

# Educação, saúde e movimento popular<sup>(\*)</sup>

*Elizabeth de Leone M. Smeke<sup>(\*\*)</sup>*

O tema que relaciona educação, saúde e movimento popular, numa perspectiva de integração crítico-informativa de socialização de saberes, constitui o núcleo das origens do que tem sido chamado por movimento sanitário.<sup>1</sup> Seu discurso organizador é o da reforma sanitária, que se propõe reequacionar a questão da saúde no Brasil.

## Movimento sanitário e modelo econômico

Tal como o movimento popular, sua emergência é considerada como parte dos acontecimentos dos anos 70. Até então, o regime burocrático-autoritário instaurado legitimava-se através das promessas de desenvolvimento econômico e garantias de consumo. As políticas sociais perdiam seu papel legitimador do regime, passando a funcionar como instrumento de capitalização do próprio setor. Assim o demonstram exaustivamente os diversos trabalhos que analisam o papel e as práticas da Previdência e do Ministério da Saúde no período do golpe.<sup>2</sup>

Testemunhou-se na área, em resumo, um vergonhoso sucateamento do setor público e uma escandalosa expansão da privatização na área da assistência à saúde com fins lucrativos, custeados pelo trabalhador contribuinte previdenciário. Entretanto, embora provedora esta categoria social não teve as-

segurado o seu acesso a serviços, muito pelo contrário, uma vez que foi excluída pelo golpe das instâncias decisórias e gerenciadoras do sistema.

É um processo, como se costuma apontar, onde se verifica um aparente caos, evidenciado pela desorganização total das e nas instâncias prestadoras de serviço, de assistência médica e controle sanitário, cujo impacto junto à população é o pior possível. Isto apareceu em várias direções: desde a absurda quantidade de intervenções desnecessárias, à sonegação, corrupção e ao tráfico de influência em nível do gerenciamento e dotação de verbas relacionadas à área, realizados pelos mais variados grupos de pressão junto aos anéis burocráticos.

Portanto, a Previdência e o Ministério da Saúde, enquanto instituições expressivas de uma das políticas ditas sociais, não estavam contribuindo para amortecer as tensões e pressões na sociedade, conseqüentes à forma de distribuição das riquezas inerentes à política econômica, como seria de esperar. Na verdade, a política de saúde funcionava como mais um elemento deslegitimador do Estado frente à população.

As forças sociais no interior do poder, no entanto, não conseguiam esconder as famosas filas noturnas e da madrugada do INAMPS, com doentes à

<sup>(\*)</sup> Trabalho apresentado no painel "Educação, saúde e trabalho, em 09/11/89, durante o evento "Um século de educação republicana", promovido pela Faculdade de Educação — UNICAMP.

<sup>(\*\*)</sup> Professora do Departamento de Medicina Social — PUCCAMP; Doutora e Sanitarista Coletiva pela UNICAMP.

espera da consulta na manhã seguinte, que não raramente morriam ali, aumentando as tensões, das quais os quebra-quebras em postos de serviço foram alguns sintomas.

## As condições de saúde

Por outro lado, os indicadores de saúde apontavam para a deterioração das condições de vida, sobretudo nas periferias urbanas, que começavam a “exportar” epidemias (meningite).

Isto favorecia a instauração de novos discursos e novas propostas, às quais o Estado, por força das circunstâncias, passou a dar ouvidos, em busca de legitimar-se frente à desestabilização que se instaurava.

## As propostas de tecnologia apropriada

Em meio a várias medidas e planos de emergência, vinham sendo discutidos no nível internacional, para serem absorvidos pelas universidades, com alterações curriculares nas escolas médicas, os projetos de medicina comunitária, enquanto modelo aplicável ao Terceiro Mundo. Baseava-se na extensão, simplificação e barateamento do cuidado à saúde e incluía alguma forma pouco clara de “participação popular”.<sup>3</sup>

Várias experiências desse tipo começaram a se desenvolver no Brasil, a partir de profissionais que se formavam na área da Saúde Pública ou com interesse na questão da Saúde Coletiva / Medicina Social.

## A exclusão política do recurso humano

Resultado do caráter excludente da

política instaurada pelo regime militar, participantes mais ou menos articulados ao conjunto de idéias que caracterizavam o movimento estudantil e as tendências político-ideológicas progressistas não tinham espaço nem canal de participação. Estes agentes, por outro lado, também estavam convencidos do inexorável processo de assalariamento/proletarização do profissional médico, atualmente em revisão.<sup>4</sup>

## O movimento popular

Por sua vez, o movimento popular expressava um momento de privilegiada visibilidade, efervescência, vitalidade e reorganização aglutinadora em cena na sociedade civil. As categorias excluídas fizeram-se então mais claramente presentes para o restante da sociedade — pressionando o Estado através de concentrações populares em atos públicos; colocando em evidência as condições de vida de seus integrantes, na qualidade de cidadãos moradores da periferia urbana reivindicando direitos.<sup>5</sup>

## O modelo econômico

Segundo os estudiosos, o modelo de desenvolvimento econômico concentrador de capital e mão-de-obra, provocado pelo Estado, e suas repercussões na distribuição espacial das populações, foram elemento essencial na origem material dos movimentos.

## A exclusão política

Por outro lado, a exclusão política absoluta do mais amplo contingente das frações subalternas, levada a cabo para viabilizar o projeto econômico,

revelava-se nos indicadores das condições de vida e nas tensões e pressões sociais. Não há canais efetivos de participação política dessas categorias.

### O agente externo

Tais ingredientes, entretanto, parecem não ter sido suficientes para a forma de aparecimento do movimento popular. Os estudiosos do assunto observam a importância da interação dos grupos populares aos chamados “agentes externos”, onde poderiam incluir-se os agentes pastorais, na formação das CEB's; profissionais de diversas áreas e/ou tendências políticas comprometidos com uma prática participativa/educativa.<sup>6</sup>

Há coincidência entre o momento de expansão das CEB's e o surgimento de grupos atuando em saúde nos moldes da medicina comunitária. Há concomitância entre as condições de emergência do movimento sanitário e do movimento popular urbano que não parecem casuais. Mostram-se como produto de um mesmo processo político-econômico. Isto é, se a exclusão política dos setores subalternos submetidos a uma superexploração, aos quais articularam-se discursos e ideologias diversas, levou à manifestação do movimento popular, a exclusão política de outras categorias, como estudantes e técnicos da saúde, no caso, associada a sua proletarização vista como irreversível, favoreceu o redirecionamento nas atitudes e práticas de parte significativa desses profissionais, expressas pelo movimento sanitário.<sup>7</sup>

### Movimento popular Movimento sanitário / Educação / Movimento sanitário Movimento popular

As formas de relação desses dois novos personagens em suas práticas participativas eram variáveis, mas em fase de questionamento.<sup>8</sup> A questão da alienação a que vinham sendo submetidos os setores excluídos estava posta nos meios progressistas. Aparecem mais claramente propostas e experiências de educação popular, numa perspectiva libertadora/conscientizadora/crítica, em torno das quais se estabelece o debate, a problematização e a experimentação, integrando propostas alternativas que envolviam a “participação”.

A partir daí desenrolaram-se um sem-número de projetos em que a troca de experiências e informações tinha por objetivo a desalienação das categorias subalternas na conquista de novos elementos que dessem suporte ao processo de desenvolvimento da autonomia. As experiências de relação medicina comunitária/movimento popular incluíam, assim, diferentes formas de participação de indivíduos ou grupos populares, mais ou menos organizados, em que novos projetos de educação/conscientização enucleavam e questionavam tais formas de relação.<sup>9</sup>

Há experiências descritas em São Paulo, zona leste e zona sul, vale do Ribeira, Campinas, Londrina, interior da Bahia, interior de Minas Gerais, Pernambuco e Goiás, em que são feitas pesquisas/demonstração, investigações epidemiológicas, assessorias a movimentos mais organizados, contribuição na formulação de projetos partidários, etc.<sup>10</sup>

Os enfrentamentos que se verificavam evidenciavam claramente a neces-

sidade de uma intervenção cada vez mais incisiva e organizada de eventuais usuários dos serviços, que articulassem outras questões urbanas.

As relações que, em vários lugares, vinham se estabelecendo entre os projetos mais variados inspirados na medicina comunitária e os grupos populares em organização, sustentavam e alimentavam as correntes discursivas e o debate da reforma sanitária, politizando a questão da saúde de tal forma que a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), pela primeira vez, concentrou não só setores técnicos estatais ou privados ligados à área, mas também representantes do movimento popular e sindical.<sup>11</sup>

Em meio às discussões acerca das formas e categorias de descentralização de ações e recursos que vinham sendo experimentadas através das ações integradas de saúde, os governadores organizados estadualizam as ações na criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que timidamente esboça alguma possibilidade de participação de usuários em suas comissões gestoras.

## A situação atual

O problema da gestão popular na saúde já era uma questão que vinha se colocando desde o final da década de 70 para algumas experiências mais desenvolvidas. Em São Paulo, por exemplo, já estavam formados vários conselhos de saúde que se ocupam de fiscalizar o funcionamento e a administração das unidades, bem como propor alterações nos programas de atenção.

Mais recentemente, a Constituição de 1988 não garantiu todas nem a maior parte das propostas feitas pela VIII Conferência, mas contemplou alguns pontos básicos que ali aparecem pela primeira vez, tais como a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Aparece também a abertura de

possibilidade de organização de um sistema único de saúde com participação popular junto aos órgãos gestores.

No momento em que este artigo está sendo redigido (nov/89), observa-se que em algumas prefeituras vêm-se formando Conselhos Municipais de Saúde. Em Campinas, já foram realizadas algumas reuniões pró-formação desse conselho que contaram com a participação de representantes do setor privado, beneficente, universitário, estaduais e municipais; representantes de entidades populares organizadas em torno da moradia (associação de moradores, sociedade amigos de bairro, clubes de mães, comissões de saúde, comunidades de base, etc.), ou em torno do trabalho (sindicatos e associações de categorias).

Os participantes têm definido a importância do caráter deliberativo que deve ter tal conselho. Nas linhas gerais pró-formação do seu regimento, ficou estabelecida a sua gerência através de três grandes grupos de interessados:

1. *usuários*: entidades populares e sindicais, sindicato patronal, associações de doentes;

2. *trabalhadores de saúde*: seus sindicatos e associações e representantes do setor privado e filantrópico;

3. *representantes do Estado*: Secretaria de Saúde do Estado e do Município, Universidades e Câmara Municipal.

O Conselho deverá ser regulamentado pela lei orgânica do município e suas diretrizes gerais deverão ser dadas pelas plenárias das entidades e pela prevista Conferência Municipal de Saúde a ser realizada anualmente.

Os grupos populares ligados à questão da saúde rearticularam-se em Campinas, em função da VIII Conferência, e chamam o órgão de Movimento Popular de Saúde — Campinas (MOPS), que mantém comunicação com seus pares em nível estadual e nacional. O MOPS tem tentado ampliar e aglutinar maior número de entidades através de seminários, encontros, reuniões periódicas e cursos.

## Entraves e dificuldades

Este quadro pode sugerir uma sociedade, sobretudo as frações populares, fortemente organizada e crítica, o que não corresponde à realidade. As instâncias participativas abertas, que se procura garantir no interior da instituição, na verdade buscam dar o respaldo necessário para grupos mais interessados, envolvidos e organizados, para que não se percam os poucos mas importantes avanços de caráter multiplicador.

Atualmente, os movimentos populares não se expressam com a visibilidade nem são aglutinadores como em seus momentos mais expressivos.

O aparente ou real desinteresse e a dificuldade de ampliação na participação das pessoas supostamente interessadas impõem limites a um debate e a uma intervenção maior e mais incisiva da sociedade nos assuntos diretamente ligados ao seu cotidiano.

Outro entrave à execução desta tarefa tem sido a qualidade da formação do recurso humano realizada através de um conhecimento tecnicamente estandardizado e especializado dentro de um mesmo enfoque teórico-metodológico.

## As possibilidades

Com relação à formação de recurso humano de nível médio, vem sendo desenvolvido o Larga Escala.\* Já no âmbito da universidade, vem sendo discu-

tido o caráter da formação do estudante de medicina, em que a PUCC, por exemplo, define um projeto pedagógico com formação terminal (médico geral formado no sexto ano) em contraposição à especialização precoce. Além disto, vêm sendo experimentados também projetos multiprofissionais, sobretudo nos serviços básicos, onde se tem tentado romper com as práticas autoritárias e hierarquizadas.

Por outro lado, a interdisciplinaridade nas práticas e concepções parece ser mais do que uma possibilidade, uma necessidade, uma vez que facilitaria a explicitação do caráter político das demandas sociais, atualmente setorizadas através de estruturas especializadas: saúde, educação, habitação, transporte, etc.<sup>12</sup>

Novos enfoques articulados da realidade poderiam contribuir para questionar o conhecimento anátomo-fisiopatológico, que sustenta a atual hegemonia da medicina, enquanto "saber competente", normatizador da área da doença, sinistramente confundida e chamada de saúde<sup>13</sup>.

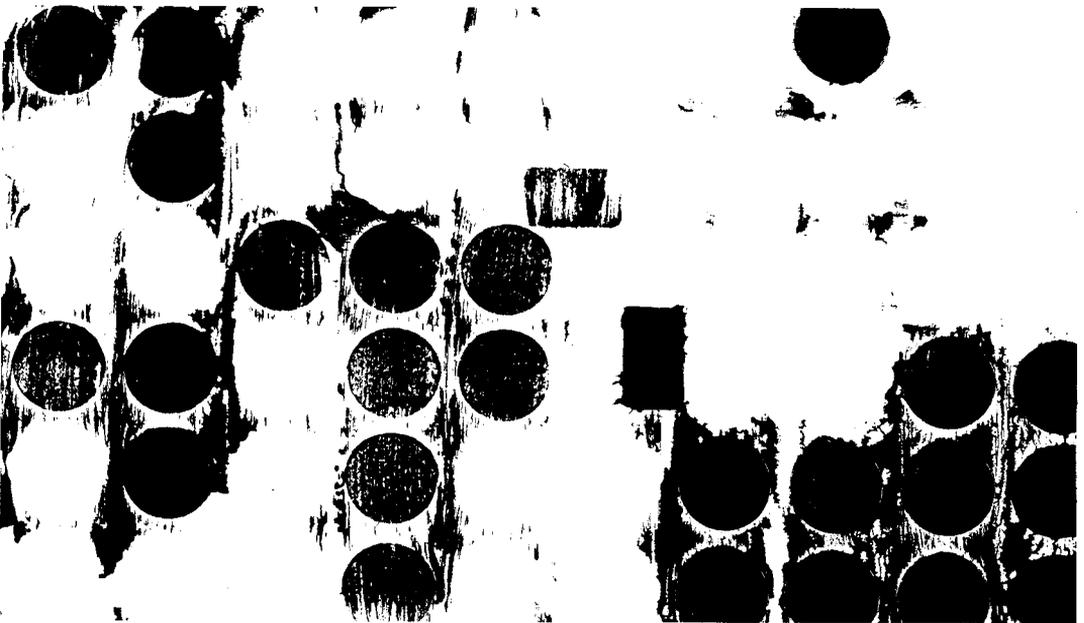
Nessa medida recoloca-se, também, a questão das práticas de articulação/educação entre técnicos e usuários, inclusive no nível das unidades, no sentido de favorecer o processo de desenvolvimento de uma consciência cada vez mais crítica que possa sustentar um projeto de sociedade onde a saúde se inclua e se refaça, de acordo com os interesses, necessidades e intervenções da maioria.

(\*) Projeto de formação de profissionais de nível médio na área da saúde (atendentes e auxiliares de enfermagem), que procura dar uma abordagem problematizadora, em todo o seu conteúdo teórico-prático.

# Notas bibliográficas

1. ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, ENSP, 1987.  
TEIXEIRA, S. M. F. (org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez/ABRASCO, 1989.
2. MELLO, C. G. *Saúde e assistência médica no Brasil*. Rio de Janeiro, CEBES/Hucitec, 1977.  
GIOVANNI, G. G. *A questão dos remédios no Brasil*. São Paulo, Polis, 1980.  
POSSAS, C. A. *Saúde e trabalho — a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.  
CORDEIRO, H. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.  
OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. M. F. *A (Im)previdência Social — 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO, 1986.
3. CEITLIN, J. Bases conceptuales y desarrollo histórico del programa de enseñanza de medicina de la comunidad. In: *Medicina de la comunidad*. Caracas, FEPA-FEM/Kellogg, 1978.  
OPAS/UNICEF. *Alma-Ata: atención primaria de salud*. Genebra, 1978.  
\_\_\_\_\_. *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas: análisis de estudios de casos seleccionados*. Publicación Científica nº 473, 1984.
4. DONNANGELLO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1975.  
CAMPOS, G. W. S. *Os médicos e a política de saúde*. Rio de Janeiro, Hucitec, 1988.
5. BOSCHI, R. *Movimentos coletivos no Brasil urbano*. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.  
MOISÉS, J. A. (org.). *Cidade, povo e poder*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.  
SORJ, B. & ALMEIDA, M. H. T. *Sociedade e política no Brasil pós-64*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
6. PETRINI, J. C. *CEB's: um novo sujeito popular*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1984.  
SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.  
JACOBI, P. *Movimentos sociais e políticas públicas*. São Paulo, Cortez, 1989.
7. SMEKE, E. L. M. *Saúde e democracia: experiência de gestão popular: um estudo de caso*. Tese de doutoramento. FCM/UNICAMP, Saúde Coletiva, 1989.
8. Questionam-se nesse momento as práticas participativas que apenas cooptavam o usuário pobre para a nova e simplificadora proposta. Veja-se:  
MERHY, E. *Democracia e Saúde. Saúde em debate*. Rio de Janeiro, 1977.  
PELLEGRINI, A.; RAMOS, C.; TRAVASSOS, C. *Medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade*. In: GUIMARÃES, R. (org.). *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 3. ed. 1979.  
NORONHA, J. C. & TRAVASSOS, C. *Participação comunitária em programa de saúde. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 12:18-20, 1981.
9. PONCE, A. SPERATTI. *Educação e luta de classes*. Há uma versão em português da Cortez, Autores Associados. São Paulo, 1981.  
CARVALHO, A. I. *Saúde e educação de base*, mimeo, 1976. Há uma reprodução nos primeiros números da revista *Saúde em debate*.  
FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade e Pedagogia do oprimido*.
10. DELA TORRE, M. C. *A participação popular na assistência primária à saúde, educação em saúde, medicina popular. Medicina*. Ribeirão Preto, 18:135-164, jan.-dez./1985 (número dedicado ao tema da atenção primária à saúde.)  
STRALEN, C. J.; CHABO, R.; RESENDE, J. *Movimentos sociais urbanos e a de-*

- mocratização dos serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 17(3):38-60, jul.-set., 1983.
- JACOBI, P. *Políticas públicas de saneamento básico e saúde e reivindicações sociais no município de São Paulo*. Tese de doutoramento, IFCL-USP, 1986.
- CARVALHO, M. *A experiência de Lins*. Arquivos do CEDEC, 1981.
- JACOBI, P. & NUNES, E. Movimentos por melhores condições de saúde; zona leste de São Paulo: a Secretaria de Saúde e o povo. *Anais do Encontro Anual da ANPOCS*. Friburgo, 1981.
- EQUIPE DA CEB'S-GOÍÁS. O meio grito. In: BRANDÃO, C. R. *Pesquisa participante*. São Paulo, Brasiliense, 1981.
- CEAS-equipe urbana. Condições de vida e trabalho de um bairro de periferia. Arquivos do CEDEC.
- VASCONCELOS, E. M. *A medicina e o pobre*. São Paulo, Paulinas, 1987.
- SMEKE, E. L. M.. *Saúde e democracia...*, op. cit., 1989.
11. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, o setor privado negou-se a participar, enquanto entidades populares, pela primeira vez, marcam presença importante. Veja os *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
12. HIRSCH, J. Observações teóricas sobre o Estado burguês e sua crise. In: POULANTZAS, N. *O Estado em crise*. Rio de Janeiro, Graal, 1977.
- OFFE, C. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. Especialmente:  
— Dominação de classe e sistema político, sobre a seletividade das instituições políticas.  
— A democracia partidária competitiva e o *Welfare State* keynesiano: fatores de estabilidade e desorganização.  
— Teoria do Estado e política social.
13. POLACK, J. C. *La médecine du capital*. Paris, Maspero, 1972.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977.



**Resumo** O tema que relaciona educação, saúde e movimento popular, numa perspectiva de integração crítico-informativa de socialização de saberes, constitui o núcleo das origens do que tem sido chamado de movimento sanitário. Seu discurso organizador é o da reforma sanitária, que se propõe a reequacionar a questão da saúde no Brasil. O trabalho relaciona o movimento sanitário ao modelo econômico e ao movimento popular, discute os obstáculos à expansão da participação da comunidade nos assuntos relacionados à sua vida diária, analisa as possibilidades de formação de recursos humanos na área da saúde com uma perspectiva interdisciplinar e critica a hegemonia tradicional da medicina como um "saber competente".

*Palavras-chaves:* educação, saúde e movimento popular; educação e movimento popular; saúde e movimento popular; movimento popular e educação; movimento popular e saúde.

**Abstract** *The topic which relates education, health and popular movement, in a perspective of critical and informative integration of knowledge socialization, constitutes the core of what has been called sanitary movement. Its organizing discourse is that of sanitary reform, which intends to reequate the question of health in Brazil. The paper relates the sanitary movement to the economic model and to the popular movement, discusses the obstacles to the expansion of participation of the community in the affairs related to their daily life, analyses the possibilities of training human resources in the area of health with an interdisciplinary perspective, and criticizes the traditional hegemony of medicine as a "competent knowledge".*

*Key-words:* education, health and popular movement; education and popular movement; health and popular movement; popular movement and education; popular movement and health.

