adquire real legitimidade quando se fundamenta em consensos construídos por meio de um diálogo ativo e do debate no espaço público. Os “processos participativos comunicativos” são, portanto, condição *sine qua non* para a produção das principais decisões políticas. Sem os quais, a legitimidade política se reduziria a “mera aceitação passiva de uma legalidade exercida por uma minoria governante” (Habermas, op.cit.).

Em síntese, Habermas (1989) defende a participação social e política ampla, permanente e institucionalizada, de modo que seja possível realizar uma significativa contribuição para os valores normativos da modernidade, quais sejam “a autonomia, a auto-realização e, especialmente, o autogoverno”. Este último, para o autor, consiste não no exercício da soberania pelo povo, mas sim na realização da vontade popular como procedimento.

Alguns dos mais conhecidos mecanismos que referendam a democracia participativa, por meio da promoção da participação social nos espaços das políticas públicas são – além dos já mencionados conselhos – as conferências, os fóruns, as câmaras, as comissões e as ouvidorias. Esses mecanismos vêm se consolidando como parte dos processos decisórios dessas políticas públicas, sobremaneira a partir da Constituição de 88, quando passaram a adensar a determinação da gestão democrática e participativa (Silva, Jaccoud e Beghin, 2005). Na esfera federal, a criação de conselhos nacionais representou mais ilustrativamente essa institucionalização da participação social.

No que se refere à gestão pública das políticas de saúde no Brasil, no ano de 2003, foi criada uma área técnica específica dentro do Ministério da Saúde denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) – um dos focos da presente Dissertação. O surgimento dessa área específica no âmbito estatal remete à ratificação do processo da supracitada democracia participativa brasileira. Além, claro,

de ter sido o Conselho Nacional de Saúde um dos mais antigos mecanismos de participação social nas políticas públicas – sua primeira configuração se deu no ano de 1937, quando era apenas um órgão consultivo, até que em 1990, após sucessivas modificações, passa a ter caráter deliberativo – a criação dessa área de gestão, que se pretende participativa, representa um avanço rumo à consolidação da participação social como estratégia fundamental para a implementação das políticas de saúde.

De acordo com Pedrosa e Pereira (2007), o conceito de gestão participativa na saúde remete ao “compartilhamento do poder nos processos que constroem e decidem as formas de enfrentamento aos determinantes e condicionantes da saúde, bem como a presença, em interlocução, do conjunto dos atores que atuam no campo da saúde”. Tais processos podem se realizar tanto nos serviços – onde o “sentido das ações” vai ao encontro da “promoção do bem viver” – como nos diversos espaços que possibilitam o “encontro com sujeitos de novos saberes e práticas de saúde” – ocorre a partir dos movimentos sociais, que formulam “propostas e projetos políticos que ressignificam o direito à saúde, na luta pela inclusão social”.

Nessa perspectiva, o fortalecimento da gestão participativa, não apenas no campo de ação do Ministério da Saúde, mas também nas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) deve envolver ainda ações de comunicação e de informação em saúde, “com potência para desencadear a mobilização social” (Pedrosa e Pereira, 2007), além também de propiciar um relacionamento profícuo com o Ministério Público e com o Poder Legislativo, no que concerne às questões de saúde e, por fim, como objetivo de extrema relevância, “possibilitar a criação e/ou consolidação de instrumentos para a ação participativa dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil” (Pedrosa e Pereira, 2007).

“Atuar na perspectiva da gestão participativa e da apropriação do direito à saúde encontra-se intimamente relacionado ao grau de participação da sociedade na definição e realização dos direitos de cidadania. Depende, em boa medida, da cultura de participação que se cria tanto nos espaços institucionalizados quanto nas relações interpessoais que ocorrem na internalidade do sistema de saúde” (Pedrosa e Pereira, 2007).

Esses instrumentos tem se diversificado em acordo com a heterogeneidade das demandas sociais a partir dos quais surge e com o contexto sócio-político aonde se apresenta. A própria SGEF tem como uma de suas práticas políticas basilares a instituição dos comitês técnicos, que contam com representações de áreas do governo e da sociedade civil organizada e que tem função deliberativa quanto às decisões de políticas específicas – a explanação acerca do fomento à constituição plural desses comitês e a análise interpretativa de um deles, em particular, ganharão destaque adiante. Além de outros instrumentos de gestão, como as consultas públicas para a implementação de políticas específicas, a ampliação da implantação das ouvidorias de saúde nos estados e municípios, etc.

“(...) temos hoje no país o que podemos denominar de uma infra-estrutura da participação bastante diversificada na sua forma e no seu desenho” (Avritzer, 2008).

Esses “desenhos institucionais” variam de acordo com três aspectos (Avritzer, 2008): na maneira como a participação se organiza; no modo como o Estado se relaciona com a participação e como a legislação exige do governo a implementação ou não da participação. Assim vão se configurando as “instituições participativas”, compreendidas como “formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas” (Avritzer, 2008).

Essas instituições participativas podem ainda se apresentar sob três formatos (Avritzer, 2008). Quais sejam, os desenhos participativos “de baixo para cima”, cujo principal exemplo é o orçamento participativo, proposto primeiramente pelo governo estadual do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, e expandido posteriormente para outras cento e setenta cidades; os processos de partilha do poder, que tem nos conselhos de políticas públicas seu mais relevante exemplo e que se diferencia do formato anterior por não incorporar um número amplo de atores sociais – os atores estatais e da sociedade civil participam simultaneamente, em geral, de modo paritário – e por ser determinado por lei e inferir sanções quando da não instauração do processo participativo; e os processos de ratificação pública, nos quais os atores da sociedade civil não participam do processo decisório em si, mas são convocados a “referendá-lo publicamente” (op. cit.), como ilustra o caso dos Planos Diretores

Municipais – uma exigência para todas as cidades brasileiras com mais de vinte mil habitantes.

Ao empreender a análise de cada um dos desenhos institucionais participativos supracitados, Avritzer (2008) propõe uma tipologia dos mesmos que seria organizada em dois eixos: “a capacidade de aprofundar as práticas democráticas e a capacidade de tornar o desenho efetivo na determinação da política pública em questão”. Isto é, os instrumentos participativos ganham legitimidade social e política ao passo em que apontam para a possibilidade real de ampliação das práticas democráticas no sentido da garantia da efetividade da participação social na elaboração e implementação das políticas públicas.

Movimento Social e Ação Coletiva

Conforme mencionado anteriormente, essa participação social se dá sobremaneira pela sociedade civil organizada que invariavelmente se configura como movimento social. E é com este que o Estado tem o desafio de se relacionar reciprocamente para tornar factível a edificação de políticas públicas efetivamente democráticas e participativas. Para compreender a complexidade dessa relação é importante aqui elucidar as discussões teóricas acerca desse conceito.

Apesar mesmo do desenvolvimento que o conceito vem tendo nos últimos anos, principalmente a partir da década de 1960, não há ainda consenso entre os pesquisadores acerca do seu significado (Goss e Prudencio, 2004). O sociólogo francês Alain Touraine, cuja obra se debruça fundamentalmente sobre o estudo dos movimentos sociais, entende que estes são o próprio objeto da sociologia. Já outros estudiosos, como o também sociólogo italiano Alberto Melucci, questionam o conceito por entendê-lo como reducionista, empregando, em seu lugar, o conceito de ações coletivas.

Faz-se mister ressaltar, dessa forma, que as primeiras correntes interpretativas surgiram com a teoria da Mobilização de Recursos, de acordo com a qual os

movimentos sociais se equiparam ao conceito de grupos de interesse (Goss e Prudencio, 2004) ou ainda que demonstra que a ação coletiva não resulta da “agregação de indivíduos atomizados” (Melucci, 1996), mas sim do resultado de um “complexo processo de interação mediado por redes de pertencimento” (idem). E também com a teoria da Mobilização Política, responsável pelo conceito de *frame* e pela noção de oportunidade política (Goss e Prudencio, 2004).

Em coexistência vieram alguns outros teóricos denominados como “acionistas” (op. cit.) – representados sobremaneira por Alain Touraine⁹ - que defendem como pressuposto básico a idéia de que “toda ação é uma resposta a um estímulo social” (Gohn, 1997), o que remete à compreensão do comportamento social, ou da conduta dos indivíduos e grupos, em termos de conflito ou de integração (Gohn, 1997). Além ainda dos neomarxistas como Manuel Castells, cujas teses inspiraram a teoria dos Novos Movimentos Sociais de Maria da Glória Gohn¹⁰.

Até o início do século XX o conceito de movimentos sociais se remetia apenas a organização e a ação dos trabalhadores em sindicatos (Goss e Prudencio, 2004), pois era esse o locus que representava privilegiadamente as macro-relações que configuravam a sociedade capitalista de então. Mas foi a partir da década de 1970, quando essa compreensão marxista sobre o conceito de classe social, como uma categoria de análise suficientemente óbvia e transparente, se esgotou – na medida em que não conseguia mais responder à complexidade das novas questões que vinham se conformando com a diversificação das ações e dos sujeitos coletivos – que os teóricos passaram a enfatizar questões associadas à microestrutura da sociedade, e não mais somente à macro.

Fato este que ampliou os olhares para outros fatores de análise, além do econômico, deslocando a “atenção da sociedade política para a sociedade civil, e da luta de classes para os movimentos sociais” (Goss e Prudencio, 2004). Os pesquisadores deixaram, dessa forma, de analisar os sujeitos políticos apenas a partir

⁹ Cujas idéias centrais serão exploradas mais adiante.

¹⁰ Também explorada mais a frente.

da relação “classe-partido-Estado” (Goss e Prudencio, 2004), passando a ceder o antigo lugar de protagonistas políticos dos partidos e sindicatos para os movimentos populares.

Touraine (2006) propõe um novo exame da noção de movimentos sociais ao introduzir outros elementos que permitem que outras possibilidades de crítica se apresentem no debate. Como a idéia de que esse conceito “é menos uma categoria propriamente analítica do que uma categoria de natureza histórica”, isto é, que os movimentos sociais estão ligados a um tipo específico de sociedade, como a sociedade industrial, “que deixamos para trás”. E ainda a ênfase nos fenômenos de globalização “ou de mundialização” como responsáveis pelo considerável deslocamento dos espaços e dos mecanismos de conflitos, ao ponto de os movimentos sociais merecedores de estudos se resumirem somente àqueles que contestam os mecanismos da globalização.

É sob esse dois aspectos que Touraine (2006) pretende apoiar sua análise sobre a fronteira dos movimentos sociais, no sentido de tentar justificar “a recomendação de suspender o recurso à [essa] noção, salvo quando se tratar de realidades sociais e históricas já muito estudadas, pois é normal e desejável submeter constantemente a novas análises”. Para tanto, o autor informa sobre a necessidade de “não aplicar a noção de movimentos sociais a qualquer tipo de ação coletiva, conflito ou iniciativa política”, pois as ações coletivas são mais bem analisadas quando o foco recai sobre a sua demanda por participação no sistema político e, em contrapartida, o emprego da categoria movimentos sociais deve recair sobre o conjunto de fenômenos que “receberam esse nome no decorrer de uma longa tradição histórica”, devendo ainda ser reservada a uma “ação coletiva que coloca em causa um modo de dominação social generalizada”.

Os vários elementos presentes em um movimento social se combinam então para permitirem a sua constituição enquanto tal.

“(...) um movimento social é a combinação de um conflito com um adversário social organizado e da referência comum dos dois adversários a um mecanismo cultural sem o qual os adversários não se enfrentariam, pois poderiam se situar em campos de

batalha ou em domínios de discussão completamente separados o que impediria, por definição, tanto o conflito e o enfrentamento quanto o compromisso ou a resolução de conflito” (Touraine, 2006).

Entretanto – continua o autor – um conflito social ou uma ação coletiva em si não carece de apresentar uma ideologia muito elaborada para se configurar como um movimento social. E, do mesmo modo, ideologias fortes, que apelam a conflitos sociais fundamentais, não se caracterizam necessariamente como manifestações de um movimento social. É preciso então referenciar a ideologia e/ou o movimento social em análise ao pensamento social da sociedade industrial, no decorrer de um longo período em que se apresenta.

Em síntese, para Touraine (2006), “os movimentos sociais são condutas coletivas e não crises ou formas de evolução de um sistema”, pois é possível falar de crises do capitalismo sem a interferência da idéia de movimento social. Para tanto, ao abordar o tema movimento social faz-se necessário se colocar no “ponto de vista dos atores”, de modo que são eles que, com a consciência do que têm em comum – dos “mecanismos de conflitos e dos interesses particulares” – conseguem se definir contra alguns outros.

No que concerne à própria história da sociologia, a noção de movimento social contribuiu para que a reflexão passasse de “um certo objetivismo” a um estudo que buscou encontrar o sentido de determinadas ações, “isto é, do sentido atribuído por certos atores à sua ação”.

“(...) a idéia de movimento social se opôs ao pensamento que coloca a razão de ser das condutas coletivas nos problemas estruturais de um certo tipo de sistema, geralmente definido em termos econômicos” (Touraine, 2006).

As condutas coletivas, dessa forma, estão atreladas à necessidade de criação de uma autonomia, não profissional ou econômica, mas moral. A autonomia então do ator sociopolítico deve ser a própria autonomia do sujeito. Sujeito este que não pode mais ser compreendido evocando a noção de mercado, mas sim as noções de

autonomia, liberdade e responsabilidade¹¹. Para Touraine (2006), nessa perspectiva, “a ordem social é excedida” e esta é a “observação mais importante (...) para compreender as transformações atuais dos movimentos sociais”.

Transformações essas que desvelam o paradigma, cunhado por Gohn (1997), como “Novos Movimentos Sociais (NMS)”. Também em contraposição à concepção marxista que trata a ação coletiva apenas no nível das estruturas de classe e das determinações macro da sociedade, esses Movimentos, surgidos a partir de 1960, são interpretados com um modelo teórico baseado na cultura, não como “um conjunto fixo e predeterminado de normas e valores herdados do passado”, mas como ideologia. No entanto, a autora ressalta que a negação à concepção marxista se refere a sua corrente clássica, tida como ortodoxa, pois algumas de suas categorias básicas, como a ideologia, influenciaram diretamente o conceito de cultura defendido pela teoria dos Novos Movimentos Sociais.

Desse modo, com esse conceito central de cultura, os NMS apontam para a “possibilidade de mudança a partir da ação do indivíduo, independente dos condicionamentos das estruturas” (Gohn, 1997). Possibilidade esta que revela o novo sujeito como um “coletivo difuso e não-hierarquizado”, como um ator social, e não mais como um sujeito específico e predeterminado pela macroestrutura – assim como o entendimento de Touraine (2006), explicitado acima.

A política ganha, então, centralidade nessa análise, passando a ser compreendida como uma dimensão da vida social, que abarca todas as práticas sociais e que está no âmbito das relações microssociais e cultural – revelando, nessa medida, os jogos de poder existentes na esfera pública da sociedade civil, para além das esferas do Estado.

Nos NMS os atores sociais são analisados por suas “ações coletivas e pela identidade coletiva criada no processo”, ou seja, o processo não é linear, “mas de interação, negociação e de oposição de diferentes orientações” (Gohn, 1997). A

¹¹ O conceito de sujeito em Touraine (1994) foi explorado no Capítulo 1 dessa Dissertação.

identidade é parte constitutiva fundamental da formação dos movimentos. É em função de sua defesa que eles crescem. E é por causa desta identidade coletiva que os movimentos sociais se movem.

“A organização e a proliferação dos NMS estão relacionadas com a crise de credibilidade dos canais convencionais de participação nas democracias ocidentais” (Gohn, op. cit).

A afirmação supracitada de Gohn remete a contextualização sócio-histórica da participação social, bem como aos conceitos correlatos de democracia participativa e democracia deliberativa – ambos sobremaneira constitutivos das análises teóricas sobre os movimentos sociais.

O primeiro, já explorado anteriormente, se apresenta aqui em acordo com a teoria habermasiana, assim como o segundo. Sendo assim o conceito de democracia deliberativa representa o próprio modelo da democracia, por excelência. Isto é, a política é concebida como “ação deliberativa”, como um processo de autocompreensão dos cidadãos como “participantes de uma comunidade lingüística em permanente diálogo” (Segovia, 2008). Em uma situação ideal, os cidadãos, gozando de autonomia pessoal, se reconheceriam e se condicionariam reciprocamente por meio da autolegislação, permitindo-lhes também o gozo de autonomia política. A democracia deliberativa é entendida, então, como uma “forma política que aspira configurar-se no modelo normativo da política contemporânea” (Segovia, op.cit).

Voltando às discussões teóricas acerca da conceituação de movimento social, conforme supracitado, Melucci (1996) defende que somente uma teoria da ação coletiva pode fornecer uma base significativa para a análise dos movimentos sociais, somente uma teoria que dê conta da “especificidade e da autonomia da ação social” e que dê fundamentação ao seu caráter coletivo como algo que se difere da simples soma de comportamentos individuais.

Para tanto, Melucci (1996) questiona a compreensão marxista da ação coletiva como um fenômeno sem autonomia própria, como uma reação natural das sociedades capitalistas às relações de produção estabelecidas – assim como o fazem Touraine

(2006) e Gohn (1997) –, no sentido de afirmar que os processos sociais são produtos das ações, das escolhas e das decisões dos atores sociais.

“Ação coletiva não é o resultado de forças naturais ou das leis de ferro da história, mas é não mais que o produto de crenças e representações dos atores” (Melucci, 1996).

Em conseqüência, no intuito de ratificar a sua oposição à essa interpretação fenomenológica, Melucci (1996) define a ação coletiva como um conjunto de práticas sociais que envolve simultaneamente um número de indivíduos ou grupos, que exibem características morfológicas similares em um tempo e espaço contíguos, sugerindo assim a existência de um campo social de relações e ainda a capacidade das pessoas envolvidas em construir sentidos sobre o que estão fazendo. Para isso, a ação coletiva deve ser entendida como um dado empírico unitário, devendo ser compreendido como é produzido. E essa sua unidade deve ser decomposta no sentido de revelar a pluralidade das atitudes, dos significados e das relações que se apresentam.

Dessa forma, Melucci (1996) propõe, para a categoria geral de ação coletiva, a mudança de um ponto de vista empírico para um analítico. A partir então desse “quadro mais amplo”, o autor propõe o uso da noção de movimento social não como uma “categorização empírica” de determinados tipos de comportamento, mas como um “conceito analítico”. Entendido desse modo, a aproximação analítica ao tema dos movimentos sociais deve se realizar em acordo com a teoria da ação coletiva, na qual seu sujeito passa a ser compreendido “pelas orientações da sua ação, por um lado, e pelo sistema de relações sociais que são afetados por essa ação, por outro”. Para ilustrar, Melucci (1996) exemplifica que lutar pelo aumento da participação nos processos decisórios é diferente de rejeitar as regras do jogo político.

“Os fenômenos empíricos dos movimentos nunca são uma realidade homogênea, e o trabalho de decomposição analítica obriga a sair-se de uma idéia romântica dos movimentos para reconhecer que os fenômenos coletivos são feitos de motivações, formas de relação, orientações diversas” (Melucci, 2001).

E também que, tanto a sua origem, como o seu êxito são heterogêneos, permitindo a abertura para um campo de possibilidades de produção de “novas formas de poder, nova violência e nova injustiça”.

Assim Melucci (2001) reafirma uma de suas idéias centrais – já explicitada anteriormente – que diz respeito à necessidade de compreender o sentido da ação coletiva e de “decompor a unidade empírica dos fenômenos” para interpretar os seus efeitos e “questionar-se, eventualmente, se e quanto os movimentos contribuem para a mudança social”.

Na medida em que se apóia nessa perspectiva analítica sobre a ação coletiva, Melucci (2001) critica aqueles ideólogos que, em acordo com a perspectiva empirista, supervalorizaram a “novidade dos movimentos contemporâneos” e terminaram por simplificar, em conseqüência, a sua heterogeneidade interna. A mencionada teoria dos NMS de Gohn (1997) talvez possa se servir dessa carapuça, mesmo porque esses “nunca são somente ‘novos’, mas são sempre o resultado da história de uma sociedade e, na sua realidade empírica, são um composto muito heterogêneo que combina orientações e níveis diversos de ação” (Melucci, 2001).

Ao passo em que ressalta que as sociedades contemporâneas estão enredadas em sistemas socioeconômicos complexos, fundados na informação, Melucci (2001) enfatiza que os atores individuais e coletivos acessam recursos crescentes de autonomia na mesma medida em que são controlados por formas de poder que visam assegurar a sua integração e “avançar até o nível mais íntimo no qual se forma o sentido do agir individual e coletivo”.

“Neste quadro, os conflitos sociais mobilizam atores que lutam para se apropriar da possibilidade de dar sentido ao seu agir; atores que buscam tornar-se sujeitos da própria ação e de produzir significados autônomos em relação ao espaço e ao tempo (...). Diante deles, estão formas de poder sempre mais neutralizadas no interior dos aparatos que impõem a sua racionalidade (...). Os movimentos contemporâneos com a sua ação começaram a tornar visíveis estas dimensões do poder e fazer emergir as exigências de autonomia dos indivíduos e grupos” (Melucci, 2001).

Em síntese, o autor acredita que os movimentos e as ações coletivas contemporâneas, em suas formas de articulação, mobilização e luta, buscam alterar a lógica dominante no terreno simbólico, na medida em que questionam a definição dos códigos e que propõem uma nova leitura da realidade. Isto é, a luta não se faz mais tanto pela garantia do acesso a bens materiais ou pela premência de uma reforma política – como o era naqueles movimentos sociais outrora analisados sob o referencial marxista –, mas pela criação de novos códigos e símbolos culturais.

Identities

Aliada a compreensão dessas novas formas de movimentos e de ação coletiva, e no intuito de superar as lacunas que as abordagens funcionalista e marxista deixaram por preencher – uma explicava ‘por que’ um movimento se estabelece, mas não dava conta de elucidar o ‘como’, e a outra explicava o ‘como’ sem o ‘porquê’ – Melucci (1996) faz referência à constituição das identidades coletivas como um aspecto fundamental das ações coletivas, que permitiria construir “a ponte” entre o comportamento e seu significado, entre “condições objetivas e orientações e motivos subjetivos”.

Apoiado então na perspectiva construtivista da ação coletiva, Melucci (1996) define a identidade coletiva como o processo de construção de um sistema de ação: *“Identidade coletiva é uma definição interativa e compartilhada, produzida por um número de indivíduos (ou grupos num nível mais complexo), que orienta as suas ações e o campo de oportunidades e restrições em que se encontram essas ações”* (idem).

Ou ainda melhor, a identidade coletiva é denominada assim como esse processo de construção de um sistema de ação, que envolve definições cognitivas relacionadas aos fins, aos meios e ao campo de ação, no qual um ator social elabora expectativas, bem como avalia as possibilidades e os limites de sua ação, ao passo em que exige a “capacidade de definir-se a si mesmo e ao seu ambiente” (Melucci, 1996).

Importante ressaltar, nesse ínterim, algumas concepções acerca das identidades, sejam essas categorizadas como sociais, culturais, coletivas, políticas e outras. Pois é a partir delas que essa Dissertação pretende apresentar seu sujeito de pesquisa – qual seja, as manifestações sócio-políticas de educação popular em saúde, deflagradas pela sociedade civil, em seu relacionamento com a instituição do governo federal responsável pela execução das políticas públicas de saúde – para revelar como a constituição ou não de uma forma de identidade pode organizar o acesso da população aos direitos sociais.

Também sob a ótica das abordagens funcionalistas e estruturalistas, aqui desenvolvidas por cientistas sociais, desde a primeira metade deste século, tem sido explorada a referência a aspectos comuns capazes de associar ou dar sentido a um grupo de pessoas ao longo do tempo e do espaço.

“De acordo com teorias marxistas, weberianas ou durkheimianas, definia-se a identidade de um grupo de acordo com o posicionamento de seus membros em relação ao antagonismo entre capital e trabalho, com a renda e status adquiridos, ou de acordo com representações coletivas socialmente consolidadas” (Santos, 1998).

No entanto, essa definição tornou-se insuficiente para a explicação da pluralidade de novos movimentos sociais que vieram se revelando nos anos mais recentes, bem como para “os desafios que colocam às identidades com que até então eram associados e para a diversidade de questões que levantam na legitimação de suas reivindicações” (Santos, 1998).

Em tempo, Canevacci (1997) revela que os processos de construção de identidades sócio-culturais têm início em sua forma de apreensão pelo pesquisador. Isto porque a existência do *Outro*, em pesquisa, somente é permitida enquanto for assimilada – “reduzida” – à subjetividade do pesquisador. E tal assimilação da diferença pode caracterizar, por vezes, “a ânsia ou angústia do pesquisador” em traduzir a alteridade em identidade.

Sendo assim, quaisquer formas de categorização da diferença – de tradução da alteridade para fins de sua compreensão dentro do universo de significação do

pesquisador – devem ser retardadas ao máximo, para que se mantenha o respeito a essa alteridade, na medida em que a precipitação em se estipular uma categoria para a mesma pode refletir na criação de uma identidade que seja um tanto desquitada de seus verdadeiros princípios e valorações culturais e que seja compartilhada apenas pelos pesquisadores acadêmicos envolvidos.

Reconhecimento este que se revela como fator fundamental para a afirmação de uma identidade sócio-cultural específica, mesmo porque esta é sempre modelada a partir de uma relação social (Girard, 1997), isto é, ela se constrói sempre por oposição a uma outra identidade. A identidade, entendida dessa forma, é “relacional” (Woodward, 2000), pois, para existir, depende de algo fora dela, isto é, de outra identidade, “de uma identidade que ela não é” (idem). Mesmo representando o modo pelo qual o sujeito se percebe, a sua construção se dá em relação às representações e ideologias de outrem. Girard (1997) considera que as representações de mundo de um sujeito se caracterizam como um substrato cultural, à medida que fornecem “moldura nova à inscrição da história do sujeito”.

Com o objetivo de contextualizar historicamente o conceito de identidade Madeira (1997) revela que a previsão dos críticos da modernidade – quanto à tendência das sociedades modernas em causar uma possível uniformização e homogeneização em seus padrões e condutas – não se confirmou. Desse modo, a sociedade moderna contemporânea revela uma de suas questões centrais, que diz respeito a sua dificuldade em formular uma noção precisa de identidade. Esta noção mostra-se perturbada, pois elementos constitutivos da identidade – como representações sociais, movimentos culturais e conflitos (Girard, 1997) – se diluem e se tornam confusos diante do processo de individualização. Em consequência, a identidade moderna passa a ser demarcada por novas práticas sociais.

Há que se ressaltar ainda que, não obstante, surgem novas tendências frente a esse individualismo. Assim se configuram variados mecanismos sociais opostos e alternativos à fragmentação imposta pela modernização capitalista. Estes são também denominados como processos de “desdiferenciação” (Madeira, 1997), na medida em

que são meios de recuperar a formação de grupos sociais que compartilham dos mesmos valores e bens simbólicos.

Woodward (2000) afirma também que, no contexto das “reconstruções globais das identidades nacionais e étnicas” e da emergência desses novos movimentos sociais, – os quais estão preocupados com a reafirmação das identidades pessoais e culturais – a identidade vem se revelando como uma questão central nas discussões contemporâneas, mesmo porque esses processos de reconstrução e emergência de identidades refletem os questionamentos acerca de uma “série de certezas tradicionais” – o que reforça ainda o argumento da existência de uma “crise da identidade nas sociedades contemporâneas” (idem).

“Este é um período histórico caracterizado, (...), pelo colapso das velhas certezas e pela produção de novas formas de posicionamento. (...) Enquanto, nos anos 70 e 80, a luta política era descrita e teorizada em termos de ideologias em conflito, ela se caracteriza agora, mais provavelmente, pela competição e pelo conflito entre as diferentes identidades, o que tende a reforçar o argumento de que existe uma crise de identidade no mundo contemporâneo” (Woodward, 2000).

Ainda no que diz respeito a essa relação da construção identitária com o tempo histórico, Woodward (2000) constata que “uma das formas pelas quais as identidades estabelecem suas reivindicações é por meio do apelo a antecedentes históricos”, mesmo porque essa redescoberta do passado faz parte do processo de construção da identidade. Em citação a Jonathan Rutherford, a autora coloca:

“... a identidade marca o encontro de nosso passado com as relações sociais, culturais e econômicas nas quais vivemos agora(...)”¹² (idem).

E essa ligação com o passado representa a busca das comunidades contemporâneas, em um presente marcado pela fragmentação e pela contestação das verdades tradicionais, por uma justificativa para a “criação de novas – e futuras – identidades”, a

¹² E completa: “... A identidade é a intersecção de nossas vidas cotidianas com as relações econômicas e políticas de subordinação e dominação”.

fim de poderem, dessa forma, alicerçar-se em suas origens, mitologias e fronteiras históricas.

“Mesmo que o passado que as identidades atuais reconstroem seja, sempre, apenas imaginado, ele proporciona alguma certeza em um clima que é de mudança, fluidez e crescente incerteza” (Woodward, 2000).

Além de estabelecer essa relação com o tempo histórico, Woodward (2000) acredita que a identidade é também “fabricada por meio da marcação da diferença”, marcação esta, que ocorre por meio de sistemas simbólicos de representação, bem como por meio de formas de exclusão social. Assim, “a identidade depende da diferença” para se constituir enquanto tal, mesmo porque – conforme supracitado – ela é relacional.

Contudo, a autora ressalta que *diferença* e *exclusão* não são termos interdependentes, nem causais, pois a demarcação de uma diferença cultural não implica, necessariamente, em uma forma de exclusão social, mas sim pode refletir apenas um modo de diferenciação de sistemas simbólicos de representação.

Destarte, “nas relações sociais, essas formas de diferença (...) são estabelecidas, ao menos em parte, por meio de *sistemas classificatórios*” (Woodward, 2000). Tais sistemas são sempre examinados quando há a conceitualização da identidade, de forma que eles mostram como as relações sociais são organizadas e divididas; eles “dão ordem à vida social”, na medida em que são “afirmados nas falas e nos rituais”. Sendo assim, um sistema classificatório aplica um princípio de diferença a uma população de uma tal forma que pode se tornar capaz de “dividi-la (e a todas as suas características) em ao menos dois grupos opostos – nós/eles (...); eu/outro” (idem).

Em suma, Woodward (2000) ressalta a sobreposição existente entre os termos identidade e subjetividade. De modo que o conceito de subjetividade permite “uma exploração dos sentimentos que estão envolvidos no processo de produção da identidade e do investimento pessoal que fazemos em posições específicas de

identidade” (idem). Ele fornece explicações acerca das razões que nos levam a identificarmo-nos com identidades particulares.

“Os sujeitos são (...) sujeitados ao discurso e devem, eles próprios, assumi-lo como indivíduos que, dessa forma, se posicionam a si próprios. As posições que assumimos e com as quais nos identificamos constituem nossas identidades” (Woodward, 2000).

É possível então inferir que a identidade é como uma ponte de ligação entre a subjetividade e a cultura, pois ela se revela como um posicionamento do sujeito frente aos valores culturais. Sendo assim, é por meio da identidade que as particularidades do sujeito se definem e se moldam para a sua adequação ao sistema cultural em que vive.

“(...) nós vivemos nossa subjetividade em um contexto social no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência que temos de nós mesmos e no qual nós adotamos uma identidade” (Woodward, 2000).

Não obstante, a autora sentenciar que os sistemas simbólicos, bem como os de representação, produzem significados sobre as pessoas, posicionando-as como sujeitos, produzindo, enfim, as identidades.

“Os discursos e os sistemas de representação constroem os lugares a partir dos quais os indivíduos podem se posicionar e a partir dos quais podem falar” (Woodward, 2000).

Capítulo 3

Esboços de um sistema público de saúde

A partir das discussões abordadas no capítulo anterior é possível então concluir que a participação política da sociedade civil na esfera pública se revela como um instrumento precípua à legitimação do Estado democrático. Inferência essa que se confirma, sobretudo durante o intenso processo de formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), momento em que a participação social teve papel primordial.

No início da década de 1970 emergiu no Brasil o Movimento da Reforma Sanitária, primeiramente nos ambientes acadêmicos, onde intelectuais, demais cientistas e médicos se organizaram em oposição técnica e política ao regime militar de então e, posteriormente, nos demais ambientes da sociedade civil – compostos por alguns movimentos populares, por outros tantos trabalhadores do setor saúde e pela população demandante dos serviços de saúde – igualmente descontentes com a precária assistência do Estado à saúde da população. Este termo “reforma sanitária” foi inspirado no ideário da classe operária italiana, trazido por seus imigrantes ao conhecimento dos mencionados atores sociais. E a designação ‘movimento’ veio *a posteriori*, quando da realização de pesquisas acadêmicas sobre esse período histórico, pois, em princípio, o grupo dos sanitaristas autodenominava sua atuação como uma ação social – na perspectiva de uma ampla mobilização social –, chegando mesmo a ser designado por seus críticos, pejorativamente, como “partido sanitário”¹³.

O que motivou a formação desse movimento foi o entendimento comum de que a saúde deveria ser um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado, o qual deveria prestar aos mesmos os diversos serviços de assistência à saúde, bem como todas as outras formas de acesso a uma vida saudável. Tal entendimento veio se formando com o crescente descontentamento desses sanitaristas diante do quadro social que estava desenhado.

¹³ Em *Biblioteca Virtual Sergio Arouca*. Acessado em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

Até essa época o Estado oferecia apenas o atendimento médico-hospitalar restritivamente aos trabalhadores formalmente vinculados ao sistema de previdência social, isto é, àqueles que possuíam a então desejada carteira de trabalho.

“Para que se tenha uma idéia da limitação da cobertura então vigente, em 1960 os segurados da Previdência Social somavam pouco mais de 7% da população brasileira” (Cardoso e Jaccoud, 2005).

A partir da década de 1970 sucessivas reformas permitiram a ampliação dessa cobertura. Pelas pressões de denúncias feitas pela imprensa sobre casos de omissão de socorro à população e pelo esforço publicitário para a legitimação do regime autoritário de governo¹⁴, em 1974, sob uma norma implementada pelo Ministério da Previdência Social, “os casos de emergência passaram a ser atendidos pela rede de serviços médicos da Previdência Social, independentemente do paciente ser ou não a ela segurado” (Cardoso e Jaccoud, 2005). Vale lembrar que, a essa mesma época, cabia ao Ministério da Saúde apenas as responsabilidades pelas campanhas preventivas de doenças (vacinações, etc) e algumas ações de promoção da saúde, como atividades de saneamento, etc.

Em 1975 o governo federal tem a iniciativa de organizar sistematicamente o setor saúde. Por meio da promulgação de uma lei, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) – alguns de seus princípios regem até hoje o SUS, tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre os serviços preventivos e os de assistência individual – os dois campos institucionais que estavam incumbidos das múltiplas e, até então, descoordenadas ações de saúde ficaram com as seguintes responsabilidades: ao Ministério da Saúde coube o caráter eminentemente normativo, cuja ação executiva se voltaria “preferencialmente (*sic*) para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária” (Mercadante, 2002); e ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) caberia o atendimento médico-assistencial individualizado.

¹⁴ Além do fato de que o caixa previdenciário estava com uma “relativa folga”, pois, com as relações formais de trabalho em ascensão, “as receitas previdenciárias cresciam em ritmo superior ao da economia como um todo” (Mercadante, 2002).

A implantação e a coordenação da Política Nacional de Saúde era também uma responsabilidade do Ministério da Saúde, que deveria antes ser submetida à apreciação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), bem como os planos setoriais do MPAS, em relação à assistência médica, e do Ministério da Educação (MEC), no que concerne à formação de recursos humanos para a saúde, “fixando as diretrizes para a sua execução” (Mercadante, 2002).

Quanto às funções dos entes federados, à essa época cabia aos estados, aos territórios existentes e ao Distrito Federal o planejamento integrado de saúde, além da criação e da operação dos serviços de saúde em apoio às atividades dos municípios. Enquanto à estes últimos caberia a manutenção desses serviços, em especial os de pronto-socorro, e ainda as atividades de vigilância epidemiológica. Em tempo, – continua Mercadante (2002) – ao setor privado poderia competir também a prestação de serviços de saúde, desde que sob a fiscalização da previdência social.

Em suma, essa Lei que estabeleceu o SNS, a despeito de todas as suas limitações, teve grande mérito no sentido de ter sido “a primeira tentativa concreta para racionalizar o sistema” (Mercadante, 2002), representando assim o reconhecimento oficial das deficiências que existiam na organização dos serviços de saúde e a primeira consolidação institucional das propostas de melhoria para a mesma.

Não obstante, o referido reconhecimento se ilustrou também na instituição, em 1976, do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que foi “um dos precursores na busca de uma maior articulação entre Previdência Social, Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” (Cardoso e Jaccoud, 2005). O PIASS foi ainda o reflexo de um pronunciamento feito pelo diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), durante sua Assembléia realizada em 1975, que consistiu no reconhecimento da necessidade de integração e de valorização dos diversos saberes presentes no campo da saúde – das parteiras, dos curandeiros, entre outros –, em adensamento ao trabalho da categoria médica, e que veio ao encontro dos consensos que vinham sendo construídos pelos pensadores em saúde do País.

“(...) a única possibilidade de levar a assistência médico-sanitária a todos dos que dela carecem é através da utilização de técnicas simples e de baixo custo, aplicáveis sem dificuldade ou risco, por pessoal de nível elementar recrutado na própria comunidade e remunerado de acordo com os padrões locais” (Mercadante, 2002).

Sob esse propósito, o PIASS referendou a compreensão de que o quadro situacional de saúde-doença de uma comunidade varia em conformidade com o seu grau de desenvolvimento socioeconômico. Assim pôde ser depreendida a necessidade premente de organizar os serviços de saúde de forma hierarquizada, “descentralizando – para unidades mais simples localizadas na periferia – as ações de saúde de maior frequência e de fácil aplicação, mas centralizando – em locais estratégicos – os recursos e serviços especializados ou de maior porte” (Mercadante, 2002). O Programa foi então responsável pela montagem de uma “estrutura básica e permanente de saúde pública” (Mercadante, 2002), em algumas comunidades da região Nordeste do País¹⁵, que pretendia ser “capaz de contribuir na solução dos problemas médico-sanitários de maior reflexo social” (idem).

A partir de então as redes estaduais e municipais de serviços de saúde atuavam em três níveis: o elementar, o intermediário – nos quais as unidades de saúde eram operadas por trabalhadores de nível escolar elementar – e o de apoio – composto pelas unidades integradas de saúde que, “estrategicamente localizadas” (Mercadante, 2002), dispunham de recursos humanos de nível profissional “e, em alguns casos, de facilidades para hospitalização” (idem).

As ações desenvolvidas pelo PIASS apontavam fundamentalmente – em coexistência direta com o entendimento acerca da indispensabilidade da contribuição da previdência social para o custeio do Programa – para a necessidade da aceleração do processo de universalização da prestação dos serviços de saúde.

Importante ressaltar que outras tantas instâncias técnico-políticas foram instituídas nos momentos precedentes à Constituição Federal de 1988, que

¹⁵ Tendo sido estendido, a partir de 1979, às demais regiões.

contribuíram sobremaneira para a reelaboração da organização dos serviços de saúde e para a constituição das bases para a implementação do que seria o SUS. Tais como, a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), criada em 1980 e que tinha a função de fixar os repasses federais dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social para o “financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais, além de estabelecer normas de articulação programática entre Ministério da Saúde, Previdência e Educação” (Mercadante, 2002); o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (Plano CONASP) do Ministério da Previdência Social, que, no ano de 1982, priorizava a “atenção primária, a integração das diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado e a diminuição da capacidade ociosa do setor público” (Mercadante, 2002); e, como desdobramento desse Plano CONASP, nos anos de 1984 e 1987, respectivamente, foram implementadas as bases para a expansão da cobertura dos serviços (Cardoso e Jaccoud, 2005): as Ações Integradas de Saúde (AIS), “que reforçou a atuação da CIPLAN na área federal, e estimulou a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde, no âmbito dos estados, das regionais estaduais de saúde e dos municípios” (Mercadante, 2002); além do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), que salientava a integração dos mecanismos de programação e planejamento orçamentário, bem como “as decisões colegiadas tomadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais” (Mercadante, 2002). Fato este que permitia o avanço rumo à descentralização da gestão do sistema, de modo que tinha como foco as secretarias estaduais de saúde, que deveriam assumir as responsabilidades pelos sistemas estaduais de saúde.

“Uma antecipação, em certa medida, do modelo posteriormente adotado pelo SUS com a Comissão Interinstitucional Tripartite e as Comissões Bipartites” (Mercadante, 2002).

É então diante desse quadro social da política de saúde no Brasil que, em fins dos anos 1970 e início dos 1980, com as repercussões no setor saúde, causadas pelos processos histórico-políticos de transição democrática¹⁶ e pela crise econômica em

¹⁶ Explicitados no Capítulo 1 dessa Dissertação.

curso no País, surgem no cenário novos atores e movimentos sociais que agregam maior legitimidade às reivindicações por serviços e ações de saúde.

A crise econômica agravou os problemas que vinham sendo debelados pela estruturação do SNS, na medida em que complicou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, “o que aumentou as necessidades de atenção à saúde” (Mercadante, 2002), e ainda provocou a diminuição das receitas fiscais e das contribuições sociais, causando um impacto direto sobre o montante dos recursos destinados à saúde.

O Sistema Único de Saúde

É então diante desse cenário que emerge o supracitado Movimento da Reforma Sanitária que centrava suas demandas em acordo com os seguintes objetivos: “a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços” (Mercadante, 2002).

Munidos desses objetivos os sanitaristas estabeleceram alianças políticas consistentes que culminaram na legitimação das referidas proposições quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986. Assim, de forma marcadamente distinta das outras sete conferências realizadas nos anos anteriores – que se configuravam sobremaneira como eventos do Ministério da Saúde, eminentemente técnicos, com a presença restrita de técnicos de outros setores que não se poderia subjugar, como a previdência social – a VIII CNS não só ampliou a participação de outros segmentos sociais nesse importante processo de formulação das políticas públicas de saúde, como também propiciou a inclusão de áreas técnicas direta ou indiretamente vinculadas às discussões da saúde. E ainda – o que foi a sua

maior inovação – garantiu a participação da representação dos usuários dos serviços de saúde, até então desprezados como os atores sociais principais implicados.

Como parte das deliberações da VIII CNS, o Ministério da Saúde instituiu a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) que tinha como missão o desenvolvimento de trabalhos técnicos e que, em conjunto com “o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988” (Mercadante, 2002), solidificou as bases para a configuração do quadro político-institucional de então. Quadro este que possibilitou a incorporação das proposições deliberadas na VIII CNS e consolidadas pela CNRS no texto constitucional, à saber:

“O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o conseqüente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social” (Mercadante, 2002).

Para além da singularidade do processo democrático de sua elaboração e de todas as demais inovações contempladas pela Constituição Federal de 1988 (CF 88), o conceito de seguridade social constituiu um de seus marcos diferenciais mais relevantes¹⁷. Entendido como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Mercadante, 2002 *apud* CF 88, art. 194), esse conceito ganhou materialidade no texto constitucional ao passo em que reconheceu a saúde como direito social. Provocando assim uma “transformação radical no sistema de saúde brasileiro” (Mercadante, 2002) e, em conseqüência, “um novo paradigma para a ação do Estado na área” (*idem*).

É possível depreender, a partir dos dispositivos constitucionais contidos nos Artigos 196 a 198 da CF 88, o estabelecimento da múltipla determinação das condições para a manutenção da saúde dos indivíduos, bem como a ratificação da estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento adotado pelo Brasil, além da

¹⁷ O conceito de seguridade social foi desenvolvido no Capítulo 1 dessa Dissertação.

constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) – regulamentado dois anos mais tarde pelas Leis nº 8080 e nº 8142 – composto pela organização das ações e dos serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, cujas diretrizes versam sobre a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade¹⁸.

O SUS foi então organizado em acordo com essas diretrizes e também com os princípios estabelecidos pela supracitada Lei nº 8080 de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). Esses princípios se classificam ora como ideológicos ou doutrinários, ora como organizacionais – a depender da interpretação do pesquisador.

Os primeiros são aqueles que se referem à universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; à integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e à equidade – princípio este que não está expresso na Lei, mas que dela pode ser subentendido, na medida em que compreende a igualdade de oportunidade no acesso aos serviços de saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A participação da comunidade é um outro princípio expresso, mas que não se encaixa na classificação supracitada comumente usada pelos meios acadêmicos e políticos, pois pode mesmo ser interpretado como um preceito que deve perpassar transversalmente todos outros, dada a sua relevância para efetivar a implementação, o monitoramento e o constante aprimoramento do SUS.

Já os princípios organizacionais – por vezes caracterizados também como diretrizes – se referem à descentralização político-administrativa para os três entes federados, conforme mencionado anteriormente; à hierarquização dos serviços de saúde em níveis de complexidade, no intuito de estruturar de modo efetivo os fluxos de referência e contra-referência; e à regionalização, para definir a área de

¹⁸ Acessado em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

abrangência da saúde da população pela qual o respectivo gestor se responsabilizará (Brasil, 1990). Sob essa lógica organizacional, o SUS procura garantir uma maior eficácia e efetividade dos serviços de saúde ofertados à população, revelando assim a sua profunda diferença em relação ao modelo centralizador anterior.

“Uma análise geral da Lei nº 8080 é suficiente para detectar as suas principais tendências: realce das competências do Ministério da Saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços apenas em caráter supletivo; ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos, preponderantemente, como receptores de tecnologia” (Mercadante, 2002).

Desse modo, coube ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela formulação da estratégia nacional para o SUS, no que se refere ao planejamento, ao controle, à avaliação e à auditoria, além da promoção da sua descentralização. Coube também a definição e a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, das redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados, em nível nacional. E, ainda, “uma terceira missão exclusiva do poder central é a regulação do setor privado, mediante a elaboração de normas, critérios e valores para remuneração dos serviços, bem como de parâmetros de cobertura assistencial” (Mercadante, 2002).

Já as Secretarias Estaduais de Saúde ficaram encarregadas de planejar, programar e organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, que deve ser por elas acompanhadas, controladas e avaliadas. Assim, cabe ao Estado também a coordenação dos serviços de alta complexidade, dos laboratórios e dos hemocentros, porém sem o mesmo papel estratégico do nível federal, nem a responsabilidade pela regulação dos serviços privados de saúde.

E às Secretarias Municipais de Saúde coube a gestão e a execução direta das ações e serviços públicos de saúde, de modo que o modelo preconizado pelo SUS concebe o município como o seu protagonista.

Conforme mencionado anteriormente, a importância atribuída à participação social – tanto nos momentos que precederam e endossaram a formulação do SUS,

quanto na inclusão em Lei – permitiu que diversos novos mecanismos fossem instituídos no sentido de garantir a articulação entre as esferas de governo e a participação e o controle social sobre as políticas públicas¹⁹.

De acordo com Mercadante (2002) esses mecanismos são de “duas naturezas”. A primeira se refere aos fóruns exclusivos de representantes do governo, mais especificamente, às suas instâncias subnacionais, interessadas diretas do processo de descentralização. Assim se configuram as instâncias de participação e articulação dos estados e dos municípios: no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – que foi criado em 1982 e congrega os 26 secretários de estado da saúde e 1 do Distrito Federal, bem como seus substitutos legais – e no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) – instituído em 1988 e que reúne todos os secretários municipais de saúde.

“Esses dois colegiados, criados antes da nova Constituição, tiveram atuação destacada no processo constituinte. Embora, eventualmente, tenham interesses políticos não coincidentes, já que representam diferentes esferas de poder, constituem elementos fundamentais na articulação entre instâncias de governo tanto no âmbito estadual (Comissões Bipartites) como no federal (Comissão Tripartite)” (Mercadante, 2002).

A segunda natureza diz respeito aos colegiados que são os próprios mecanismos de participação popular para o controle social da formulação e implementação das políticas de saúde – estes os mais caros à consolidação do SUS. Os dispositivos constitucionais, citados mais acima, fundamentam esses mecanismos como fóruns setoriais legítimos para a participação popular na gestão das políticas públicas de saúde. São eles: os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Os Conselhos podem ser locais, ocorrendo no âmbito das comunidades e são compostos pelo segmento dos usuários do SUS, podendo contar ou não com a participação dos segmentos dos gestores e trabalhadores, à depender dos critérios estabelecidos pela própria comunidade. Há também os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, que contam com a representação paritária dos segmentos –

¹⁹ Os amplos conceitos de mecanismos de participação, processos participativos, gestão participativa e outros correlatos estão explicitados no Capítulo 2.

metade é composta pelos usuários e a outra metade se divide nas representações dos segmentos dos trabalhadores, dos gestores e dos prestadores dos serviços de saúde. Em algumas unidades de saúde do país há ainda a atuação dos Conselhos Gestores, cuja composição varia em acordo com os preceitos políticos e técnicos sobre os quais é formulado. Além do Conselho Nacional de Saúde que é a instância máxima permanente de deliberação do SUS, vinculado ao Ministério da Saúde e composto pelos mesmos segmentos dos conselhos estaduais e municipais.

A regulamentação desses mecanismos de participação está expressa na Lei 8.142 de 1990 (Brasil, 1990), que estabelece a periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências Municipais, Estaduais e a Nacional de Saúde, com a representação dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Devendo ainda ser convocadas pelo Poder Executivo. E também estabelece o caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde, como órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Tanto os Conselhos, como as Conferências devem ter a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, conforme supracitado. E terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. Essa Lei ratifica ainda a prerrogativa da representação do CONASS e do CONASEMS no Conselho Nacional de Saúde.

Por fim, a Lei 8.142 (Brasil, 1990) versa também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, enfatizando que, para receberem esses recursos, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com seus respectivos Planos de Saúde, devidamente aprovados pelo conselho de saúde correspondente.

Conforme extensa discussão realizada no Capítulo anterior desse trabalho, há hoje no Brasil uma diversificada “infra-estrutura da participação” (Avritzer, 2008), tanto em relação à sua forma, como ao seu desenho. Assim, outros formatos para institucionalizar a participação vêm sendo criados, em acordo com a emergência das demandas. Formatos que nem sempre estão respaldados em leis, mas não por isso têm menos legitimidade, de modo que são também instâncias representativas de diversos segmentos, que funcionam sobremaneira como ações estratégicas para uma melhor operacionalização das políticas, servindo, em grande medida, como pontes entre as instâncias executivas, consultivas e deliberativas. Em exemplo, os Comitês Técnicos e as Comissões Intersetoriais e Interinstitucionais para formulação, acompanhamento e implementação de políticas e programas específicos do governo federal.

Como foco dessa Dissertação será analisado, mais à frente, a instituição de um desses mecanismos específicos de participação, qual seja o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, no intuito de verificar a sua viabilidade como um instrumento de fomento ao incremento das práticas de gestão participativa.

Educação e Saúde

Um dos pontos de maior destaque, que remete à plena efetivação dos supracitados mecanismos de participação e controle social, concerne ao desenvolvimento das ações de educação em saúde, com vistas à qualificação desses atores. Entretanto, essa qualificação se presta também a outros atores das políticas de saúde, como os trabalhadores, os gestores e os usuários, em geral. Para elucidar, então, a diversidade de conceitos que exprimem os processos educativos desenvolvidos na seara da saúde, o Ministério da Saúde elaborou um instrumento de referência, que revela as distinções e as similaridades entre tais conceitos.

Assim, a *Educação Continuada* é compreendida como o “processo de aquisição seqüencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por

meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele” (Brasil, 2009). Já a *Educação na Saúde*, versa sobre a “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (Brasil, 2009). Isto é, este segundo conceito complementa o primeiro, pois visa à sistematização dos conteúdos a serem ministrados nos processos de formação dos trabalhadores da saúde.

A concepção de *Educação Permanente em Saúde* faz jus às “ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde” (Brasil, 2009). Dessa forma, é possível depreender que esta concepção se difere da Educação Continuada por não visar à formação do trabalhador para a sua atuação técnico-científica, em específico, mas sim para a reorganização do seu processo de trabalho, sendo então uma formação mais estrutural e menos focal. A Educação Permanente é utilizada, em grande medida, para a formação dos conselheiros de saúde e demais atores envolvidos com as práticas do controle social.

Outro conceito, denominado como *Educação em Saúde* se refere ao “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde” (Brasil, 2009), se definindo ainda como o “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (idem).

“(…) i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população; ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde” (Brasil, 2009).

Este é um dos conceitos que interessam diretamente ao foco dessa Dissertação, pois o sujeito a ser pesquisado aqui não está vinculado formalmente ao SUS e tem mesmo a intenção de se apropriar das temáticas de saúde, com o intuito de aprimorar seu capital intelectual para realizar debates mais profícuos com os profissionais e os gestores da saúde e, assim, ter maior legitimidade para contribuir com os processos de gestão participativa da saúde.

Um último conceito de educação também amplamente utilizado pelas realidades do SUS – e igualmente caro ao objetivo a que essa Dissertação se propõe – é o de *Educação Popular em Saúde*, definido institucionalmente como as “ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde” (Brasil, 2009). Inclusão e autonomia essas que se baseiam na concepção de educação defendida por Paulo Freire – a qual será abordada com profundidade nesse presente trabalho mais adiante.

Para adensar as discussões acerca das práticas e dos demais processos educacionais, sejam técnicos e/ou políticos, desenvolvidos na saúde é importante resgatar um pouco da trajetória histórica dessa relação que veio se estabelecendo entre as áreas de conhecimento da educação e da saúde, a fim de ampliar o entendimento sobre as escolhas paradigmáticas que vindo sendo feitas atualmente quando dos encontros dos processos institucionalizados da saúde com aqueles não instituídos e da conseqüente elaboração e execução de ações para esses mesmos.

Fato marcante, tanto para a reorientação dos serviços de saúde, como para o desenvolvimento de outras ações correlatas foi a realização da Conferência Mundial de Saúde em Ottawa, no Canadá, no ano de 1986. A partir dela uma nova base ideológica para a promoção da saúde foi estabelecida, pautada sobre uma “concepção positiva de saúde” (Oliveira, 2005), que a ressaltava como um recurso do dia-a-dia e não como uma finalidade ou um objetivo da vida. Portanto, para o alcance de uma vida saudável, ao contrário do que propunha a antiga compreensão focalizada nas causas individuais das doenças, passou-se à ênfase das “influências socioambientais nos padrões de saúde” (Oliveira, 2005).

Assim, a promoção da saúde foi concebida como o “processo através do qual indivíduos são capacitados para ter maior controle sobre e melhorar a própria saúde, o que significa o reconhecimento da importância do poder e do controle para a promoção da saúde” (idem). Assertiva essa que aponta para a imperativa necessidade da redução das desigualdades sociais e para a “construção de uma comunidade ativa e empoderada” (Oliveira, 2005), a fim de que se torne possível a efetivação desse controle e desse poder.

Considerada então essa nova ótica sobre a promoção da saúde é possível inferir a “necessidade de uma nova ética social”, que se pautar pelo compartilhamento de possibilidades e potenciais (Oliveira, 2005). Pois, dessa forma, a saúde é concebida como um fenômeno influenciado por diversos fatores, desde os fisiológicos em si, até os socioeconômicos, passando pelos culturais e ambientais. Isto é, para alcançar a saúde faz-se necessária a plena orquestração desses fatores, “visando maximizar as possibilidades de saúde e evitar a doença e a invalidez” (Oliveira, 2005), o que implica em realizar escolhas que resultem em saúde, escolhas essas que devem ser informadas para que o leque de possibilidades que se apresenta seja orquestrado da melhor forma.

Desse modo, a saúde passa a apresentar uma natureza multidimensional, que, aliada à supracitada ênfase na escolha informada, abre o campo da promoção da saúde para outras diversas disciplinas – como, principalmente, a educação em saúde, a epidemiologia, a participação comunitária, as demais políticas públicas, dentre outras – e para outros setores, como a ecologia e a economia. Estrategicamente, essa nova concepção de saúde pública aponta ainda para a necessidade de estabelecimento de uma relação de cooperação entre o Estado e a sociedade civil, bem como de desenvolvimento de ações de educação em saúde.

Com a finalidade então de viabilizar a efetivação dessa escolha informada, os promotores da saúde – sejam gestores, trabalhadores ou os próprios usuários do SUS – devem informar o público quanto às possibilidades de acesso aos recursos de saúde existentes, ressaltando seus direitos e, em consequência, os méritos e deméritos

dessas opções (Oliveira, 2005). Informação essa que se operacionaliza nos processos de educação em saúde.

As reorientações nas políticas públicas e nos serviços de saúde, provocadas pela incorporação dessa nova concepção de saúde pública, propiciaram, por conseguinte, o deslocamento no foco da educação em saúde, que estava na prevenção de doenças, para objetivos mais amplos. Ao passo em que a saúde deixou de ser compreendida apenas como sinônimo de ausência de doenças, passando a ser interpretada como “uma fonte de vida” (Oliveira, 2005), a nova concepção de educação em saúde passou também a entender a necessidade da superação dessa conceituação biomédica de saúde.

“Assim, na sua versão contemporânea, a educação em saúde já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável. Nesse novo paradigma, o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, uma noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno” (Oliveira, 2005).

Essa racionalidade política tem predominado nas sociedades ocidentais contemporâneas. Conforme explicitado nos Capítulos anteriores dessa Dissertação, a autonomia moral e política da sociedade e dos movimentos sociais perante o Estado faz-se premente para o exercício dos valores normativos da modernidade²⁰, quais sejam, “a auto-realização e, especialmente, o autogoverno” (Habermas, 1989). Isto é, a liberdade dos indivíduos, nesse mesmo sentido da autonomia e da escolha, deve ser regulada por eles mesmos, desde que respeitados os códigos morais da sociedade em que vivem (Oliveira, 2005).

No entanto, para Oliveira (2005), a retórica da promoção da saúde, com sua concepção ampliada sobre saúde pública, se revela de difícil aplicação no campo da educação em saúde, isso porque é complexo “evitar os discursos tradicionais da saúde pública na prática contemporânea da educação em saúde” (idem), o que revela o tensionamento entre a antiga e a nova posição ideológica, bem como a dificuldade em

²⁰ Telles (2001); Negri e Cocco (2005); Touraine (2006).

estabelecer definições técnicas acerca da instrução das pessoas sobre a saúde. Com a finalidade de elucidar esse imbróglio, a autora propõe então o agrupamento dessa complexidade em duas abordagens para a educação em saúde: o modelo preventivo e o modelo radical – não claramente distintos entre si, pois “os objetivos de um se sobrepõem aos do outro e persiste uma visível distância entre as intenções progressistas e a realidade” (Oliveira, 2005).

O modelo preventivo de educação em saúde se perfaz na educação em saúde tradicional, se baseando, portanto, nos antigos princípios – anteriores às novas concepções advindas com a Conferência de Ottawa – cujos fundamentos estão nas tradições da biomedicina. Assim sendo, o modelo preventivo objetiva a prevenção de doenças. Prevenção essa que se associa à idéia de que os hábitos individuais que são as principais causas da falta de saúde. Essa responsabilização exclusiva do indivíduo leva à interpretação da falta de saúde como uma falha moral da pessoa (Oliveira, 2005), culpabilizando a “vítima pelo seu próprio infortúnio” (idem). Nessa perspectiva, os profissionais da saúde são vistos como aqueles que detêm o saber sobre o que se constitui como um estilo de vida saudável, o que lhes atribui o papel persuasivo para com os indivíduos, com a função de apenas prescrever ‘comportamentos saudáveis’, de modo descendente e unidirecional. Aqui o educando tem um papel passivo, na medida em que somente recebe o conhecimento fornecido pelo professor.

Essa ênfase no individual termina por desconsiderar a influência das questões sociais na “determinação, estruturação e padronização das doenças” (Oliveira, 2005), reduzindo a saúde a um “produto social, a (um) objeto passível de controle pelo indivíduo” (idem). Ênfase essa que inviabiliza esse modelo preventivo como uma estratégia de promoção da saúde, pois se distancia assim de seus preceitos fundamentais, pautados na multidimensionalidade das determinações da saúde.

“A educação em saúde preventiva ignora que comportamentos são sempre interativos, o que significa que modos de vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais” (Oliveira, 2005).

Já o modelo radical de educação em saúde se propõe ao atendimento das complexidades da nova saúde pública, trabalhando sob uma “perspectiva mais

moderna de educação” (Oliveira, 2005), a qual se centra no fomento à consciência crítica das pessoas. Assim, o modelo radical tem como principal objetivo a promoção da saúde em seu sentido positivo, como recurso para uma vida com qualidade.

Ao contrário do modelo preventivo que trabalha com os indivíduos de maneira isolada, o modelo radical trabalha com grupos, buscando, desse modo, a mudança social e não a transformação pessoal, como pretende o primeiro. Com essa abordagem o modelo radical visa à formação de indivíduos conscientes que sejam capazes de tomar decisões sobre a sua própria saúde e a dos grupos sociais aos quais pertencem. Essa formação se realiza, então, com a finalidade de fomentar a participação, por meio de um processo educacional que contempla “uma relação igualitária entre educando e educador, um reconhecendo o valor do outro no diálogo pedagógico estabelecido” (Oliveira, 2005).

Em suma, à despeito de a nova concepção de saúde trazida pela promoção da saúde, pós-Ottawa, se aproximar em muito do modelo radical de educação em saúde, a maioria das ações de educação em saúde continua sendo interpretada e executada de uma forma individualista, em acordo com a compreensão acerca da responsabilidade pessoal e do “bom uso da autonomia individual” (Oliveira, 2005). Fato que revela a dificuldade de botar em prática os preceitos da promoção da saúde nos processos de educação em saúde. Dificuldade que se revela em muito na resistência dos profissionais de saúde que, no papel de educadores em saúde, se recusam a considerar a educação como um processo dialógico, no qual o educando, tal como o educador, tem papel ativo na troca interativa de conhecimentos.

Capítulo 4

A Educação Popular e a Saúde: primeiras aproximações

Atualmente é ponto pacífico para os atores sociopolíticos que promovem a saúde pública, e para vários que a vivenciam, que os problemas de saúde têm como modelo explicativo a multicausalidade de fatores. Porém, as ações práticas adotadas se encaminham, em regra, no “sentido da causalidade linear” (Stotz, 2007). Isso se explica pelo fato de que a lógica ainda predominante é a da biomedicina, que orienta as ações para o pragmatismo, onde os diagnósticos devem ser tomados como o ponto de partida (Stotz, 2007) e todas as dimensões – sociais, econômicas, ambientais e psíquicas – que afetam a saúde das pessoas, para o bem ou para o mal, terminam por se reduzir unicamente à fisiopatologia.

Essa elucidação corrobora a dificuldade da implementação das ações de educação em saúde que estejam em acordo com o modelo radical – conforme explicitado no capítulo precedente – isto é, com a promoção da saúde em sentido positivo, visando, primordialmente, o despertar da consciência crítica das pessoas acerca dos seus próprios meios de experimentar a saúde e o bem viver, e dos serviços institucionalizados que lhes são ofertados.

Não obstante, faz-se necessário esclarecer que parte dos autores que aborda os temas da educação em sua interface com os da saúde utiliza o termo ‘educação em saúde’ e outra parte prefere ‘educação e saúde’. Isso remete a uma questão semântica, de modo que a primeira expressão vincula diretamente os processos educacionais aos de saúde, já a segunda pretende a abertura para um leque maior de possibilidades, ao passo em que compreende a educação e a saúde como áreas singulares do conhecimento que podem apontar ou não, a depender das intencionalidades, para ações que propiciem sua integração mútua.

Esta Dissertação faz uso recorrente da expressão ‘educação em saúde’, pois é assim que o foco dessa pesquisa – qual seja a institucionalização da Educação Popular

no âmbito das políticas e práticas de saúde pública – se refere aos processos relacionais desenvolvidos entre os diversos atores da educação e da saúde.

Considerando-se a escolha dos modelos de educação em saúde a serem adotados²¹, esse é um campo que se revela, sobretudo, nas práticas e nos conhecimentos do setor saúde que se ocupam mais diretamente com a “criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população” (Vasconcelos, 2007).

Durante o governo militar da década de 1960 a política de saúde no Brasil estava voltada para a expansão de serviços médicos privados e dos hospitais, onde as ações educativas tinham pouca ou nenhuma relevância (Vasconcelos, 2007). As poucas e incipientes ações eram iniciativas das elites políticas e econômicas, subordinadas, portanto, aos seus interesses e resumiam-se à imposição de normas e comportamentos, que tinham a intenção última de higienizar a população.

Insatisfeitos, então, com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, muitos profissionais de saúde se engajaram politicamente e compuseram movimentos sociais que visavam resistir a esse modelo a partir das mobilizações sociopolíticas e da proposição de políticas sociais ancoradas em novos paradigmas. Com o apoio dos setores progressistas da Igreja Católica, “que conseguira se preservar da repressão política” (Vasconcelos, 2007), de intelectuais de diversas áreas, e de movimentos populares de saúde, esses movimentos ganharam força e começaram a esboçar “iniciativas de busca de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico” (Vasconcelos, 2007).

A partir do surgimento de algumas experiências de serviços comunitários de saúde na década de 1970 – ora promovidos timidamente pelo Estado, ora mais enfaticamente por organizações filantrópicas da sociedade civil – os profissionais de saúde estreitam a relação com grupos populares e, em conseqüência, começam a esboçar algumas tentativas de organização das ações de saúde adaptadas às

²¹ Modelos esses que foram discutidos no Capítulo 3 dessa Dissertação.

realidades das dinâmicas sociais locais. Assim, com o processo de abertura política rumo à democracia, alguns movimentos populares de saúde passam a reivindicar serviços públicos locais, ao passo em que exigem também a participação no controle dos serviços existentes.

“(...) a educação em saúde [a partir desse momento] busca 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, 2007).

Se pautando então na necessidade de superação da conceituação biomédica de saúde para abranger a concepção mais ampla de saúde que, ancorada nas propostas da promoção da saúde, prima pela qualidade de vida social e ambiental dos sujeitos, alguns profissionais de saúde passaram a participar das experiências de Educação Popular – promovidas, em princípio, pelas Comunidades Eclesiais de Base (CEB) da Igreja Católica e posteriormente estendidas para outras organizações da sociedade civil – possibilitando assim que crescesse no setor saúde uma “cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde” (Vasconcelos, 2007).

“Esse jeito de pensar e de fazer saúde pautado na experiência favorece uma forma de expansão e de crescimento que exerce grande fascínio sobre quem se depara, como é o caso dos profissionais de saúde, com as limitações do tecnicismo da formação e da orientação normativa da ação face à complexidade da vida. Esta rigidez é tanto mais sentida quando se considera a contradição entre a experiência do sofrimento e a falta de resolubilidade dos serviços de saúde. Tal situação gera um permanente descontentamento capaz de mobilizar os profissionais no sentido de tentar outros caminhos e buscar outras soluções. Esta é, sem dúvida, uma das razões mais fortes para a emergência do movimento da Educação Popular e Saúde (...)” (Stotz, David e Un, 2004).

Nesse período de fins dos anos 1970 e início dos 1980 realizaram-se importantes eventos que favoreceram a articulação social e política dos sujeitos desse movimento e também sua visibilidade, tais como os I, II e III Encontro Nacional de

Experiências de Medicina Comunitária (ENEMEC). Pouco depois o ENEMEC – que era composto por profissionais da saúde envolvidos com as práticas populares de cuidado e também pelos próprios cuidadores populares que, por causa da dificuldade de acesso aos serviços assistenciais de saúde, promoviam trabalhos com hortas de plantas medicinais, as terapias com massagens corporais, com argila, e outras práticas que podiam se realizar localmente – transforma-se em Movimento Popular de Saúde (MOPS)²², como produto desse mesmo processo que, por meio da troca de experiências, compreende a necessidade de provocar mudanças no modelo de assistência à saúde (Oliveira, 2009).

Assim, as iniciativas de educação popular em saúde surgiram na perspectiva de superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde e a população, entre o saber médico e a dinâmica de adoecimento e cura do contexto sociocultural popular (Stotz, David e Un, 2004), como uma possibilidade factível de resposta aos anseios dos supracitados sujeitos coletivos.

A Educação Popular

O Brasil tem pautado historicamente a educação como uma área fundamental para o desenvolvimento equânime da nação. Nas últimas décadas – leia-se principalmente desde a instituição das políticas sociais a partir da década de 1930, como demonstrado nos capítulos anteriores dessa Dissertação – essa percepção tem sido ainda mais presente e pertinente para o enfrentamento aos novos desafios que vem se apresentando pela globalização do capital²³ e pelos avanços tecnológicos nesta, que é a era da informação.

²² A primeira e mais conhecida experiência do MOPS foi a ocorrida na Zona Leste da cidade de São Paulo, mas que, mais tarde, “chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos estados” (Vasconcelos, 2004). Hoje o MOPS tem atuação em várias capitais do país e também em pequenas cidades, assim como é o ator político referenciado para as relações com instâncias nacionais de governo que têm interface com as discussões de educação popular em saúde. Mais informações em:

<https://sites.google.com/site/mopsse/>

²³ Segundo Gohn (2005) “a globalização é um novo sistema de poder, que exclui e inclui, segundo as conveniências do lucro; que destrói a cultura e cria continuamente novas formas de desejo no setor do consumo. Com isto gera novas formas de dominação, principalmente de ordem cultural”.

Nesse contexto em que a diversidade das culturas e a realidade das comunidades são ignoradas em nome da homogeneização socioeconômica imposta pela globalização, “a cultura se transformou no mais importante espaço de resistência e luta social” (Gohn, 2005). Cultura essa, aqui entendida sob uma perspectiva mais ampliada, isto é, como as possibilidades de manifestações da sociedade civil em diversos espaços, sejam culturais, políticos, ou educacionais. As áreas da saúde, da educação e alguns setores da informação e das comunicações são apontados por Gohn (2005) como espaços privilegiados para essas manifestações de resistência. Isso porque são áreas consideradas como “pontos nevrálgicos de geração de descontentamentos e protestos no novo modo de desenvolvimento baseado na lógica mercantil e tecnocrática global” (idem).

A educação vem sendo compreendida, assim, como o meio primordial de acesso dos excluídos aos bens e serviços sociais e econômicos, se revelando, portanto, como um instrumento de democratização. Educação esta que não se restringe mais exclusivamente aos “processos de ensino-aprendizagem no interior de unidades escolares formais” (Gohn, 2005), mas que vem transpondo os muros dessas mesmas e alcançando outros espaços, como o doméstico, o do lazer, do trabalho, do associativismo, entre outros. Compondo o que Gohn (2005) define como “comunidade educativa”, por meio da qual os assuntos, antes restritos ao âmbito escolar, passam a ser publicizados e permeados nos conselhos, nos colegiados e em demais espaços sociais, favorecendo a incorporação de temas inovadores pela educação escolar formal, – menos tecnicistas e mais abrangentes social e politicamente – bem como a profícua articulação entre esta última e a educação não-formal.

Essa característica extramuros é a primeira identificação atribuída à Educação Popular, a qual emerge como uma das possibilidades de se realizar a educação não-formal. Além dessa característica, a Educação Popular se alinha também a alguns de seus preceitos básicos, como a necessidade de ampliação da participação ativa de outros atores sociais, que não somente educadores e educandos; valorização dos processos de aprendizagem em grupos; compreensão do saber, para além dos aspectos técnicos, como algo intrinsecamente relacionado às dimensões éticas e

sociais dos sujeitos; aprendizagem política dos direitos dos indivíduos como cidadãos, gerando a conscientização dos mesmos para a “compreensão de seus interesses e do meio social e da natureza que os cerca” (Gohn, 2005); “aprendizagem e exercício de práticas que capacitam os indivíduos a se organizarem com objetivos comunitários” (idem); aprendizagem também dos conteúdos da escolarização formal, mas em formatos e espaços diferenciados; dentre outros.

Desse modo, inicialmente compreendida como um método da área da educação, a Educação Popular “começa a se estruturar como corpo teórico e prática social” (Vasconcelos, 2007) no Brasil, em fins da década de 1950, com alguns intelectuais e educadores identificados com as propostas da ala progressista da Igreja Católica – por meio das CEB, como informado acima – e “influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra” (Vasconcelos, 2007). *“Educação popular e trabalho político-pastoral fundiram-se progressivamente, especialmente nos países onde, em conseqüência dos golpes militares, a Igreja Católica mostrou ser a única instituição suficientemente forte para seguir atuando nas camadas populares, como foi o caso brasileiro”* (Pagliaro, 2004).

A importância do papel educativo das Igrejas não pode ser desconsiderada, sobretudo para as realidades das populações da América Latina, destituídas econômica e socialmente. Isso porque as Igrejas não são entidades abstratas, mas sim condicionadas pela atuação de seus sujeitos, que estão inseridos numa realidade concreta, econômica, política, social e cultural (Freire, 1981). Se caracterizando, assim, como instituições que estão inseridas na história, “onde a educação também se dá” (idem). Portanto, dispara Freire (1981), não se faz possível “aceitar a neutralidade das Igrejas em face da história, assim como a neutralidade da educação”.

Sobre esse pressuposto é possível então elucidar a emergência de uma parte da Igreja – deflagrada mais amplamente nas décadas de 1970 e 80 – que, descontente com a realidade socioeconômica do Brasil e de outros países da América Latina, se aliou às classes populares, destoando da prática, até então tradicional, de atrelamento

às classes sociais dominantes. Ancorada na Teologia da Libertação²⁴, essa parte progressista da Igreja Católica se estruturou e se referendou por meio das referidas CEB, que se compunham por membros das classes populares, reunidos pela proximidade territorial e vinculados a alguma Igreja, cujo objetivo consistia em educar a população em acordo com os preceitos católicos, mas fomentando a construção de propostas de ação para a superação da situação de inferioridade socioeconômica em que essas populações se encontravam. Os caminhos encontrados para tal transcendiam, em geral, os limites da Igreja. E assim começavam a se constituir mecanismos de mobilização social – associações, movimentos sociais, etc – que fortaleciam as iniciativas populares, reforçando nessa medida as bases para a luta contra as opressões políticas e econômicas, em especial, contra a ditadura militar vigente à época. Contribuindo sobremaneira para os processos de redemocratização do País.

É então nesse contexto sociopolítico de ratificação dos projetos democráticos, em convívio com “uma modernidade excessivamente brutal” (Negri, 2006) que oprimia a dimensão local e primava pela burocratização das relações, que a Educação Popular emerge, principalmente na América Latina e em outras regiões tampouco alinhadas às metas desenvolvimentistas do capitalismo, como uma possibilidade de harmonizar essas contradições e de indicar mecanismos e estratégias para o estabelecimento de relações sociais menos assimétricas.

No Brasil o grande responsável pela sistematização e pela publicização do arcabouço conceitual que referendou a educação popular foi o educador e filósofo Paulo Freire. A partir de experiências de trabalho com a alfabetização de jovens e adultos na região nordeste na década de 1960, Paulo Freire, juntamente com sua equipe de trabalho, desenvolveu processos metodológicos que objetivavam a transcendência das conhecidas técnicas da educação escolar para o centramento em “elementos de conscientização política” (Pagliaro, 2004). Transitando por cargos na Universidade e no governo do Estado de Pernambuco, Freire cunhou em 1962, por

²⁴ Corrente do pensamento teológico cristão, de inspiração marxista, desenvolvida em países periféricos ao grande capital e que tinha como cerne o combate à pobreza, por meio do engajamento político dos cristãos, para o alcance da liberdade.

meio da sua experiência com a alfabetização, o ‘Método Paulo Freire’, que, por conta dos eficazes resultados que alcançara, seria adotado mais tarde em nível nacional, durante o governo João Goulart, como o Plano Nacional de Alfabetização.

Porém, dois anos mais tarde, Freire foi exilado do Brasil pelo golpe militar que via em seu Método uma verdadeira ameaça aos planos de uma sociedade amorfa e plenamente sujeitada à opressão política e econômica das elites. Assim, Freire ampliou sua experiência desenvolvendo trabalhos na Bolívia e no Chile, momentos em que pôde iniciar a sistematização dessas suas ações por meio da publicação de alguns de seus mais importantes livros.

Livros esses que vem revelar os seus conceitos básicos desvelados como os pilares das ações educacionais que vinha implementando. Desse modo, a educação proposta por Paulo Freire – que mais tarde receberia a denominação de ‘popular’, cunhada pelos pesquisadores de suas obras e também por ele próprio²⁵ – se manifesta como profundamente distinta da educação desenvolvida no âmbito escolar, pois não tem a intenção de simplesmente reproduzir o conhecimento erudito, mas sim de problematizá-lo, nem de estabelecer relações verticais entre o educador e o educando, mas sim de horizontalizá-las, abolindo dessa forma que o processo de discussão seja colocado “de cima para baixo” (Vasconcelos, 2007).

“(...) ninguém conscientiza ninguém. O educador e o povo se conscientizam através do movimento dialético entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a subsequente ação no processo daquela luta” (Freire, 1981).

Esclarecida essa distinção é importante atentar para o fato de que a educação popular não deveria se confundir com a educação informal²⁶, isto é, ela tem a intenção

²⁵ Em sua obra *Política e Educação* (2001), Freire afirma que o conceito de Educação de Adultos “vai se movendo na direção do de educação popular” na medida em que revela a necessidade de aproximação dos educadores com os temas correlatos ao saber popular e sentencia: “A Educação de Adultos, virando Educação Popular, se tornou mais abrangente. Certos programas com alfabetização, educação de base em profissionalização ou em saúde primária são apenas uma parte do trabalho mais amplo que se sugere quando se fala em Educação Popular”.

²⁶ Conforme supracitado, a educação popular se alinha à concepção de educação não-formal, na mesma medida em que se distancia da de educação informal. Para Gohn (2005) “o que diferencia a educação não-formal da informal é que na primeira existe a intencionalidade dos sujeitos em criar ou buscar determinadas qualidades e/ou objetivos. A educação informal decorre de processos espontâneos ou naturais, ainda que seja carregada de valores e representações, como é o caso da educação familiar. (...)”

mesmo de formar os sujeitos, de modo a serem reconhecidos oficialmente com o grau educacional que lhes seja correspondente. Esse caráter informal é, em geral, atribuído a educação popular por seus críticos, que assim procuram desvalorizá-la no sentido de uma educação menor e, portanto, não merecedora do devido reconhecimento pelas instâncias formais de governo. Sob esse ponto de vista a educação popular é então compreendida como um processo desorganizado, sem método e sem objetivos. E tanto não o é, que nas décadas de 1970 e 80 eram mesmo comuns as discussões acerca da “possibilidade de uma autêntica educação popular dentro do sistema escolar” (Streck, 2006). O que demonstra uma correlação entre ambas, e não uma oposição.

A oposição fundamental que a educação popular constrói se refere ao modelo tradicional de educação, isto é, a compreensão do processo educacional como a simples transmissão de informações, como um treinamento para um fim único. Esta, Paulo Freire denomina como “educação bancária”, responsável direta por não estimular o educando para a busca pelo conhecimento, “sua tônica reside fundamentalmente em matar nos educandos a curiosidade, o espírito investigador, a criatividade. Sua ‘disciplina’ é a disciplina para a ingenuidade em face do texto, não para a indispensável criticidade” (Freire, 1981). A educação bancária se presta, assim, ao objetivo dos opressores, das elites políticas e econômicas, pois não lhes interessa, para a manutenção do *status quo*, que aqueles a quem eles oprimem sejam conscientizados acerca dos processos sociais e políticos que os envolvem.

Os esquemas característicos da educação bancária são verticais, isto é, as relações devem ser mantidas de forma hierárquica, nas quais o educador se situa em um patamar que está acima do educando, impondo uma pretensa autoridade do conhecimento em oposição à liberdade desse último. Aqui o educador é o único sujeito do processo de formação e os educandos se resumem ao papel de seu objeto.

O ponto de partida da tese de Freire consiste na compreensão basilar de que “a educação é um ato político” (Freire, 1997). A educação não tem como característica a

Alguns autores teimam em denominar o aprendizado de conteúdos não-escolares, em espaços associativos, movimentos sociais, ONGs etc como sendo educação informal”.

neutralidade, ao contrário, o educador deve assumir uma postura “política e viva” (idem), coerentemente com a prática de suas ações.

“Como educadoras e educadores somos políticos, fazemos política ao fazer educação. E se sonhamos com a democracia, que lutemos, dia e noite, por uma escola em que falemos aos e com os educandos para que, ouvindo-os possamos ser por eles ouvidos também” (Freire, 1997).

Para tanto, Freire propõe que a educação seja problematizadora, para responder à “essência do ser da consciência, que é sua intencionalidade” (Freire, 1987). Nesse sentido, a educação problematizadora, ou libertadora, não pode se resumir ao “ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir ‘conhecimentos’ e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação ‘bancária’, mas um ato cognoscente” (Freire, 1987). O objeto a ser conhecido, então, não pode ser entendido como o ponto final, como o “término do ato cognoscente de um sujeito”, mas sim como o “mediatizador de sujeitos cognoscentes” (idem), tanto educadores como educandos. Assim torna-se possível estabelecer uma relação dialógica, ao passo em que se viabiliza a superação da contradição existente entre tais sujeitos.

E é sobre essa contradição que a educação bancária – “que serve à dominação” (Freire, 1987) – procura se manter, enquanto que a problematizadora não se efetiva sem a sua superação. A educação bancária, desse modo, “nega a dialogicidade como essência da educação” (idem), assumindo então seu caráter antidialógico, enquanto a problematizadora se afirma por ela e ratifica, assim, seu caráter dialógico essencial.

“Ninguém educada ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Freire, 1987).

Partindo dessa premissa, a educação problematizadora pode realizar-se como prática da liberdade, na medida em que, rompendo com os esquemas verticais da educação bancária, supera a contradição entre educador e educando e promove, em concomitância, o diálogo. Aqui o educador não é mais aquele que tão somente educa, “mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (Freire, 1987).

Outro conceito chave desenvolvido por Freire e sobremaneira constitutivo da educação popular diz respeito à premência da emancipação dos sujeitos como parte fundamental do processo educacional libertário, sem a qual as relações de opressão perpetuadas pelas relações capitalistas de produção não se tornam passíveis de serem superadas. A educação problematizadora propicia a emancipação dos sujeitos, ao passo em que, ao fomentar a conscientização crítica dos mesmos²⁷, por meio da apresentação dos temas e perguntas geradoras pelo educador, abre a percepção do educando para o seu papel social, político e econômico no mundo, o que lhe dá a possibilidade de formular ações transformadoras para a reconfiguração desse papel e de sua representação sociopolítica no contexto em que vive.

“Assim (...) recriam criticamente o seu mundo: o que antes os absorvia, agora podem ver ao revés” (Freire, 1987).

Consideradas essas idéias basilares do pensamento freireano – além de tantas outras, que pela extensão e intensidade com que são desenvolvidas não caberão aqui nessa Dissertação – faz-se mister questionar se a educação popular se configura mesmo como apenas um método da educação, ou se assume outros papéis. Isso porque, pelo demonstrado, é possível inferir que a educação popular extrapola o que se poderia chamar de método educacional como uma forma específica de realizar o processo de ensino-aprendizagem. Essa especificidade se realiza na prática educacional da alfabetização de jovens e adultos que Freire desenvolvia. Mas o que ele propõe vai muito além de um método. Ao propor como um dos métodos de alfabetização o uso das “palavras geradoras” e dos “temas geradores” (Freire, 1987), Freire não visava tão somente à alfabetização, por si só, do educando, mas, sobretudo, tinha a intenção de despertar-lhe para a redescoberta de seu papel no mundo, na medida em que o colocava em condições de repensar criticamente as palavras de seu mundo para, assim, saber e poder dizê-las.

“Educadores e grupos populares descobriram que Educação Popular é sobretudo o processo permanente de refletir a militância; refletir, portanto, a sua capacidade de

²⁷ *“(…) a conscientização não é apenas conhecimento ou reconhecimento, mas opção, decisão, compromisso”* (Freire, 1987).

mobilizar em direção a objetivos próprios. A prática educativa, reconhecendo-se como prática política, se recusa a deixar-se aprisionar na estreiteza burocrática de procedimentos escolarizantes. Lidando com o processo de conhecer, a prática educativa é tão interessada em possibilitar o ensino de conteúdos às pessoas quanto em sua conscientização” (Freire, 2001).

Assim, a educação popular, para além de ser uma abordagem diferenciada dos processos educacionais tradicionais, se revela principalmente como “uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social” (Vasconcelos, 2004), pois, ao passo que fomenta o senso crítico dos sujeitos educandos sobre a realidade sociopolítica que os cerca, lhes desperta o sentimento de pertencimento a essa realidade e o conseqüente desejo de transformá-la em um espaço que melhor os inclua. A educação popular possibilita, dessa forma, que os sujeitos, melhor e mais qualificados como cidadãos de seu país, construam estratégias de luta e ampliem e fortaleçam os espaços de negociação para o enfrentamento das desigualdades que lhes são impostas. A educação popular é, em síntese, um instrumento que qualifica e reforça o potencial popular para a luta em prol do rompimento da lógica excludente da sociedade capitalista e para a construção de novos caminhos, mais includentes e solidários.

A Educação Popular no Ministério da Saúde: apresentação e escolhas metodológicas

A educação popular revela, então, um forte potencial para se constituir como uma estratégia qualificada para a construção e a ampliação da participação popular no gerenciamento e na (re)formulação de políticas públicas. E ainda como um “instrumento estratégico da construção de uma revolução moral e intelectual para a transformação social” (Talher, 2009). Transformação esta que se realiza na emancipação política dos sujeitos, quando estes se percebem protagonistas de suas realidades sociais e culturais e, assim acionam dispositivos que os situam como ativadores de mudanças rumo à disputa de hegemonia.

“(...) a educação popular (...) numa sociedade de classe, se constitui como um ‘nadar contra a correnteza’ é exatamente a que, substantivamente democrática, jamais separa do ensino dos conteúdos o desvelamento da realidade. É a que estimula a presença organizada das classes sociais populares na luta em favor da transformação democrática da sociedade, no sentido da superação das injustiças sociais” (Freire, 2001).

Como método, estratégia e/ou dispositivo político-pedagógico que motiva os sujeitos para a formulação e a execução de ações que reconfigurem os seus papéis sociais no mundo²⁸, a educação popular vem tomando forma desde o âmbito educacional, passando pela saúde e, mais recentemente, vem se revelando em outras importantes searas sociais, como as políticas públicas – em específico, as de saúde.

No ano de 2003 o Ministério da Saúde instituiu em sua estrutura a área técnica da Educação Popular. Anteriormente subordinada à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a partir de 2005 passou a ser vinculada à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), onde foi alocada na Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social (CGAEP), buscando atuar em estreito diálogo com os movimentos sociais que produzem ações e práticas populares de saúde (Pedrosa, 2007c). Assim, a Educação Popular passou a ser um dos meios para a efetivação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), de modo que essa política é gerida pela SGEP como ação prioritária.

Há que se ressaltar que a vontade institucional de incorporar a Educação Popular surgiu com o fortalecimento do movimento popular. No ano de 2003 a Rede de Educação Popular e Saúde²⁹, juntamente com outros movimentos sociais e

²⁸ Como bem coloca Pedrosa (2007b), em avaliação à formação de trabalhadores da saúde, a educação popular é melhor concebida quando pensada como “dispositivo constitutivo da autonomia dos profissionais como atores que se movimentam na vida e, portanto, são potentes para criar, desejar e interagir com os usuários do sistema de saúde, tecendo relações de alteridade e promovendo o encontro dialético entre a lógica que orienta a luta pela vida e a lógica que preside as organizações do setor”.

²⁹ Articulação de profissionais e técnicos de saúde, lideranças de movimentos sociais, estudantes, pesquisadores e intelectuais, que defende a Educação Popular como “estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, bem como de um sistema de saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população”. Surgiu em 1998, como uma evolução da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, criada em 1991 no I Encontro Nacional de Educação Popular

parceiros – como o próprio Ministério da Saúde – realizou um encontro nacional que resultou na criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), desencadeando, assim, processos de articulação em cada estado do país. Fato que fortaleceu e ampliou as bases conceituais e políticas da Educação Popular na saúde, configurando aos movimentos uma visibilidade social e política necessária ao seu crescimento e sua reafirmação como partícipe legítimo na formulação de políticas públicas de saúde.

“A Educação Popular é um saber importante para a construção da participação (...). Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participada de ações sociais”. (Vasconcelos, 2007)

Após um intenso e paulatino processo de conversação com representantes da ANEPS, a SGEPI instituiu, no mês de junho de 2009, por meio da Portaria Ministerial Nº 1.256 (anexa), o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, como uma nova forma de inclusão institucional da educação popular, cujo objetivo maior será o estabelecimento das bases para a formulação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Esta Portaria define os objetivos macros do Comitê, bem como a sua composição e as suas competências. Outra Portaria (anexa) que designou nominalmente seus membros foi também publicada no Diário Oficial da União em outubro do mesmo ano. Composta por diversos segmentos governamentais e representantes da sociedade civil, o surgimento do Comitê veio responder então a uma histórica demanda dos movimentos sociais e de sujeitos promotores das práticas populares de saúde pela abertura de um canal de diálogo permanente com o governo federal.

Este Comitê vislumbra a possibilidade de um novo instrumento de gestão participativa para a reorientação das políticas de saúde, no que se refere aos preceitos da Educação Popular. Como afirmam Vasconcelos (2007) e Pedrosa (2007c), a

em Saúde, realizado em São Paulo. Hoje a Rede atua nos Congressos de Saúde Coletiva, em entidades como a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) e na interlocução com o Ministério e Secretarias de Saúde, “defendendo os princípios da Educação Popular como instrumento de gestão das práticas sanitárias”. Realiza também eventos nacionais e estaduais, publica boletins e livros e se organiza principalmente por uma lista de discussão pela Internet, que está em atividade há dez anos e que conta com seiscentos participantes. (Acessado em: <http://www.edpopsaude.net>)

conformação de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde, tendo como principal eixo a formação dos profissionais de saúde, pode representar a transformação das práticas prescritivas e verticalizadas dos serviços de saúde, diminuindo a “distância entre a assistência, que representa intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados, e o cuidado, que estabelece relações intersubjetivas em tempo contínuo” (Pedrosa, 2007c). E é este cuidado um dos mais caros pressupostos às práticas populares de saúde³⁰, pois é por meio dele que as relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS se pretendem orientadas pela horizontalidade, onde ambos os atores sociais se responsabilizam pela promoção da saúde desse usuário e pelas plenas condições socioambientais para sua manutenção.

“(...) a implementação da Educação Popular nos diferentes serviços de saúde é uma estratégia fundamental para tornar realmente efetiva a diretriz constitucional do SUS, a participação popular (...)”. Vasconcelos (2007)

No intuito de verificar a factibilidade da afirmação supracitada, bem como de compreender a eficácia da inserção da Educação Popular em Saúde nos mencionados espaços instituídos pelo governo, no sentido do modo como se configura o seu papel sócio-político no que tange ao aprimoramento da gestão participativa, para a pesquisa dessa Dissertação foram realizadas algumas análises documentais e também algumas entrevistas com informantes qualificados para a discussão do tema.

“A pesquisa em educação popular, a partir das influências fundantes de Paulo Freire, Marx e Malinowski e da Escola de Frankfurt, foi aos poucos se delineando como uma pesquisa qualitativa, com forte conotação da observação participante da antropologia, engajada na transformação política da sociedade na perspectiva dos interesses dos seus grupos sociais subalternos e onde os sujeitos investigados participam conscientemente do processo de produção do conhecimento. A esta metodologia de investigação se denominou, nos anos 80, pesquisa participante” (Vasconcelos, 2000).

³⁰ O Programa Saúde da Família é um exemplo significativo de tentativa de implementação dessa prática do cuidado, visto que o trabalhador da saúde se insere na dinâmica social de adoecimento e cura do usuário do SUS e, assim, amplia as possibilidades para a troca de saberes.

Dessa forma, conforme explicitado no Projeto que foi qualificado para a elaboração dessa Dissertação, a proposta metodológica se fundamentou, em acordo com o que preconiza a pesquisa social (Minayo, 1994), na análise qualitativa de materiais informativos e formativos, como fontes de informação secundárias, e também na realização de entrevistas baseadas em um roteiro semi-diretivo, como fontes primárias. Foi lançada mão, ainda, da observação participante como técnica de análise, na medida em que a pesquisadora faz parte do universo em análise. Assim, diversas conclusões aqui desenhadas fazem também parte das análises sobre um caderno de campo que vinha sendo preenchido com anotações sobre o universo em estudo desde o ano de 2007, momento em que a pesquisadora passou a trabalhar no Ministério da Saúde, mais precisamente na supracitada CGAEP.

“A metodologia não consiste num pequeno número de regras. É um amplo conjunto de conhecimentos com o qual o pesquisador procura encontrar subsídios para nortear suas pesquisas. As escolhas são efetuadas em função dos objetivos das pesquisas e das características das instituições” (Thiollent, 1984).

Em síntese, a metodologia foi estruturada da seguinte forma:

1. Análise documental – portarias, pareceres técnicos, relatórios, etc – acerca da Educação Popular no âmbito do Ministério da Saúde e também dos Relatórios dos movimentos sociais de Educação Popular em Saúde – ANEPS, ENEPS, MOPS, etc.
2. Entrevistas com informantes qualificados sobre o papel da Educação Popular na gestão participativa em saúde – 3 (2 dos movimentos sociais e 1 antigo trabalhador do Ministério da Saúde).

Importante ressaltar que no referido Projeto estava prevista a realização de quatro entrevistas, porém, mesmo com reiteradas tentativas, um dos trabalhadores do Ministério da Saúde não teve disponibilidade de agenda para concedê-la.

Para a realização dessas três entrevistas formais foi elaborado um roteiro semi-diretivo (anexo), com uma listagem de quatro perguntas abertas, que servisse mais como uma orientação para a abordagem dos temas considerados relevantes, com base

nas leituras realizadas até então – mesmo porque, é o corpo teórico que veio sendo utilizado nessa pesquisa que comanda o método de investigação. Assim, este roteiro foi como um guia, a partir do qual novas questões eram acrescentadas ou reduzidas de acordo com o direcionamento que a entrevista ia tomando. Em correspondência à idéia de Thiollent (1982), as perguntas foram elaboradas com base em uma temática que fosse correspondente, em princípio, a “uma *tradução* das hipóteses de pesquisa”.

A fim de obter uma maior “profundidade” e “intensividade” das entrevistas, um pequeno número de pessoas foi selecionado para responder, conforme supracitado, às perguntas abertas³¹. Para a seleção dos respondentes foi plenamente considerada a *intuição* da pesquisadora (Thiollent, 1982), em acordo com sua experiência de trabalho com o tema em foco, para pautar a relevância, ou a “representatividade social (não estatística)”, de cada um. Em tempo, a “entrevista semi-diretiva” permite inferir, inclusive, que a ausência de uma resposta é entendida como uma resposta dada.

Não obstante, Thiollent (1982) ressalta ainda que, na relação entrevistador/entrevistado, as características básicas de cada um (idade, educação, sexo, raça, etc) “interferem na percepção, na atitude, nas expectativas e nos motivos do outro, e (...) essas características condicionam, de um lado, a adequação ou inadequação da resposta e, por outro lado, os erros de condução da entrevista” (idem).

As duas entrevistadas, supracitadas, foram selecionadas como representantes dos movimentos de educação popular em saúde por suas constantes atuações como interlocutoras desses movimentos com o governo federal. Ambas concederam as entrevistas em um momento que também foi igualmente caro às análises elaboradas pela presente pesquisa, qual seja o III Encontro Nacional da ANEPS (anexo).

Importante destacar que o antigo representante do Ministério da Saúde foi selecionado, apesar mesmo de hoje fazer parte de uma outra instituição da esfera pública estadual, por ter sido o dirigente responsável à época pela instituição de uma

³¹ “A profundidade é neste contexto freqüentemente associada à captação de informação de caráter mais afetivo do que cognitivo” (Thiollent, 1982).

área técnica de educação popular dentro da estrutura do Ministério, conforme será possível verificar, mais a frente, em suas falas.

Com o intuito de preservar suas identidades pessoais todos os três entrevistados serão identificados apenas pelas iniciais de seus nomes.

Institucionalizando o instituinte: novos desafios para a Educação Popular

Em acordo com o referido roteiro de entrevistas semi-diretivo, as representantes dos movimentos sociais explanaram primeiramente sobre as suas trajetórias biográficas até seus respectivos envolvimento com a educação popular.

Meu envolvimento com a educação popular começa desde....eu nasci na zona rural, meu pai era trabalhador rural. E eu tinha desde muito pequena um vínculo com as coisas da cultura popular. Eu tenho uma ascendência indígena muito forte. Cresci próxima de uma comunidade quilombola, que eram os negros do rosário, em Parelhas que era uma cidade vizinha a cidade em que nasci. Então desde o começo...Meu primeiro companheiro trabalhou com os repentistas e eu fui trabalhar com as plantas medicinais com uma bolsa de um convenio que era com o MEC e a Funarte, que era uma bolsa de trabalho que chamava Bolsa Trabalho, Arte e eu comecei a pesquisar os raizeiros nas feiras livres, aí depois entrei num projeto de pesquisa de uma antropóloga que estava estudando as experiências de cura nos terreiros de umbanda e candomblé lá em Natal. Eu sou potiguar na realidade, eu estudei lá e vim pro Ceará já em 1994 com a criação da Saúde da Família e fui começando a me envolver com essas coisas das plantas e durante a faculdade ainda eu me aproximei da Homeopatia. Eu fiz medicina e antes de terminar o curso eu comecei a fazer especialização em homeopatia. Éramos um grupo que tinha um trabalho numa comunidade de Natal, uma comunidade periférica. Era um trabalho muito interessante! Éramos estudantes de medicina e de farmácia. A gente preparava as tinturas e íamos para uma rede de laboratórios vinculados a uma Comunidade Eclesial de Base puxada por um padre belga. E a gente ia atender com homeopatia e tinha um vínculo com a comunidade.

(VD)

Aqui VD enfatiza sua origem ‘popular’, desde o nascimento na zona rural, com o convívio com comunidades indígenas e quilombolas, passando pelo o que ela denomina de “vínculo com a cultura popular” até seus primeiros trabalhos com as práticas populares de saúde, – as plantas medicinais; os raizeiros; experiências de cura

em terreiros de religiões afro-brasileiras – com a especialização médica em homeopatia e com projetos e atividades institucionais, como a rede de laboratórios vinculada à CEB e o Programa Saúde da Família, respectivamente.

Essa origem popular aparece tanto nas narrativas de VD, quanto de SC, conforme mostra o trecho abaixo, e confere às mesmas uma representação ainda mais legitimada dos movimentos populares de saúde dos quais fazem parte, na medida em que, ao situar os seus lugares de fala, seus papéis sociopolíticos se tornam mais enfaticamente autorizados ao envolvimento com as questões populares.

Eu sou professora de formação, fiz o Magistério, dei aula pra criança, mas sempre procurando trabalhar com a comunidade, por exemplo, com os grupos de mulheres. Então sempre teve esse pé. Teve também uma época em que eu trabalhei com os movimentos de moradia nas favelas em Campinas, São Paulo.

Meus pais e meu avô tinham sítio e com a construção da barragem Urubu-Purungá a maioria das pessoas foi trabalhar nas Usinas, nessas barragens e meu pai foi um deles. Aí nós fomos morar na cidade e daí que a gente foi pra escola.
(SC)

Já o representante institucional não tem essa mesma origem. Seu contato com a educação popular se deu no decorrer de sua trajetória acadêmica e profissional. Fato que não o desqualifica para o trato com a educação popular, ao contrário, o autoriza legitimamente para o necessário papel de intermediador da ponte entre esta e as instâncias institucionais do governo.

Eu fiz graduação em enfermagem e no meio do curso, lá pelo segundo ano, eu já estava interessado com esse campo que a gente chama de saúde pública, saúde comunitária, atenção básica. E eu estava muito interessado no modo como as pessoas, os usuários, a população falava de saúde e instituía as suas próprias práticas de saúde. Então de um lado tinha o uso dos chás, das ervas, a cultura popular, muito nessa linha. Naquela época, 1980, esse componente “cultura popular” não tinha o mesmo uso com a mesma crítica política que a gente tem hoje. Já era um grande desafio político a gente aceitar que haviam as práticas populares a serem reconhecidas pelos sistemas de saúde. Então conhecer essa cultura popular eu entendia como uma coisa muito importante, pelos menos eu achava que isso reconfigurava a minha própria formação. Então eu fazia o oposto da lógica do hospital ou do procedimento, do medicamento, o que não quer dizer não usar, mas era conhecer o que a própria universidade me

oferecia, era conhecer um reverso, um oposto. Não que a universidade não falasse sobre, no meu curso tinham professores que falavam sobre, mas não era uma coisa de domínio, de apropriação, de pertencimento a um serviço. Eu fiz também uma disciplina de Saúde Comunitária com um professor que era médico e antropólogo, então ele falava de Cultura e isso me possuiu, porque eu pensava “esse negocio de cultura quer dizer alguma coisa”. Então eu não cheguei na Educação Popular pela própria educação, eu cheguei pela via da cultura, da antropologia, pelas culturas populares, linguagens populares, perspectivas populares – e por isso essa coisa das ervas, dos chás. E eu integrei um grupo, que tinham estudantes de farmácia, de medicina, enfermagem, psicologia e arquitetura, que se chamava GUSP (Grupo Unido de Saúde Pública) e a gente tinha um trabalho em Viamão, um município vizinho de Porto Alegre. Naquela periferia que eu trabalhei eu acompanhei durante dois anos uma mulher que trabalhava com chás, e eu fiz um acompanhamento com a perspectiva meio etnográfica, eu acompanhava todo o processo da feitura do chá até o atendimento com as pessoas, etc.

(RC)

Além das alegadas origens, os mencionados vínculos e aproximações com a cultura popular remetem à categoria de mesma denominação que foi objeto de “muitas discussões nos anos 60 e no início dos 80 na América Latina, principalmente no Brasil” (Gohn, 2005). Fato que relaciona a história biográfica dos entrevistados com a conjuntura sociopolítica da época, pautada por iniciativas de expressões culturais que estavam “a serviço do povo” (idem), tratadas mesmo como parte de uma ‘consciência revolucionária’, em uma clara proposta de ação contra-hegemônica às culturas de massa. A cultura popular aqui se apresenta então – como explicitado anteriormente – como uma forma de resistência à massificação daquelas outras que não tem, em nenhuma medida, a pretensão de provocar a consciência crítica dos sujeitos, mas de acomodá-la e conformá-la.

A minha relação com a Educação Popular começou há muito tempo, embora não tivesse esse nome “Educação Popular”. Eram movimentos populares...as Comunidades Eclesiais de Base (CEB)...eu vim também dessa trajetória aí da igreja. A partir das CEB a gente saiu mais para a questão da militância política dos movimentos. Daí que, durante toda essa trajetória foi-se chegando à Educação Popular. Mas esse termo “Educação Popular” é novo. O que a gente tem mesmo é a questão das experiências, das práticas.

(SC)

Então eu trabalhava uma parte com homeopatia e uma parte como médica mesmo de uma Secretaria de Saúde no interior. No mesmo mês que eu cheguei nessa cidade morreram 25 crianças de diarreia em um mês, isso no início da década de 1980. Era um município de 8.000 habitantes. E eu me desesperei. E ali a gente começou a fazer um diálogo com o sindicato rural, um sindicato que tinha uma postura bem a esquerda e também com outros setores que existiam no município. E ali a gente começou...Descobrimos o teatro como uma estratégia de trabalhar a mobilização com a comunidade e também de discutir as formas de enfrentar. Então começamos a fazer. Inventamos um curso de saúde pública para professores. Minhas primeiras leituras foram aquele livro do David Werner, Onde Não Há Médico, muito usado pelas Comunidades Eclesiais de Base, e um outro livro dele que ensinava determinadas técnicas de educação popular, mas ele nem usava o termo educação popular. Eu vim a conhecer Paulo Freire quando eu fui pro Ceará. A minha vivência com educação popular era altamente intuitiva e autodidata. Aí quando eu chego no Ceará eu entro no movimento de teatro, que está presente aqui nesse Encontro, que é o Movimento Escambo Popular Livre de Rua, um movimento que a gente começou a criar no Partido dos Trabalhadores, lá em Janduí, no RN, juntando as experiências que tinham ali, o menino palhaço. É um movimento que se cria num momento em que a cidade vivia muita fome, muita miséria, numa região que era tomada pelos matadores de aluguel, os resquícios do cangaço. E a gente queria dizer que a gente podia dizer outras coisas, que as crianças podiam ter outro futuro. R L foi outro ator importante nesse processo, ele puxava esse lado da cultura ali a partir da saúde e a gente foi criando esse movimento e ali eu fui trazendo essa dimensão do teatro e da arte pra discutir a saúde, que me acompanha até hoje.

(VD)

Essas duas falas trazem importantes elementos para a análise. A relação primordial com as Comunidades Eclesiais de Base (CEB) se mostra como uma porta de entrada comum a esses sujeitos dos movimentos populares para o trabalho com a educação popular. Constatação que ratifica a discussão, acima explicitada, acerca da relação muito próxima dessa parte progressista da Igreja Católica com os trabalhos com as classes populares, bem como a influência desses na motivação profissional de diversos sujeitos promotores das práticas educacionais e/ou de saúde.

Ambas enfatizam ainda que o contato com o termo 'educação popular' veio *a posteriori*. Mesmo durante as suas experiências de trabalho com aqueles que são em muito alguns dos preceitos da educação popular – como a própria relação com os grupos populares, a trajetória perpassada pelos grupos políticos considerados 'de

esquerda', a promoção da arte como estratégia de mobilização social, dentre outros – não havia, em princípio, essa designação. Como ressaltado anteriormente, o próprio Paulo Freire, considerado pelos educadores populares e pelos seus pesquisadores como o 'pai' da Educação Popular, veio fazer uso desse termo em suas últimas obras. O que revela que a educação popular foi sobremaneira um conceito advindo pela análise teórica das práticas populares, isto é, a Educação Popular pode ser interpretada como uma reflexão que adensou às práticas educacionais populares um caráter político, ou melhor, que politizou essas práticas ao interpretá-las sob a luz de teóricos como Freire, Gramsci – em seu conceito de hegemonia – e outros.

“Para a Educação Popular, a realidade é uma verdadeira fonte de conhecimento que não podemos simplificar isolando-o das dinâmicas reais socioeconômicas, culturais e políticas do contexto. “O conhecimento é, portanto, o processo que resulta da práxis permanente dos seres humanos sobre a realidade”, nos lembra Paulo Freire” (Hurtado, 2006).

Ao contrário de RC que se aproximou da educação popular pelas leituras que vinha fazendo de temas correlatos e que lhes revelaram o universo literário da mesma, permitindo assim que ele adentrasse em seu cenário social e político e ainda que acrescentasse à sua prática profissional de enfermagem novos elementos, menos procedimentalistas, sobretudo com as perspectivas dos saberes populares.

Então quando eu terminei a graduação eu já tinha esse interesse em conhecer a Educação Popular, que eu já chamava por esse nome mesmo. Então eu resolvi fazer o mestrado na Educação.
(RC)

Sobre o ato de designar, de nomear, Negri (2006) afirma, sobretudo, que pode ser mesmo um ato revolucionário, na medida em que confere visibilidade social e política à sujeitos ou a fatos sociais, mas que também, de outro modo, ao passo em que nomear significa identificar, essa identificação pode ser “a primeira etapa da neutralização da força de invenção coletiva e sem nome que é a multidão” de subjetividades.

Então eu vinha nessa linha com alguma reflexão da Saúde Pública, da saúde comunitária. Mas a escolha do Mestrado não foi na antropologia, foi na Educação,

porque ao longo do trabalho apareceu a Educação Popular e aí apareceu o Paulo Freire, aí eu li Pedagogia do Oprimido inteiro. Eu o li numa viagem de ônibus de Fortaleza até Porto Alegre, o sublinhei inteiro. A sensação que eu tive foi de que eu voltei politizado dessa viagem.

(RC)

Quando eu chego ao Ceará com a criação da Saúde da Família, antes mesmo do Programa Saúde da Família (PSF) ser efetivado – em julho ou agosto de 1994 – a gente teve a oportunidade de fazer essas provocações pra trabalhar a saúde. E ali eu fui encontrando o povo da educação que me dizia para ler Paulo Freire. A primeira vez que eu li Pedagogia do Oprimido foi uma coisa assim...eu lia e chorava – eu até me emocionou agora [enche o olho de lágrimas] – porque o homem tinha pensado todas as coisas que eu tava vivendo e eu não sabia de teoria nenhuma. E eu fui compreendendo a importância do que ele dizia, porque não era a teoria que orientava a prática, era a prática que criava uma teoria. E essa teoria servia para criar novas teorias e novas práticas. Era o conceito de práxis que ele trazia. Então ali eu começo a estudar educação popular, ainda de forma muito autodidata. E a gente segue fazendo coisas.

(VD)

Para o foco dessa Dissertação, a identificação da Educação Popular como tal, se assemelha mais a um ato revolucionário, pois essa sua designação permitiu uma ampla divulgação e, portanto, uma maior visibilidade das práticas educacionais dos saberes populares que vinham sendo desenvolvidas, agregando-lhes mais sujeitos que vinham se qualificando para uma efetiva participação social também em outras searas sociopolíticas – conforme inferido da fala de VD, acima. Pois esses sujeitos estavam mesmo pensando sobre suas práticas, ou, nos termos freireanos, estavam construindo a *práxis*, que constitui o imprescindível movimento denominado de “ação e reflexão” (Freire, 1987), sem a qual os homens não conseguem transformar o mundo, impossibilitando, assim, “a superação da contradição opressor-oprimidos” (idem).

Sobre o mencionado preceito da promoção da arte é necessário destacar que a mesma, em suas mais variadas formas de manifestação, tem sido um dos principais instrumentos pedagógicos aos quais os processos e práticas de educação popular têm recorrido como dispositivo de interação entre educador e educando e também como ativador de conteúdos temáticos que se pretenda desenvolver.

A gente fez muita coisa ali em Quixadá nessa perspectiva de trabalhar a arte e a saúde, o protagonismo das pessoas, o resgate da cultura popular.

(...) a terapia comunitária como espaço de escuta à população e a partir dela a articulação com várias linguagens, desde a arte, a auto-estima, a massagem, as plantas medicinais.

E a gente está recriando, por exemplo, quando o Cirandas³² chegou na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza todo mundo achava que éramos um grupo de animadores, porque a gente traz essa coisa da arte, da brincadeira. Mas hoje as pessoas não chamam mais a gente para animar os eventos. Hoje as pessoas pedem para a gente preparar uma reflexão para o início de um encontro. O que a gente leva pode vir de uma forma poética, mas é uma provocação, traz elementos que problematizam, que refletem as contradições e que ajudam as pessoas a pensarem e a construir os seus caminhos.

(VD)

É freqüente que os educadores populares sejam considerados apenas pelo uso que fazem desses instrumentos lúdicos e, em geral, assim o são por seus críticos que tem desse modo a intenção de reduzi-los a meros animadores de públicos. No entanto, esse caráter se faz mesmo necessário à prática da educação popular, pois nela não cabe a linearidade da educação tradicional formal e porque são esses mesmos os instrumentos por meio dos quais melhor se comunica educacionalmente o saber popular.

“[Educação Popular] não se confunde com dinâmica de grupo usada como instrumento tático e atrativo para animar pessoas e grupos. As dinâmicas são recursos necessários para estimular a participação e a cooperação. Não é um método fácil que populariza a complexidade, embora faça o esforço criativo de traduzir conceitos abstratos em linguagem cotidiana e simples” (Barros, 2007).

Ainda porque, como esclarece Matraca, Wimmer e Araújo-Jorge (2009), o conceito ampliado de saúde, compreendido na perspectiva da sua promoção como um recurso para a vida e não simplesmente como um objetivo para viver – como elucidado acima – deve conceber ações que trabalhem “a arte, ciência e cultura para o

³² O projeto *Cirandas da Vida* teve início no ano de 2005 e configura-se como uma ação estratégica do “[Sistema Municipal de Saúde Escola](#) de Fortaleza”, Ceará. É uma iniciativa dos movimentos populares articulados pela ANEPS vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no “contexto da educação permanente e centrada nos princípios e práticas da educação popular na luta pelo direito à saúde de qualidade para todos”. Tem a intenção de “desenhar coletivamente uma proposta de educação popular que construa um olhar multireferencial na interface entre atores populares e institucionais, para dialogar sobre ações coletivas de enfrentamento às situações-limite apontadas pela população, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade social de Fortaleza”. (Acessado em: <http://cirandasda vida.blogspot.com/>)

exercício do diálogo” (Matraca, Wimmer e Araújo-Jorge, 2009), pois “não há saúde sem celebração e manifestação de identidades culturais”³³, para a efetiva promoção da “participação autônoma, crítica e coletiva” (idem).

E eu entrava como homeopata e também como artista popular fazendo trabalho com teatro na comunidade, discutindo os problemas que a comunidade apontava e juntado nos grupos todas as gerações de uma família.
(VD)

Além de RC que já fez parte de instituição gestora de políticas de saúde e que atualmente ainda faz parte de uma instituição que interfere na formulação e na avaliação das políticas de saúde – como supramencionado –, VD e SC também tem experiências com práticas da gestão, seja atuando pontualmente em instâncias de governo, seja como representantes dos movimentos sociais dos quais fazem parte na interlocução com tais instâncias.

Aí em 1989 eu assumi a Escola de Saúde Pública e tive a oportunidade de formular uma política de educação na saúde para o estado do Rio Grande do Sul. Era preciso conversar com as universidades para que elas pudessem ter outros eixos formativos nas graduações em saúde, discutir cultura, educação e outras coisas. Então veio a demanda para a Escola fazer a formação de conselheiros e eu comecei a usar a Educação Popular para conversar com movimentos sociais. Então eu fui atrás do que era chamado de Movimentos de Mediação da Cultura ou Educação Popular. Os centros de Educação Popular se descreviam lá no RS como mediação pedagógica da cultura com o conhecimento em saúde. Então eu criei dentro da Escola uma formação que era com a universidade e uma que era com a Educação Popular. E eu chamei de Educação Popular a que era com os movimentos sociais. Essa foi uma gestão que durou de 1989 a 2002.
(RC)

Então de 1983 a 85 o MOPS deu uma arrancada muito grande nos Estados, geral. E Mato Grosso foi muito marcante. Aí muito integrantes do MOPS entraram para a gestão acreditando que dava pra mudar as coisas, fazendo melhor para o SUS. E nessa época nasceu o SUS também. Então muitos desses atores que lutaram para a construção do SUS e desses movimentos foram trabalhar no SUS, inclusive os Agentes

³³ Essa concepção serviu como emblema para a elaboração e a realização do espaço cultural da 13ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2007, que contou inclusive com a intensa participação de dois desses autores, permitindo assim uma maior aproximação entre os espaços institucionais do controle social na saúde e os atores e as práticas da Educação Popular em Saúde.

de Saúde foram depois, mas era uma luta do MOPS a contratação dos Agentes de Saúde pelo SUS, mas com esse foco que a gente está discutindo agora na ANEPS, com esse olhar. Mas tem pessoas que não acreditam que será diferente, porque os Agentes são contratados e depois têm que se enquadrar naqueles formulários, desses sistemas rígidos, onde você não pode escrever uma linha fora, porque não cabe dentro do relatório, não tem aonde você encaixar tal coisa. Houve então uma priorização de como trabalhar os desafios políticos que vinham. E aí foi se formando um grupo seletivo do MOPS. Hoje quem você encontra no MOPS que tem trabalho concreto mesmo? Que tem esse movimento que movimenta as práticas de saúde, que movimenta a política de saúde? Muitos se tornaram Conselheiros achando que a partir dali era possível fazer a mudança. Eu entrei no Conselho e vi que dificilmente você muda, porque você é uma só. E dentro do Conselho são tantas coisas da gestão, que em certo momento você acha que tem que responder a questão do gestor e se esquece...eu ouço muito os conselheiros dizerem que não tem tempo [pra responder aos movimentos sociais] porque tem que responder às coisas das políticas da gestão. E é aí aonde a gente perde esse elo com os movimentos, com as práticas. Esse retorno da discussão da política de saúde do estado ou do município ela se perde, porque o Conselho fica muito restrito à questão da gestão. E as demandas da gestão são muitas...são tantas PPs, tantas PPIs, que você se perde no meio delas. E fazendo esse diálogo, tentando ampliar a questão do diálogo entre as práticas, os movimentos, a extensão das universidades, das instituições de ensino em geral, como as escolas de saúde, os gestores do SUS. E estas pessoas estão reconstruindo a história do SUS, a história dos movimentos, da caminhada.

(SC)

Eu fui trabalhar na Saúde da Família em Fortaleza e nesse tempo todo eu fazia o diálogo com a homeopatia. Só que pra gente fazer um trabalho educativo nós tínhamos que pactuar, aí a gente combinava “você cuida dos meus pacientes enquanto eu faço um trabalho educativo”, porque na gestão nós tínhamos que fazer um quantitativo de consultas. E depois a possibilidade de trabalhar na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza construindo um projeto que foi apontado pela ANEPS – que foi uma Articulação em que eu me envolvi desde o início. Eram os movimentos sociais apontado para a gestão uma proposta de Educação Popular, de fazer o diálogo da gestão com a comunidade. E aí enfrentar o desafio de estar conduzindo esse processo, o peso de representar a gestão, porque até então toda a minha vivência era de diálogo com esses movimentos. Quando o Cirandas da Vida começou havia uma dificuldade muito grande dos Cirandeiros e minha própria de se ver nesse lugar da gestão, porque nós nos víamos sempre no lugar do movimento popular, no máximo eu me via como trabalhadora da saúde e em determinado momento estive vinculada ao movimento sindical. Mas hoje eu vejo a riqueza que é isso. Essa possibilidade de você olhar de vários lugares. A concepção que eu tenho hoje de Educação Popular – porque

ela vai mudando a cada dia, não pode nem deve ser estática, a própria Educação Popular tem como concepção básica o inacabamento, ela jamais poderia ser uma verdade – mostra a possibilidade de estar construindo esse diálogo entre coisas que são tão diferentes. E pra eu pensar em diálogo eu preciso pensar que o outro é um legítimo outro, que pode ter uma fala discordante da minha, mas que podemos encontrar os pontos de conexão. Pra mim a Educação Popular me diz que eu não vou encontrar no que eu difiro do outro, mas o que eu posso construir com o outro. E ela me diz também que isso tem que ser um ato político permanente e que isso tem que apontar para que eu e o outro se libertem e que construamos nosso caminho de emancipação e de autonomia. E isso na gestão que é hierárquica, que é burocratizada é um grande desafio, mas também uma grande possibilidade. Por exemplo, nós conseguimos incluir a Educação Popular no desenho da Teia de Co-gestão, pensada como um desenho institucional pelo município de Fortaleza. Incluímos uma roda de Educação Popular. Mas, apesar de eu ser ouvida, de eu sempre ter tido espaço de fala, mesmo sendo uma pessoa que questionava, nós nunca conseguimos colocar a Educação Popular como tema de pauta das rodas da Teia da Co-gestão. O tema de pauta era a Cirandas da Vida, que aparecia continuamente nas falas, nos processos, mas nós nunca conseguimos ser o foco da discussão. E isso a gente compreende também que é um processo, porque o espaço da gestão ainda é muito duro. Desde o início do ANEPS nós apostamos na possibilidade do diálogo entre os três espaços: a gestão, a formação e os movimentos. E naquele primeiro momento havia uma gestão que não dialogava com os movimentos, então nós ficamos muito fora da gestão. Nós conseguimos o diálogo em âmbito nacional, mas não o conseguimos nem estadual nem localmente. Outro momento importante no diálogo com a gestão foi a Terapia Comunitária, que em seu movimento nacional conseguiu pressionar a gestão municipal de Fortaleza a realizar atividades de TC, bancadas pelo Ministério da Saúde, a prefeitura entrava somente com a infra-estrutura para o momento dos Encontros e então formou Terapeutas Comunitários nesse processo da rede Saúde-Escola, também dos movimentos sociais e criou algumas Ocas Terapêuticas, que são espaços que estão junto a uma unidade de saúde, que tem aqueles massoterapeutas formados e pessoas do movimento popular que já atuavam com essas práticas. Mas algumas unidades de saúde que incluíram e eles trabalham juntos – o terapeuta que é enfermeiro, ou assistente social da unidade de saúde e uma pessoa da comunidade. Hoje uma dessas Ocas é coordenada por uma massoterapeuta da Associação Mulheres em Movimento, que agora foi contratada como coordenadora, mesmo sem ter nível superior, e tem um salário igual à de um coordenador.

(VD)

Essas falas trazem muitos elementos que revelam sobremaneira a relação que vem se estabelecendo entre os atores da educação popular e as instituições de

governo, em seus diferentes níveis, no que concerne fundamentalmente às práticas de saúde desenvolvidas nos serviços do SUS, aos processos formativos dos trabalhadores e conselheiros da saúde, a atuação dos movimentos sociais quando no papel de gestores, dentre outros correlatos. Relação essa que começa a se estabelecer a partir da articulação inter-organizacional dos movimentos sociais, ilustrada pelas suas redes associativas, que representam um conjunto de organizações e movimentos do associativismo local – aqui a ANEPS se configura como tal, pois reúne diversos movimentos de atuação mais focalizada, como os MOPS, o MMC (Movimento de Mulheres Camponesas), o MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra) e outros – que “buscam se relacionar entre si para o empoderamento da sociedade civil” (Scherer-Warren, 2006), para então, por meio mesmo dessas formas de mediação, constituir a “interlocução e as parcerias mais institucionalizadas entre a sociedade civil e o Estado” (idem).

É necessário ressaltar que essas redes de movimentos sociais, entendidas como sujeitos coletivos identificados em torno de “valores, objetivos ou projetos em comum, os quais definem os atores ou situações sistêmicas antagônicas que devem ser combatidas e transformadas” (Scherer-Warren, 2006), tem tido gradativamente mais relevância nesse atual cenário sociopolítico das relações entre a sociedade civil e o Estado. Visto que o governo federal vem assumindo, desde 2003, uma postura de diálogo com os movimentos sociais, – o número crescente de realização de Conferências e de demais mecanismos para a promoção da participação social nos espaços das políticas públicas ratifica essa assertiva – a articulação dessas redes se revela então como uma estratégia fundamental para a garantia de visibilidade desses grupos e suas demandas perante o Estado, bem como para a conseqüente e necessária produção de impacto na esfera pública (Scherer-Warren, 2006), a fim de que sejam obtidas assim as conquistas para a cidadania.

Os mencionados elementos presentes na falas dos entrevistados apontam ainda principalmente para a direção que a educação popular vem tomando na interação com os espaços institucionais das políticas de saúde. Qual seja a sua constituição como um campo de educação popular em saúde tem caminhado na

perspectiva de sua institucionalização, compreendida como o “processo de organização dos saberes, práticas, processos de formação de atores para a saúde e de novas relações entre população e serviços, oriundos de experiências que vem se acumulando desde os anos 70” (Pedrosa, 2008).

Essa institucionalização se reflete sobretudo na incorporação, pelo Ministério da Saúde, a partir de 2003, da educação popular como parte de sua estrutura oficial – como explicitado acima. Primeiramente na Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, subordinado à SGTES, os princípios da educação popular se transfiguraram em estratégias de trabalho, cujos objetivos centravam-se no fortalecimento e na qualificação tanto do controle social na saúde, como do “diálogo com os movimentos populares, na perspectiva de ampliar a esfera pública de participação da sociedade civil” (Pedrosa, 2008), possibilitando assim um controle social mais efetivo. O entrevistado RC foi um dos principais gestores que instituíram essa Coordenação, como é possível constatar em sua fala, abaixo.

Em 2003 eu vim para o Ministério da Saúde – e fiquei até 2005 – com a tarefa de organizar a educação em saúde. E eu pensei “agora eu já sei como é que faz”. Tem três grandes áreas: uma que é educação superior, uma que é a educação técnica e nós temos que investir na profissionalização dos trabalhadores, e uma que é a Educação Popular. Então eu inventei um Departamento de Gestão da Educação na Educação que tinha três coordenações: educação popular, educação técnica e educação superior. Tudo dentro da SGTES. E tudo isso tinha que ter um inter cruzamento que era feito pela educação permanente em saúde. Porque se a educação permanente queria dizer serviço-trabalho, os serviços se encontram com os usuários. E como a gente tem as evidências de que o encontro tem sido com os usuários e não com as doenças dos usuários? Então tinha que adensar a interlocução com os usuários. Então a Coordenação de Ações Populares de Educação tinha que servir principalmente como um adensamento do encontro com os movimentos sociais e que pudesse, na convivência com a educação técnica e superior, ter essa dimensão de uma interlocução direta, permeável e transversal, com a densidade do que é uma Educação Popular, para que nos não fizéssemos uma profissionalização descolada do popular e uma educação superior descolada do popular. E o risco era tecnologizar. Então o popular vai fazer esse tensionamento todo o tempo.

(RC)

Em acordo com Pedrosa (2008), essa Coordenação teve como primeira função a articulação do processo de formação de conselheiros de saúde, como parte das metas a serem alcançadas pelo antigo Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS (PAFCS), cujas responsabilidades pela sua continuidade foram assumidas pela SGTES. Paralela a essa, a Coordenação também contraiu a função de negociar estratégias para a continuidade dessas ações de formação, por meio particularmente da ampliação das vagas para lideranças sociais, da dinamização de metodologias pedagógicas e da identificação de educadores populares. Com o objetivo então de estabelecer o diálogo com os movimentos sociais para que fossem viabilizadas essas estratégias, a Coordenação implementou, em conjunto com a Rede de Educação Popular e Saúde e com outros movimentos sociais parceiros, – conforme elucidado anteriormente – a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), desencadeando assim “um processo de reconhecimento das entidades, movimentos e práticas de educação popular [em saúde] e de mobilização por meio da realização de encontros estaduais” (Pedrosa, 2008), que permitiu a identificação de “mais de oitocentos movimentos que se articulavam na luta por saúde” (idem).

E como as universidades eram mais ou menos organizadas e o segmento popular não era aí a gente chamou a Rede de Educação Popular para conversar, eu integrava a lista virtual da Rede de Educação Popular, tinha convivência com o Eymard, com o Stotz, com o Valla, com o José Ivo, que eram pessoas de referência para o tema Educação Popular em Saúde e participação popular. Aí eu chamei a Rede de Educação Popular para conversar sobre como criar um lugar para a Educação Popular dentro da estrutura do Ministério. E imediatamente ficou claro que o diálogo não tinha que ser com a Rede, porque ela era formada majoritariamente por pesquisadores, isto é, não tinha o povo na Rede. A Rede de Educação Popular não era o segmento popular. Então a gente entendeu que tinha que ser outro interlocutor. Aí a gente inventou a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), porque aí eram os próprios lugares que faziam a mediação pedagógica. Então houve o reconhecimento de que o principal acesso a atenção a saúde que os segmentos populares tem é por meio da Educação Popular em Saúde, porque os principais cuidadores de saúde são os educadores populares em saúde. Então a gente criou a Articulação que tinha esse nome para justamente não ser uma entidade, mas principalmente para poder trazer para a cena os pequenos movimentos,

um monte de pequenos movimentos super locais, sem nenhuma noção de território nacional. E eu chorava efetivamente de emoção nas nossas grandes reuniões nacionais, porque eu pensava que estava trazendo para o Ministério da Saúde os índios, as parteiras, os ervateiros para discutirem a questão popular. Eu achava uma coisa maravilhosa.

(RC)

Desde então a ANEPS vem se consolidando como a principal interlocutora do Ministério da Saúde para o diálogo com os movimentos que promovem ações e processos de educação popular em saúde.

“A ANEPS constitui fóruns permanentes de educação popular nos estados, como espaço de escuta das necessidades, de formação de agentes sociais para a gestão das políticas públicas, de organização, de comunicação entre os movimentos e de mobilização popular” (Pedrosa, 2008).

Então tinha a criação de um lugar, o adensamento do que é o popular, que não vai existir nenhuma humanização no sistema de saúde se não tiver uma compreensão do que é o popular, cultura popular, as necessidades populares, a linguagem popular. E como a gente vai saber o que é isso se não tem lugar onde as pessoas se encontram e falam? Então tinha que ter esse lugar, por isso a criação da ANEPS. As dificuldades de criação da ANEPS foram o governo entender e parte da sociedade no sentido do interesse do capital, que olhava a transferência de recursos pro movimento, como se fosse uma forma de cooptação dos movimentos. Financiar os movimentos de Educação Popular era visto com o medo de transformá-los em movimentos de esquerda, ora, perfeito! E essa não é a lógica da captura, nem doutrinária, é a lógica do encontro. Porque eu posso financiar as universidades que tem filiação de classe e não posso financiar as filiações às classes populares? Então essa era uma dificuldade.

(RC)

Em 2005 a então Secretaria de Gestão Participativa é reestruturada passando a ser denominada como Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), absorvendo, desse modo, as atividades que eram de responsabilidade da supradita Coordenação de Ações Populares de Educação na Saúde. Essa mudança de endereço ocorre quando da formulação e implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, a ParticipaSUS (Brasil, 2009b), que compreende que a efetivação dessa gestão estratégica ocorre por meio também – além de vários outros processos expressos na Política – da promoção dos processos participativos de gestão

que integrem a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos, comitês técnicos, setoriais de saúde dos movimentos sociais, dentre outros; da constituição de “mecanismos de mobilização social que representem dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS” (Brasil, 2009b), ampliando assim os espaços públicos de participação; e do incentivo aos “processos de educação popular em saúde desenvolvidos no diálogo permanente com os movimentos populares” (Brasil, 2009b) e com outros atores para a ampliação e o fortalecimento da participação social no SUS.

No entanto, essa mudança, para o antigo representante institucional do MS, deve estar atenta para evitar que a educação popular seja distanciada das outras formas de abordagem e concepções da educação em saúde.

Em 2005 entra uma nova gestão no MS que entende a Educação Popular como uma área do controle social e não da educação. Essa foi uma diferença importante. Quando a Coordenação de Educação Popular vai para a Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) é importante porque o componente participação social está sempre atrelado à Educação Popular, como também era na SGTES. Mas na SGEP a Educação Popular se distancia das outras educações e pra mim não tem que ter esse afastamento, é tudo educação. Pra mim a Educação Popular transversalizava as outras. Então quando a Educação Popular vai para a SGEP é bom no sentido de estar na área da gestão participativa, da participação na formulação das políticas, mas é ruim por não ser mais um espaço formador de pensamentos, de desrupturas. Então tinha essa contrariedade. Mas foi bom também porque foi a primeira vez que a Educação Popular ganhou de fato um espaço gerencial na estrutura do MS e ela não pode ser extinta. O quadradinho saiu de uma Secretaria e foi para outra, mas não dá mais para tirar esse quadradinho. Dentro da SGTES a gente queria que a ANEPS fosse a representação do movimento popular em qualquer política de educação, seja na técnica, na graduação. Então a ida da Educação Popular para a SGEP eu comemoro, eu defendo. A linguagem da Educação Popular ajudou muito, ainda mais num governo popular, orientado pelo encontro com a população. Então não tinha como não aceitar, ou como rejeitar. Mas a Educação Popular no MS ainda tinha um pouco essa coisa de gueto. Porque é contra-hegemônico. E tudo o que ameaça, provoca medo. Mas quando o movimento popular quer alguma coisa ele senta e conversa, diferente de outros movimentos que fazem ruído. Os movimentos populares são muito orientados pelas teorias da dialética, pelas teorias da consciência, da ideologia. E isso foi difícil para a prática da gestão. Porque esses entendem o corpo, mesmo oprimido, como um território vivo de sensações.

Então tem muita dificuldade no campo teórico, no campo da formação de política pública. A área da educação parece ter mais capacidade de diálogo, mas também tem muita crítica, porque quando começa a trabalhar muito com necessidades populares ela também é acusada.
(RC)

Nesse momento a antiga Coordenação recebe a designação de Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social (CGAEP), passando a ser subordinada ao Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da SGEP. Cabendo-lhe duas ações programáticas, quais sejam a formação de agentes para o controle social e a promoção dos princípios da educação popular.

A educação popular, antes vinculada institucionalmente à área de educação na saúde, passa, dessa forma, a ser compreendida como um instrumento, um dispositivo para a promoção da participação social. Essa reestruturação institucional vem referendar um dos mais caros princípios da Educação Popular: a participação ativa dos sujeitos nos processos sociopolíticos decisórios, tanto no âmbito educacional, como em todos os outros espaços de interação social.

“Quando um ex-analfabeto do município de Angicos, pronunciando um discurso para o presidente Goulart (...), declarou que ele não era mais massa e sim povo, fez mais que uma simples frase: afirmou-se a si mesmo, consciente de uma opção. Havia escolhido a participação na decisão, que só o povo possui, e havia renunciado à dimensão emocional das massas. Havia se politizado” (Freire, 1979).

“Uma reinvenção da pedagogia implica uma reinvenção do poder, uma reinvenção do todo, da participação das massas que devem se manifestar em todos os projetos, tanto de saúde como de educação, como projeto político, como desenvolvimento, etc., em que os próprios elementos do conhecimento popular, das respostas populares, do conhecimento das resistências populares às ideologias dominantes, devem ser a base de toda uma estratégia e uma tática para construir uma nova sociedade” (Freire, 1985).

Não haverá mudança nenhuma na lógica da atenção, da gestão, nem da formação se não houver a participação dos usuários. E a maior quantidade de usuários é popular. Popular com esse sentido que não é o escolarizado, o intelectualizado, não é o

intelectual escolarizado, mas sim o intelectual popular. E é possível e tem que ser necessário conversar com essa linguagem do corpo e das sensações que esse popular traz.
(RC)

Em tempo, Valla (1998) ressalta que o conceito de participação popular é remetido em geral às classes populares, mas que pode e deve considerar também a participação da classe média, para que os diálogos sejam mais amplos e mais atores sociopolíticos se responsabilizem pelas posturas assumidas diante dos diferentes coletivos. Valla (1998) pede ainda máxima atenção para o papel dos mediadores da participação popular – profissionais e técnicos da classe média –, de modo que são esses que vão interpretar o que as classes populares reivindicam para levar tais demandas aos dirigentes políticos. Esses mediadores aqui podem ser compreendidos como os profissionais das mencionadas Coordenações. Entretanto – como demonstrado em algumas falas das duas representantes dos movimentos sociais entrevistadas – a educação popular em saúde tem tido o mérito de colocar seus próprios atores para exercerem o papel de mediadores na negociação com as instâncias de governo. Fato que em alguma medida indica que as intenções e demandas populares da saúde têm chances reais de serem plenamente incorporadas como políticas públicas de saúde.

Eu como membro do CNEPS³⁴ acho que ele foi uma conquista dos coletivos de Educação Popular, mas a gente precisa referendar aí o protagonismo da ANEPS, porque a luta por uma Política de Educação Popular em Saúde vem desde o primeiro encontro da ANEPS. Sendo então o resultado de um protagonismo dos movimentos e práticas que fazem parte da ANEPS. O CNEPS foi o que foi possível de construir no diálogo com a gestão. Eu vejo que o CNEPS é um grande desafio.
(VD)

Dentro da SGEP a educação popular vai ganhando uma dimensão institucional cada vez maior. Conforme explicitado acima, a CGAEP, em interlocução permanente e crescente com os interlocutores da ANEPS, constrói uma série de demandas que resultam na instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS).

³⁴ Elucidado abaixo.

Este é então criado pelo gabinete da SGEF com a proposta de se constituir como um canal permanente de diálogo da Secretaria com os movimentos sociais que trabalham com processos e práticas de educação popular em saúde.

Como é possível verificar na supracitada Portaria Ministerial que o institui, o CNEPS se apresenta fundamentado na necessidade do fortalecimento da gestão participativa como ação transversal presente nas ações e nos serviços de saúde, conforme expressa a ParticipaSUS, “que tem como um de seus princípios a afirmação do protagonismo popular na formulação, fiscalização, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde”. Assim, o CNEPS emerge considerando os princípios éticos, políticos e metodológicos da Educação Popular em Saúde para o fortalecimento da integralidade e da humanização das ações e dos serviços de saúde e para a qualificação e a inovação da participação popular e da democracia nas políticas públicas de saúde, compromissada com a emancipação e a cidadania da população brasileira. A Portaria expressa ainda a necessidade de mudanças nas práticas de saúde, com vistas à integração das práticas de Educação Popular em Saúde no âmbito dos serviços do SUS, bem como a relevância da sistematização, da divulgação e do aprimoramento dos conhecimentos em Educação Popular em Saúde para sua contribuição nos processos de formação e atuação profissional em saúde. Ademais o CNEPS é instituído também em consideração aos atuais programas do governo federal, que reafirmam a importância da qualificação da participação social para o fortalecimento das políticas públicas de saúde e às deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, referentes ao fortalecimento das experiências de protagonismo popular e à troca de saberes.

Dessa forma o CNEPS é instituído com os principais objetivos de formular, acompanhar, implementar e avaliar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS); elaborar estratégias de mobilização, para uma construção democrática e descentralizada da PNEPS³⁵; acompanhar os acordos negociados entre o

³⁵ Para tanto o CNEPS programou, no início desse ano de 2010, a realização de 6 (seis) Encontros Regionais de Educação Popular em Saúde, em acordo com as regiões geográficas brasileiras – sendo dois desses na região nordeste, devido a sua grande extensão territorial. Três desses Encontros já foram

Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde; apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; dentre outros.

A referida Portaria elenca também as entidades governamentais e não-governamentais que compõem o CNEPS – a mencionada Portaria nº 6, subsequente, designa nominalmente os representantes de tais entidades, os quais tomaram posse na primeira reunião do Comitê, organizado pela SGEP, em 16 de dezembro de 2009. Além das áreas técnicas do Ministério da Saúde que tem interface com a educação popular e de algumas de suas fundações e agências, têm também representação no CNEPS diversos segmentos da sociedade civil, como a ANEPS, a Rede de Educação Popular e Saúde, o MOPS, o MST, o MMC, a ANEPOP (Articulação Nacional de Extensão Popular), o MORHAN (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase) e outros. Chama atenção o fato de essa composição não ser paritária. Ao contrário da paridade de representações presente na maioria dos Comitês ministeriais, o CNEPS tem um número de representantes da sociedade civil maior do que do governo. Como proferiu o Secretário da SGEP, durante a realização da mencionada primeira reunião do CNEPS, isso se deu em respeito ao próprio processo de diálogo que, desde 2003, vem sendo construído entre os movimentos populares de saúde e o Ministério da Saúde, durante o qual o protagonismo desses movimentos foi peça fundamental que culminou no CNEPS.

Essa consideração por parte do ator institucional demonstra que as ações sociopolíticas desenvolvidas pelos atores da educação popular em saúde tem sido deflagradas numa perspectiva de protagonismo dos sujeitos e, talvez mesmo, de emancipação desses frente às práticas até então tradicionais da gestão federal³⁶.

O CNEPS pra mim é uma coisa muito importante, uma coisa sonhada. Embora não fosse o nome Comitê em si, mas é uma coisa que estava sendo construída e conversada na ANEPS há muito tempo – como a gente vai fazer para abrir esse canal de diálogo

realizados – nas regiões Centro-Oeste (anexo), Norte e Sudeste – e os resultados das discussões que se travaram estão sendo sistematizados na versão preliminar da PNEPS (anexa).

³⁶ Essa relação respeitosa com o referido Secretário pode ser constatada em Carta redigida pelo próprio (anexa), em razão do supracitado III Encontro Nacional da ANEPS.

com a gestão? Embora não tivesse esse nome de Comitê. Eu acho que o CNEPS é uma saída desde que a gente não perca, como já perdeu algumas vezes, essa meta do sonho de construir coletivo e de segurar as pontas, porque não adianta construir e soltar depois, tem que construir, participar e cobrar mesmo. Acho que a PNEPS vai ter sentido na medida que a gente não abandonar essa conversa com todos, desde as práticas até a gestão. Eu acho que essa construção é positiva por isso, porque ali dentro a gente tem as várias representações. Eu estava olhando esses dias e ela não é paritária, mas é o conjunto que discute questão da política da saúde. Porque não adianta os movimentos construírem uma política sozinhos e depois ter que discutir em outra instância e mais outra e mais outra. Se a gente constrói isso já no coletivo, ela já sai pronta. Agora esse pronto não quer dizer acabado, terminado. Esse pronto tem que ser alimentado. É como uma criança: ela nasce perfeita, chorando, depois vai falar, depois vem a adolescência e tudo precisa de cuidado. Se você tem uma criança e solta, ela morre. Assim é o CNEPS. Se a gente constrói tudo bonitinho, como a gente está fazendo e depois soltar, largar, perde o sentido. Para as pessoas e para o SUS não será uma garantia, eu acho, mas um avanço em tudo o que a gente construiu até agora, acho que é uma etapa de toda essa construção do SUS.

(SC)

O CNEPS é um instrumento que vai depender de nós, os atores que estamos ali diretamente e que falamos de um lugar, que trazemos os movimentos que estão nesse lugar e que isso seja um diálogo permanente. Isso a gente precisa trabalhar pra não virar tantos outros espaços coletivos que se criam. O CNEPS não pode então virar um espaço da democracia representativa, pra mim ele tem que ser um instrumento de uma possibilidade de democracia participativa efetivamente

(VD)

A relação da educação popular com diferentes atores e processos institucionalizados vêm sendo há muito tecida. O próprio Paulo Freire veio a se tornar Secretário Municipal de Educação da cidade de São Paulo no ano de 1989, momento em que afirmou que aceitar tal desafio era, “na sua história, uma exigência ética” (Talher, 2009). No âmbito das políticas públicas essa relação vem se fortalecendo principalmente a partir do ano 2003, especialmente para os processos de gestão federal da saúde, conforme demonstrado acima, mas também para as diversas áreas setoriais desse governo. Em exemplo, por meio de ações conjuntas com a sociedade civil organizada – a saber, a Rede de Educação Cidadã se configura como o principal

interlocutor não-governamental³⁷ –, o Gabinete Pessoal do Presidente da República vem estimulando discussões e ações intersetoriais que promovem a educação popular como dispositivo para a construção de políticas públicas cidadãs e emancipatórias (anexo).

Colocam-se aqui os dilemas entre o instituinte e o instituído. A educação popular se configura como o instituinte, como a “contestação e a inovação” (Carrion e Barros, 2007), que possibilitam o movimento e, por vezes, o estabelecimento de novos valores. As práticas e os processos da gestão de saúde são o instituído, as normas e os valores já estabelecidos.

“O instituído e o instituinte não representam respectivamente o mal e o bem, mas simplesmente forças distintas em luta constante” (Carrion e Barros, 2007).

E é por essa luta, uma luta que vem se fazendo dialogicamente, que a educação popular revela sua força instituinte para provocar e recriar o instituído. Pois essa sociedade instituída, em forma de leis, políticas e estruturas, necessita mesmo da sociedade instituinte para avançar, na mesma medida em que esta última pode vislumbrar na sociedade instituída seu projeto de transformação permanente.

No entanto, é preciso estar atento para as ‘armadilhas’ desse processo de institucionalização das forças instituintes. A fim de se evitar que as intenções transformadoras dessas últimas não tenham seu caráter fundamental de inovação reduzido pelas amarras do instituído.

“Em outras palavras, (...) resta a questão da construção permanente do sujeito, aquele que poderá transformar novamente o instituído em instituinte, para de novo institucionalizar-se” (Fleury, 2009).

³⁷ A Rede de Educação Cidadã é uma articulação de diversos atores sociais, entidades e movimentos populares do Brasil que assumem solidariamente a missão de realizar um processo sistemático de sensibilização, mobilização e educação popular da população brasileira e principalmente de grupos vulneráveis econômica e socialmente (indígenas, negros, jovens, LGBT, mulheres, etc), promovendo o diálogo e a participação ativa na superação da miséria, afirmando um Projeto Popular, democrático e soberano de Nação. O trabalho da Rede, presente nos 26 estados e no Distrito Federal, conta com a adesão voluntária de mais de 500 educadores(as) populares e com a ação de 150 educadores(as) contratados(as) por meio de convênio celebrado entre a Secretaria Especial dos Direitos Humanos e o Instituto Paulo Freire. (Acessado em: <http://www.recid.org.br/index.php>)

Conclusão

Na relação dialógica que os movimentos sociais de educação popular em saúde vêm construindo com os processos e as práticas da gestão de saúde pública no Brasil diversos dilemas, conflitos e perspectivas potencialmente inovadoras se apresentam.

Ao passo em que a educação popular em saúde se constitui como um campo teórico e prático, que se fundamenta no humanismo como lógica de (re)orientação e promoção de relações sociopolíticas mais solidárias e menos assimétricas e que tem no pensamento de Paulo Freire sua matriz ideológica, o autoritarismo vigente na “cultura sanitária” (Pedrosa, 2004) é posto então em questão. Assim, torna-se viável a emergência de novos e diferenciados modos de “lutar pelas transformações das relações de subordinação e opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução dos saberes com as práticas” (Pedrosa, 2004).

Os princípios da educação popular se configuram então como instrumento para a gestão das práticas sanitárias. Isso porque, os sujeitos sociais partícipes dos processos de educação popular em saúde – sejam parte dos movimentos sociais, ou da gestão – ao freqüentarem as arenas decisórias que compõem as práticas de gestão participativa, manejam “recursos de poder” que circulam na saúde, acumulando assim “poder político para definir projetos de intervenção” (Pedrosa, 2004). E terminam por encontrar na Educação Popular “um dispositivo para agirem além da sensibilização promovendo o agenciamento para fortalecer o controle social e a luta por saúde” (Pedrosa, 2004).

Tal projeto de intervenção, para o foco analítico pretendido por essa Dissertação, se revela no processo de institucionalização pelo qual a educação popular em saúde vem passando. Desde a sua instituição como área técnica do Ministério da Saúde, primeiramente vinculada à Secretaria responsável pelos processos de educação em saúde – a SGTES – e posteriormente rearranjada para a Secretaria responsável pelos processos de participação social – a SGEP –, até a constituição de um lócus institucional específico – o CNEPS – e os primeiros esboços de sua caracterização como

política pública – a PNEPS –, a educação popular em saúde se defronta com um dilema basilar: seu crescente processo de institucionalização possibilita que seus princípios fundamentais se mantenham e, até mesmo, se fortaleçam, ou aponta para a sua descaracterização como um movimento contestatário, conforme pretendido em sua origem?

Pelo demonstrado nos capítulos precedentes é possível inferir que, nos espaços de gestão participativa supracitados, onde os atores da educação popular têm atuado, o protagonismo desses como sujeitos sociopolíticos tem sido uma prática constante. Fato que ratifica um dos preceitos fundamentais da educação popular, o protagonismo dos sujeitos nos processos decisórios para a construção de caminhos viáveis à emancipação socioeconômica dos mesmos. Conforme claramente expresso no componente “Gestão Participativa e Controle Social no SUS” da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – a ParticipaSUS:

“Reconstrução do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção da saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS” (Brasil, 2009b).

Outra inferência concerne às mudanças que vem acontecendo em diversas experiências dos serviços dos SUS, em localidades distintas do país. O que revela que a *práxis* da saúde vem se modificando em acordo com o movimento que o conceito freireano denomina de ação-reflexão. Como exemplificado pela fala da entrevistada VD, em referência ao caso do Ceará, abaixo.

Hoje nós temos 32 unidades de saúde que aplicam o reike e não teve nenhum profissional de reike que foi contratado. Nós aproveitamos os trabalhadores da saúde que estavam ali, desde o Agente Comunitário de Saúde até o médico, e os formamos em reike – que é uma prática que vem do Japão, mas que foi apropriada pelos movimentos populares – e com certeza ampliamos o seu olhar sobre a saúde. Formamos 150 pessoas. Num primeiro momento tivemos um projeto com a SGEF para financiar essa formação e depois que o dinheiro acabou, as pessoas que foram formadas começaram a formar outras. E hoje nós temos 21 mestres de reike. Um diretor de um hospital municipal de Fortaleza mandou para a nossa formação 3 fisioterapeutas que hoje aplicam o reike, um deles fez também o shiatsu, outro fez a reflexologia e o outro fez a Farmácia Viva. E hoje eles usam o espaço da fisioterapia do

hospital para trabalhar essas práticas. Agora eles estão criando um Centro Holístico de práticas integrativas e complementares no hospital municipal e vão ser agora um pólo formador de reike. E é um hospital público e nós não tivemos ninguém contratado para isso. E agora tem um monte de outros trabalhadores do hospital que querem fazer a formação, porque vêem os resultados e as diferenças do que esses meninos vêm fazendo dentro do hospital. Então a gente também está fazendo esse tensionamento.
(VD)

O próprio processo de institucionalização da educação popular em saúde pode mesmo ser interpretado como uma ratificação de um dos princípios mais caro à educação popular, qual seja a emancipação política dos sujeitos em direção a um possível rompimento com as relações sociais, econômicas e políticas de opressão. Como pode ser observado no discurso do Secretário da SGEP, abaixo, em entrevista concedida a uma revista especializada em saúde, quando questionado acerca da relevância da constituição da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

“Neste cenário, muitos desafios se apresentam. Destaco um primeiro que é o de nos prepararmos para uma nova concepção de sociedade e desenvolvimento que se contraponha a sociedade do consumo na qual a participação seja construída no caminho da emancipação popular” (Entrevista, 2010).

A formulação da PNEPS, em curso nesse momento, se manifesta como o ponto culminante da institucionalização da educação popular em saúde. Mesmo ainda em suas primeiras fases de construção, essa Política já consegue demonstrar que seu processo está se dando com ampla participação social. As estratégias para a elaboração do seu texto vêm sendo implementadas majoritariamente pelos movimentos sociais e/ou populares implicados. Como foi explicitado anteriormente, seis Encontros Regionais de Educação Popular em Saúde vem sendo realizados sob a coordenação desses movimentos, contando com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde³⁸.

Nós temos que brigar para que seja uma Política de Estado e não uma política partidária, temos que parar de ficar pedindo favor. A gente tem que se chegar

³⁸ Apoio que, por vezes, tem encontrado dificuldades administrativas para se efetivar – como esclarecido na mencionada carta do Secretário da SGEP (anexa). Fato nada incomum da administração pública.

naquela pessoa da gestão que é mais sensível à Educação Popular, aos movimentos populares. Então eu acredito que enquanto houver esse sonho de acreditar que se você vai passando o seu conhecimento e valorizando o que o outro sabe, se respeitando mutuamente, a gente vai colaborando nessa construção da Educação Popular, da política. Porque a Educação Popular não se constrói por si, precisa de pessoas, precisa de pessoas juntas, de sonhos juntos. Educação Popular pra mim é esse respeito entre os saberes. Eu tenho o meu, você tem o seu, a academia tem o dela, os gestores tem o dela, mas que a gente possa dialogar um respeitando o outro. Eu acho que o dia que a gente conseguir realizar esse sonho, nós estaremos abrindo as portas da Educação Popular. E eu acho que por enquanto nós estamos numa janela forçando para abrir a porta.

Quando a gente construir a PNEPS, construindo da maneira que a gente está fazendo, com esses Encontros onde as pessoas se manifestam, os seus sonhos, seus desejos e colocando o que elas acreditam e a maneira como elas querem, aí sim a gente vai abrir essa porta.

(SC)

Nesse sentido, como bem esclarece Vasconcelos (2004), a Educação Popular não se resume mais a uma atividade a ser implementada nos serviços, mas se configura como uma “estratégia de reorientação da totalidade das práticas ali executadas, na medida em que investe na ampliação da participação que, dinamizada, passa a questionar e reorientar tudo”.

Nessas quatro últimas décadas de experiências de educação popular no campo da saúde, já foi possível acumular um valioso saber em relação às “diretrizes para a gestão das políticas de saúde” (Vasconcelos, 2004), as quais devem revelar capacidades que viabilizem a ampliação das “relações de troca cultural entre os serviços e a população” (idem). Sendo assim, o capital intelectual e político, acumulado até esse momento pelos atores da educação popular, permite apontar para a potencial viabilidade da implementação de uma política bem desenhada e com recursos bem destinados, que ocupe definitivamente o lugar das “simpatias e dos discursos enobrecedores à educação e à promoção da saúde” (Vasconcelos, 2004) que muito pouco contribuem para a efetiva mudança da concepção biomédica e da estrutura vertical dos serviços e das políticas de saúde – sua superação é meta chave para os sujeitos da educação popular.

“(...) há hoje um saber significativo sobre os caminhos administrativos e as estratégias políticas para utilização da Educação Popular como instrumento de gestão de políticas sociais. (...) A Educação Popular é um saber 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” (Vasconcelos, 2004).

No âmbito da gestão participativa no SUS, a educação popular pode ser interpretada em acordo com três dimensões (Pedrosa, 2008), quais sejam, como um projeto político de ampliação dos espaços de interlocução entre a gestão do SUS e os movimentos sociais; como um dispositivo que mobilize a população pelo direito e pela equidade em saúde; e como uma “estratégia pedagógica” (Pedrosa, 2008) que propicie a formação de “sujeitos críticos e propositivos com potencialidade para formulação e deliberação de projetos políticos” (idem).

A primeira dessas dimensões se expressa no supramencionado processo de institucionalização da educação popular no Ministério da Saúde, que se reflete pela crescente ampliação desses espaços de interlocução – as áreas técnicas da SGTES e da SGEP, o CNEPS e a elaboração da PNEPS. E a segunda e terceira dimensões são os meios estratégicos lançados mão para a consecução da primeira.

Entretanto, é claro que essa relação constituinte da educação popular com a gestão participativa no SUS não se dá dessa forma que, até aqui, pode ter parecido simples. Para a formulação de toda e qualquer política pública faz-se necessária a instituição de arranjos institucionais burocráticos que sejam capazes de “operacionalizar respostas” (Pedrosa, 2008) às diferenciadas demandas da sociedade. Porém, tais arranjos devem ser mesmo capazes de traduzir o mais fielmente possível as necessidades da sociedade civil em políticas de Estado.

“Em outras palavras, processos que transformem as subjetividades (recursos de poder simbólico) apresentadas pelos movimentos em potência para exercer o protagonismo” (Pedrosa, 2008).

Tradução essa que revela as nuances do relacionamento sobremaneira tenso, mas não por isso menos construtivo, do Estado com a sociedade civil. Isso porque o processo de negociação das demandas dessa última com as ofertas apresentadas pelo poder burocrático do Estado depende de variadas disposições políticas de ambos os lados. Do lado do Estado está uma estrutura pouco maleável, muitas vezes refém do contexto político-partidário aonde se encontram os atores que estão no comando do poder. Do lado dos movimentos sociais está a permanente tensão entre “participar com e através do Estado para a formulação e implementação de políticas públicas ou em ser um agente de pressão autônoma da sociedade civil” (Scherer-Warren, 2006). E, decorrente dessa participação, emergem diversos conflitos, como a imanente profissionalização dos movimentos, que “gera a reprodução de formas tradicionais (hierarquia, burocracia, etc) nos modos de organização dos coletivos” (Pedrosa, 2008); a existência de lideranças que se arvoram como ‘donos’ dos movimentos não representando efetivamente as demandas dos coletivos locais; a correlação de forças desiguais existente entre o Estado e os movimentos, que “sempre guarda em si o risco de cooptação” desses últimos que, seduzidos pela facilidade de acesso aos instrumentos de poder e às benesses providas pelo Estado, terminam se distanciando dos movimentos que antes representavam (Pedrosa, 2008); dentre outros tantos tensionamentos revelados por essa complexa relação entre sociedade civil e Estado.

Tais tensionamentos demonstram, ainda, o campo de forças no qual se deflagram as interações sociais e simbólicas de tais atores sociopolíticos. Campo esse entendido por Bourdieu (1984) como o espaço social onde esses agentes travam suas lutas políticas em prol da conservação ou da transformação da estrutura desse mesmo campo.

“Para que um campo funcione é necessário que haja paradas em jogo e pessoas prontas a jogar esse jogo, dotadas de ‘habitus’ que implica o conhecimento e o reconhecimento das leis imanentes do jogo, das paradas em jogo e etc” (Bourdieu, 1984).

Essa luta da educação popular em saúde com os processos institucionais do Estado caminha no sentido mesmo da transformação da estrutura do campo de forças

que os envolve. A proliferação das práticas participativas da educação popular nos já referidos espaços públicos aponta para a participação cidadã como o elemento substantivo que possibilita a ampliação efetiva da base democrática de controle social sobre as ações do Estado.

“Estas práticas participativas geradas tanto a partir das organizações da sociedade civil como da ação indutora do Estado criam uma sinergia capaz de alterar substantivamente a relação entre ambos os atores. Neste processo, amplia-se e aprofunda-se a prática da democracia e constrói-se uma cidadania ativa” (Pontual, 2006).

O processo de construção dialógica sobre o qual vem se pautando a corrente elaboração e a futura implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde representa a potência dessa transformação. A institucionalização ascendente da educação popular no âmbito da gestão da saúde pública aponta para o importante papel da educação popular na perspectiva da qualificação ética e política dos movimentos sociais e dos governos de Estado, para a melhoria das suas capacidades de “intervenção na elaboração e gestão das políticas públicas” (Pontual, 2006). E, portanto, para a transformação possível das vigentes relações verticais dos serviços de saúde, da integração dos saberes populares aos mesmos, da ampliação da participação popular nos espaços públicos, dentre outras reconfigurações correlatas que reiteram a educação popular como uma potência constituinte (Negri e Cocco, 2005) diante dos poderes constituídos.

Bibliografia

ABRUCIO, Fernando Luiz. (2002) *Os Barões da Federação – os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec. 2ª Edição.

AVRITZER, Leonardo. (1999) *Teoria democrática, esfera pública e participação local*. Revista Sociologias, nº 2. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS. Acessado em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/sociologias>

AVRITZER, Leonardo. (2008) *Instituições Participativas e Desenho Institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático*. Campinas: Opinião Pública, vol. 14.

BARROS, Constância Clementina. (2007) *Educação Popular e Método Popular*. Maranhão: ANEPS. *No prelo*.

BOURDIEU, Pierre. (1984) *Questões de Sociologia*. Lisboa: Fim de Século Edições.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2009a) *Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2009b) *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2ª Edição.

BRASIL. Presidência da República. (1990) *Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Acessado em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Presidência da República. (1990) *Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da*

saúde e dá outras providências. Acessado em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

CAMARGO, Aspásia. (1999) Do Federalismo Oligárquico ao Federalismo Democrático. IN: Pandolfi, Dulce (Org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas.

CANEVACCI, Máximo (1997) *A Cidade Polifônica: ensaio sobre a antropologia da comunicação urbana*. São Paulo: Studio Nobel. 2ªed.

CARDOSO, José Celso & JACCOUD, Luciana. (2005) Políticas Sociais no Brasil: Organização, Abrangência e Tensões da Ação Estatal. EM: *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília, IPEA.

CARRION, Carla Torres Pereira & BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (2007) *A Psicanálise em Processo: Pensando as Forças do Instituído e do Instituinte*. Anais da I Jornada de Análise Institucional. UFES.

FLEURY, Sonia. (2009) *Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 14, nº 3. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.

FREIRE, Paulo. (1979) *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo: Cortez e Moraes.

FREIRE, Paulo. (1981) *Ação Cultural para a Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 5ª Edição.

FREIRE, Paulo. (1985) *Por uma Pedagogia da Pergunta*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, Paulo. (1987) *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 17ª Edição.

FREIRE, Paulo. (1997) *Professora sim, Tia não – cartas a quem ousa ensinar*. São Paulo: Olho D'Água.

FREIRE, Paulo. (2001) *Política e Educação: Ensaio*. São Paulo: Cortez. 5ª Edição.

GIRARD, Christiane. (1997) *Identidade e Cultura: Reflexões sobre uma Categoria Sócio-Profissional*. Em: NUNES, Brasilmar Ferreira (org.) *Brasília: A Construção do Cotidiano*. Paralelo 15 (Coleção Biblioteca Brasiliense).

GOHN, Maria da Glória. (1997) *Teoria dos Movimentos Sociais*. São Paulo: Edições Loyola.

GOHN, Maria da Glória. (2005) *Educação não-formal e Cultura Política: impactos sobre o associativismo do terceiro setor*. São Paulo: Cortez. 3ª Edição.

GOMES, Ângela Maria de Castro. (1980) *Regionalismo e Centralização Política: Partidos e Constituinte nos anos 30*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

GOSS, Karine Pereira & PRUDENCIO, Kelly. (2004) *O Conceito de Movimentos Sociais Revisitado*. "Em Tese" – Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, Vol. 2, nº 1 (2).

HABERMAS, Jurgen. (1989) *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

HURTADO, Carlos Nunez. (2006) Contribuições para o Debate Latino-Americano sobre a Vigência e a Projeção da Educação Popular. EM: PONTUAL, Pedro. & IRELAND, Timothy. (org.) *Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas*. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO.

LIJPHART, Arendt. (2003) *Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

MADEIRA, Maria Angélica (1997) Formas de Sociabilidade e a Cultura da Festa na Juventude Brasiliense dos Anos 1990. Em: NUNES, B. F. (org.) *Brasília: A Construção do Cotidiano*. Paralelo 15 (Coleção Biblioteca Brasiliense).

MATRACA, Marcos Vinicius; WIMMER, Gert & ARAÚJO-JORGE, Tânia C (2009). *Dialogia do Riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria*. Revista Ciência e Saúde Coletiva,

Artigo nº 1147. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.

MELUCCI, Alberto. (1996) *Challenging Codes: collective action in the information age*. Cambridge University Press. Acessado em: <http://books.google.com.br/books?id=8HTh8dCFpcC&printsec=frontcover&dq=melucci&source>

MELUCCI, Alberto. (2001) *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. (2002) Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. Em: FINKELMAN, Jacobo (Org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (1994) *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Editora Vozes.

NEGRI, Antonio & COCCO, Giuseppe. (2005) *Glob(AL) – Biopoder e Lutas em uma América Latina Globalizada*. Rio de Janeiro: Record.

NEGRI, Antonio. (2006) *De Volta – Abecedário Biopolítico*. Entrevistas a Anne Dufourmantelle. Rio de Janeiro: Record.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. (2005) *A 'Nova' Saúde Pública e a Promoção da Saúde via Educação: entre a Tradição e a Inovação*. Revista Latino-Americana de Enfermagem.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. (2009) Educação nas Práticas e nas Pesquisas em Saúde: Contribuições e Tensões propiciadas pela Educação Popular. EM: *Refletindo sobre Práticas de Educação e Saúde*. Cadernos CEDES, Vol. 29, nº 79. Unicamp.

PAGLIARO, Graciela Esther. (2004) *Prática Homeopática e Educação Popular: Pauta para um Diálogo*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

PEDROSA, José Ivo dos Santos & PEREIRA, Esdras Daniel dos Santos. (2007a) *Atenção Básica e o Controle Social em Saúde: um diálogo possível e necessário*. Revista Brasileira Saúde da Família – Ano VIII. Edição Especial. Brasília: Ministério da Saúde.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. (2004) Educação Popular em Saúde: dispositivo de mediação entre direitos humanos e violência. EM: MALUSCHKE, Günther & MALUSCHKE, Júlia (coord.) *Direitos Humanos e Violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. (2007b) *A Educação Popular e a Formação dos Trabalhadores de Nível Médio da Saúde*. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Vol. 5, nº 1. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. (2007c) *Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências*. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. (2008) *Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde*. Revista de Atenção Primária em Saúde, Vol. 11, nº 3. Universidade Federal de Juiz de Fora.

PONTUAL, Pedro. (2006) Educação Popular e Democratização das Estruturas Políticas e Espaços Públicos. EM: PONTUAL, Pedro. & IRELAND, Timothy. (org.) *Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas*. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO.

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. (1998) *Sobre a Autonomia das Novas Identidades Coletivas: alguns problemas teóricos*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 13, nº38. São Paulo. Acessado em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. (2007) *O Paradoxo de Rousseau: uma interpretação democrática da vontade geral*. Rio de Janeiro: Rocco.

SCHERER-WARREN, Ilse. (2006) *Das Mobilizações às Redes de Movimentos Sociais*. Revista Sociedade e Estado, Vol. 21, nº 1. Brasília: Departamento de Sociologia da UnB.

SEGOVIA, Juan Fernando. (2008) *Habermas y La Democracia Deliberativa – Una Utopía Tardomoderna*. Prudentia Iuris – Marcial Pons: Madrid/Barcelona/Buenos Aires.

SILVA, Frederico Barbosa da; JACCOUD, Luciana & BEGHIN, Nathalie. (2005) Políticas Sociais no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias. Em: *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA.

STOTZ, Eduardo. (2007) Enfoques sobre Educação Popular e Saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

STOTZ, Eduardo; DAVID, Helena M. S. L. & UN, Julio Alberto Wong. (2004). *Educação Popular e Saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social*. Revista de Atenção Primária em Saúde, Vol. 8, nº 1. Acessado em: <http://www.ufjf.br/nates/>

STRECK, Danilo R. (2006) *A Educação Popular e a (re)construção do público. Há fogo sob as brasas?* Revista Brasileira de Educação, Vol. 11, nº 32. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação - ANPED.

TALHER NACIONAL. (2009) *Educação Popular como Política Pública*. Rede de Educação Cidadã. Texto para debate.

TELLES, Vera. (2001) *Pobreza e Cidadania*. São Paulo: Editora 34.

THIOLENT, Michel Jean-Marie. (1982) *Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis.

THIOLENT, Michel Jean-Marie. (1984) *Aspectos Qualitativos da Metodologia de Pesquisa com Objetivos de Descrição, Avaliação e Reconstrução – Simpósio*. Caderno de Pesquisas, nº 49. UFRJ: COPPE.

TOURAINÉ, Alain. (1994) *Crítica da Modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes. 3ª Edição.

TOURAINÉ, Alain. (2006) *Na Fronteira dos Movimentos Sociais*. Revista Sociedade e Estado, Vol. 21, nº 1. Brasília: Departamento de Sociologia da UnB.

VALLA, Victor Vincent. (1998) *Sobre Participação Popular: uma questão de perspectiva*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 14, Sup. 2. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

VALLA, Victor Vincent. (1999) *Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 15, Sup. 2. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. (2000) *Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica*. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação – ANPED: 23ª Reunião Anual.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. (2004) *Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde*. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Vol. 14, nº 1. Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. (2007) *Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde*. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

WOODWARD, Kathryn. (2000) Identidade e Diferença: uma introdução teórica e conceitual. Em: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.) *Identidade e Diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais* / Stuart Hall, Kathryn Woodward. Petrópolis, RJ: Vozes.

Entrevista

Entrevista com o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde: Antonio Alves De Souza. (2010) *Revista de Atenção Primária em Saúde*, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). *No prelo*.

ANEXOS

Resumo

Essa dissertação aborda as nuances da educação popular em saúde no âmbito da gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Em específico, a trajetória histórica e política da institucionalização da Educação Popular no campo da gestão federal da saúde pública no Brasil. Para tanto são desvelados os meios pelos quais a educação popular em saúde vem sendo inserida nos espaços instituídos do Estado, para que se compreenda como vem se configurando o seu papel sociopolítico no que tange, especificamente, às práticas de participação social e à política de gestão participativa da saúde. A intenção reside em analisar a atuação política da educação popular em saúde, na sua interação com os atores e as práticas institucionais de gestão, como uma possível estratégia de ampliação da democracia participativa. Uma das importantes opções de análise recai sobre a apresentação dos discursos acerca da participação social na saúde, no sentido da democracia participativa como delimitadora do papel das coletividades diante da prerrogativa da deliberação. E também, nessa perspectiva, dos sentidos da participação social hoje como processo potencializador para a resolução dos problemas relativos às demandas de saúde de determinados coletivos. No intuito de elucidar como a relação entre sociedade civil e Estado tem sido estabelecida, o início dessa Dissertação aborda a recente historiografia brasileira que culminou na atual configuração do País como um Estado democrático de direito. Em seguida é realizada a discussão acerca da ampliação dos instrumentos institucionais de participação da sociedade civil na elaboração e na implementação das políticas públicas. Ampliação esta que se faz necessária para referendar a paulatina instauração da democracia participativa no Brasil, ilustrada sobremaneira pela regulamentação desses instrumentos de participação na Constituição Federal de 1988.

Abstract

This dissertation is on the nuance of popular education in health within the issue of participative management in the Unified Health System. In specific, the historical and political path of the popular education's institutionalization in the field of public health federal management in Brazil. Therefore the means by which the popular education in health has been included in the state's official spaces are unveiled to allowed the comprehension of its social e political role, specifically, its social participation practices and its participative management health policy. The aim stands on investigate the political performance of the popular education in health, in interaction with the actors and the management institutional practices as a possible strategy to enlarge the participative democracy. One of the most important investigation options is about presenting the speeches of social participation in health, in the perspective of participative democracy as outlining the collectivity roles face deliberation prerogative. And, in the same perspective, in nowadays social participation meanings as a potentiating process for health demands problem's resolutions in specifics collectivities. In order to clarify how has been built the relationship between civil society and the state, the beginning of this dissertation deals with the recent Brazilian historiography which reached the actual country setting as a democratic state of law. Next to this it is presented the discussion about the enlargement of the civil society institutional instruments of participation in public policies' formulating and implementing. This expansion is needed to endorse the gradual introduction of participative democracy in Brazil, greatly illustrated by the regulation of such instruments of participation in the 1988 Federal Constitution.