

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c05>

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O TRABALHO EM ENFERMAGEM NOS TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Hozana Reis Passos^I

ORCID: 0000-0002-9845-593X

Helena Maria Scherlowski Leal David^{II}

ORCID: 0000-0001-8002-6830

Oswaldo Peralta Bonetti^{III}

ORCID: 0000-0002-3509-6351

Suderlan Sabino Leandro^{IV}

ORCID: 0000-0001-9796-5551

^IEstratégia de Saúde da Família (ESF).
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional Brasília
Brasília (FIOCRUZ/Brasília), Distrito Federal, Brasil. Membro
do Departamento Científico de Enfermagem na Atenção
Básica-ABEn seção DF.

^{IV}Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de
Ensino e Pesquisa em Saúde (ESCS/FEPECS), Brasília,
Distrito Federal, Brasil. Membro do Departamento Científico
de Enfermagem na Atenção Básica-ABEn.

Autor Correspondente:

Hozana Reis Passos

E-mail: hozanapassos@gmail.com



Como citar:

Passos HR, David HMSL, Bonetti OP, Leandro SS. Educação popular em saúde e o trabalho em enfermagem nos tempos de pandemia da covid-19. In: Teodósio SSS, Leandro SS (Orgs.). Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 34-41. (Série Enfermagem e Pandemias, 3). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c05>

INTRODUÇÃO

A vivência do enfrentamento da crise socio sanitária da Covid-19 tem desnudado uma série de desafios à prática de enfermagem, desde a dimensão clínica, envolvendo as demandas de biossegurança no sentido da proteção individual e dos usuários, já bastante expostas, como, também, a necessidade de transformações que perpassam a reinvenção do processo de trabalho, a escolha de princípios orientadores das ações, a necessidade de mobilização em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do protagonismo da Atenção Básica (AB) na prevenção, promoção da saúde e tratamento. Percebe-se que a implicação direta do tratamento da Covid-19 com o papel determinante dos serviços hospitalares traz, também, a necessária defesa do modelo de saúde que construímos na reforma sanitária. Neste sentido, a potencialização das ações de saúde nos territórios se faz necessária, construindo visibilidade e fortalecimento as mesmas.

Ao considerarmos que a maioria dos casos de Covid-19 não necessitam de internação e que parte das pessoas infectadas permanecem assintomáticas durante a infecção, entendemos que a AB e seus princípios devem ser considerados essenciais no manejo da doença nas comunidades. Vale destacar que, no momento, não há ainda medicação com eficácia comprovada e as medidas preventivas são anteriores a uma possível vacina, ainda em fase de estudos clínicos. Assim, nossa missão, enquanto cuidadoras e cuidadores, educadores e educadoras, se torna ainda mais imprescindível na medida em que nos colocamos nessa mediação entre produção de saúde em territórios onde ocorre a disseminação da doença e assistência continuada às demais necessidades.

No entanto, presenciamos o esvaziamento das potencialidades das equipes de AB em alguns lugares, a exemplo do deslocamento emergencial de profissionais médicos e de enfermagem para as Unidades de Pronto Atendimento. A fragilidade da atenção básica acaba por



gerar desassistência, a exemplo da interrupção no acompanhamento dos portadores de condições crônicas, ocasionando agravamento do quadro clínico desses pacientes, seja pelo medo de irem ao “posto” nesse momento ou pela restrição de acesso pelas próprias equipes.

Sendo assim, nesses tempos de distanciamento e isolamento social preconizados como a principal estratégia de prevenção à doença referida e sobrevivência à pandemia, cabe, então, o questionamento junto a essas pessoas que, semelhante a maioria de nós, trabalhadores e trabalhadoras de enfermagem, não vivenciaram o chamado “#fiqueemcasa” com a plenitude necessária: Como vamos sobreviver e produzir cuidado nesses tempos? Como vamos enfrentar essa pandemia juntos? O que sabemos sobre esse vírus? Como a sua disseminação nos afeta para além daquilo que tanto dizem os jornais? Por que somos mais vulneráveis à morte? O que temos acumulado e já produzimos de saberes nas experiências do trabalho, do viver e do sobreviver desde março de 2020?

Assim, trazemos aqui o desafio de nos provocarmos, enquanto profissionais do cuidado, agentes de planejamento, implementação, sistematização e avaliação de políticas públicas e, também, como sujeitos imersos nas práticas educativas do cotidiano dos territórios de vida das pessoas. A afirmação e o reconhecimento sobre tais funções devem partir dos profissionais de enfermagem; neste sentido, na tentativa de compreender essa realidade, é que buscamos, de forma solidária, neste capítulo, contribuir com o fortalecimento do trabalho em enfermagem da AB, no enfrentamento da pandemia da Covid-19, por meio dos referenciais político-metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS).

Breve histórico da Educação Popular em Saúde na transformação do modelo de saúde e formação na saúde

Não é possível situar uma cronologia rigorosa a respeito de onde ou como se iniciam as iniciativas de EPS, porém, é possível afirmar que esta é uma perspectiva que se foi produzindo coletivamente, dentro de processos relativamente recentes de lutas populares por direitos sociais, em especial, a partir das décadas de 50 e 60 do século passado. Após o golpe militar de 1964, que reprimiu violentamente as mobilizações sindicais, estudantis e camponesas, dentre outras, se formaram núcleos de resistência política que incluíam o debate sobre a saúde como direito¹. Um marco internacional importante para impulsionar as ações de EPS foi a incorporação dos princípios da Atenção Primária de Saúde explicitados na Carta de Alma-Ata, já em um contexto de crescente organização e resistência popular no país e de desgaste do projeto econômico e político sustentado pelos governos militares. Já no marco da implementação do SUS, a EPS foi ganhando visibilidade nos eventos acadêmicos da Saúde Coletiva e da Enfermagem, e fortalecendo coletivos como a Rede de Educação Popular e Saúde e o Grupo Temático de EPS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Não se pode esquecer de mencionar que a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tanto a Nacional como suas diversas seções, abraçaram a ideia da EPS dentro dos seus eventos, por meio dos espaços dialógicos das Tendas Paulo Freire, Edma e Marcos Valadão, entre outras.

Na enfermagem brasileira, temos marcos importantes de ação educativa de base popular, tal como o Programa Larga Escala, desenvolvido na década de 70 sob a liderança de Izabel dos Santos, para ampliar a formação profissional dos atendentes de enfermagem. Este projeto trouxe para o campo da saúde a Pedagogia da Problematização, que bebe da fonte da pedagogia freireana e foi desenvolvida pelo agrônomo e comunicador paraguaio Juan Díaz Bordenave. Essa pedagogia, inclusive, tem sido apropriada nos contextos da formação universitária de profissionais de enfermagem no país².

Problematização - a leitura da realidade como ponto de partida e marca dos processos educativos e de cuidado

Torna-se evidente e urgente a reafirmação sobre a necessidade da prática da problematização no cotidiano dos espaços de cuidado, de gestão dos serviços e nos territórios do cuidar desses espaços que, no momento, são constituídos a distância, muitas vezes. Porém, os encontros podem ser potentes quando nos orientamos pelas premissas do “saber ouvir”, do “estar com”, do “fazer com”, de “desfazer a visão mágica”, de “assumir a ingenuidade dos educandos” e de “viver pacientemente impaciente”³.

A enfermagem brasileira tem sua atuação profissional marcada pelas contradições impostas pela injusta correlação de forças frente ao modelo biomédico hegemônico. Desse modo, a problematização da nossa conformação, do campo de ação, do reconhecimento etc. se faz necessária para que tenhamos eficácia no ato de contribuir com processos sociais emancipatórios nos territórios. Conhecemos as raízes do “apagamento” que vivenciamos e não é mais possível ignorá-las. Muitos profissionais de enfermagem, particularmente os do nível médio, vivem em contextos semelhantes de determinação social do processo saúde-doença que afetam a maior parte daqueles a quem prestamos nossos cuidados. Não à toa, a pandemia nos atinge de forma tão frontal enquanto categoria, ao escancarar as iniquidades em saúde também entre nós, descortinando qualquer dúvida sobre nossa condição de classe, gênero, raça/cor ou etnia e território que ocupamos.

A história nos ensina que, mesmo diante de situações de negacionismo das evidências científicas, das políticas de austeridade e da iminente recessão, ninguém contesta a essencialidade do trabalho de cuidados, seja aquele constituído nos espaços domésticos de maneira gratuita ou nos serviços de saúde, ou aqueles desenvolvidos em meio à precarização. Pelo contrário, o que percebemos é o aumento das atribuições e a sobrecarga de quem os operacionaliza.

Partimos então dessa autoidentificação para o reconhecimento do outro, que, nessa proposta de reflexão, nos é próximo e caminha conosco desde quando acontecemos (no sentido de vir a ser, tornar-se) enquanto prática social, a começar de nossas ancestrais visitadoras sanitárias. Esse outro, constituído por infâncias, juventudes, adultez, velhices, ciclos gravídicos puerperais, adoecimentos pelo trabalho etc., constrói dia a dia suas estratégias de sobrevivência nos bairros dormitórios, vilas e/ou comunidades, lugares compreendidos aqui como territórios do nosso cuidar.

Mais que ações educativas prescritivas e generalizantes sobre prevenção de contágio comunitário do coronavírus Sars-cov-2, a enfermagem precisa estar comprometida com a realidade como ela se apresenta em cada lugar e com os sujeitos interlocutores de seu trabalho.

Há de se lembrar, da percepção e memória recente da maioria das pessoas da classe trabalhadora deste século, que sintomas respiratórios semelhantes a uma “gripe” não eram considerados doença, até porque, na exploração cotidiana nos empregos, fomos acostumados ou submetidos a trabalharmos doentes, assim como transmitirmos viroses uns aos outros pela naturalização da precariedade sanitária dos locais de trabalho. Por isso, talvez, o discurso necrófilo que nega a gravidade da doença possa ter encontrado acolhida em parcela da população.

Além disso, é importante considerar a complexidade dos sentidos e compreensões sobre a existência e materialidade de um micro-organismo invisível e tão virulento. Haja vista a possibilidade de aumento de contágios durante a desparlamentarização dos equipamentos de proteção individual pelos profissionais. Questionamos, também, se a grafia representada pelos jornais, explicando sobre o vírus, ou “capacitações a jato” pudessem dar conta do entendimento necessário para as práticas preventivas ao contágio. Somado a isso, vivenciamos a disseminação das chamadas *fake news*, que geram desinformação e crenças distorcidas. Nesse contexto, é importante o resgate dos ensinamentos da enfermeira Izabel dos Santos⁴ sobre o “compromisso com o fazer”, a partir do “aprender fazendo”. Foi assim que ela construiu seu legado e se tornou referência nacional em educação permanente e organização dos serviços de saúde. Sua história também nos ensina sobre seu “pacto com a humanidade”, tão necessário de ser reafirmado nesse momento.

Cabe referir, como abordaremos em trecho a seguir, que, ao exercitarmos a problematização freireana, estamos não só tecendo a crítica sobre a realidade, mas buscando formas, potencialidades próprias e coletivas das pessoas e dos territórios para superar as situações limites identificadas e transformar a realidade injusta^{5,6}.

Da busca de confluências à práxis pedagógica no cuidado emancipatório

Os desafios colocados para as práticas educativas e de cuidado em saúde no contexto da pandemia nos levantam questões até então submersas nas relações de trabalho e, aparentemente, invisíveis diante da história da luta de classes no século XXI.

Uma dessas questões é a tendência do Estado burguês, sob o capitalismo, de eximir-se da responsabilidade a respeito das garantias de bem-estar social, dentre essas, a saúde. Sabe-se que o Estado é bastante eficaz em culpabilizar individualmente as pessoas pelos problemas sociais e sanitários, como se as classes populares tivessem as mesmas opções e oportunidades de melhoria de vida das classes médias. A atividade educativa é mais um elemento que contribui para esse sentimento de desamparo e culpa por parte da população mais pobre. O fenômeno da culpabilização da vítima se torna um modo de escamotear a falta de resposta por parte dos governos e de jogar toda a carga de responsabilidade pela saúde nos indivíduos⁷.

As campanhas em curso, protagonizadas por equipes de profissionais de unidades hospitalares, nas quais se solicita o respeito ao isolamento, podem ser consideradas experiências de tentativa de sensibilização e apelo à empatia, provocando a possibilidade de troca de atitudes e cooperação entre sujeitos em um contexto que fosse favorável à efetivação das medidas de isolamento social. Porém, presenciamos a preponderância das condições impostas pela ausência de políticas de seguridade social que deem respostas mais ágeis à sustentabilidade das famílias, articulada à postura de polarização entre economia e vida. Tivemos aí o confronto de recomendações técnicas que deveriam ser diretrizes do Estado, com interesses políticos e econômicos que atentam contra a vida daqueles que já não acessam os chamados direitos de cidadania.

A partir do exercício coletivo, orientado pelo referencial da Educação Popular, de busca das raízes dos problemas colocados para o trabalho em saúde na AB no contexto de pandemia, nos deparamos com a possibilidade de proposição de confluências entre educação em saúde e educação permanente, a fim de desenvolvermos ações que gerem potência para a territorialização do cuidado, assim como a construção de estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças entre profissionais e comunidades.

Se compreendemos que estamos inseridos nesses territórios e não apenas incidimos sobre eles, nossa prática, enquanto educadores, educadoras, educandos e educandas, deve estar conectada, desde seu planejamento, com os diversos sujeitos que a compõem. Assim, as práticas de educação permanente e educação em saúde deixam de ser paralelas ou concorrentes e podem apresentar princípios comuns, se adotados referenciais teórico-metodológicos da EPS, como o diálogo de saberes, a construção compartilhada de conhecimento, a colaboração e a mobilização de diferentes sujeitos em busca das transformações sociais necessárias. Apresenta-se ainda, como desafio dessa práxis, a fundamental interlocução com as relações de classe, gênero, raça/cor/etnia e identidade de território. Isso quer dizer que podemos ir além de uma educação sanitária para a prevenção de uma doença ou seu manejo. A proposta é de reorientação das práticas educativas para a criação de processos mobilizadores que, de fato, recorram à luta pela vida em todas as suas possibilidades, a partir da construção dos comuns e de um SUS que acontece em comunidade e nas comunidades.

A territorialização - A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam⁸

Justamente quando o trabalho no território deveria ser focalizado, ele é tragicamente anulado com a desmobilização do trabalho de agentes comunitários ou o recolhimento das equipes nos espaços das unidades de saúde. Esse será lembrado como um retrocesso histórico das ações de planejamento em saúde e de seus instrumentos normativos.

Um caminho potente ao processo de busca do fortalecimento da AB no momento, dentro da perspectiva de resgatar seus princípios e atributos, reforça-se na territorialização, que foi ponto de partida para reorganização do sistema de Atenção Básica de saúde, buscando, com isso, assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Sabe-se que há uma grande fragilidade nesse processo, que as equipes vivenciam dificuldades que induzem que a AB acabe sendo apenas um processo burocrático. Contudo, ela se apresenta potente no sentido de reconhecer o território a partir das relações entre ambiente, condições de vida, situações de saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde.

Sob uma perspectiva transformadora de saberes e práticas locais, a territorialização passa a ser considerada, de forma ampla, um processo de habitar e vivenciar um território; é uma técnica, um método de obtenção e

análise de informações sobre as condições de vida e de saúde da população; um instrumento de compreensão dos diferentes contextos de uso do território nas diferentes dimensões humanas, nas atividades econômicas, nas políticas sociais, culturais e educativas, viabilizando o território como um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

Nessa perspectiva, a análise social do território pode contribuir para a construção de identidades, revelar subjetividades, coletar informações, identificar problemas, necessidades, fragilidades e fortalezas do lugar, auxiliar na tomada de decisões e definir estratégias de ação.

Sobretudo, pode revelar como os sujeitos individuais e/ou coletivos produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, revelando, ainda, a gestores, profissionais e usuários do SUS a compreensão da dinâmica espacial dos lugares e de populações e os múltiplos fluxos que pulsam nos territórios e as diversas paisagens que emolduram a espaço da vida cotidiana. A territorialização se articula fortemente com o diagnóstico e, juntos, se constituem como suporte teórico e prático das ações e serviços em saúde na atenção básica no campo.

Apontamos, então, para a necessidade da realização de processos educativos que se filiem ao propósito de enfrentamento real das determinações sociais que dão condições à expressão do processo saúde-doença (desigual) no território, agudizado/condensado com a pandemia e que precisa ter por base o reconhecimento desse território vivo e do conhecimento/saber/potência de seus sujeitos.

Um importante instrumento nessa perspectiva é a proposta de vigilância popular em saúde, a qual promove a mobilização e protagonismo dos atores sociais dos territórios a somarem-se à ação sanitária desenvolvida pelas equipes de saúde da família. Por meio dela, busca-se a formação de agentes populares de saúde, os quais buscam agir nas comunidades tanto fortalecendo a educação em saúde, ampliando a circulação das informações sobre doenças, cuidados preventivos etc., como no fortalecimento das redes solidárias, enfrentando as demais dimensões como o enfrentamento da insegurança alimentar e a luta por direitos.

A construção compartilhada do conhecimento e a legitimidade dos diversos saberes na produção da saúde nos territórios

Essa perspectiva não é apresentada com esses termos exatos em Freire⁶, mas depreende-se que a sua defesa obstinada do diálogo como fundamento da ação educativa estabelece uma articulação com esse princípio. Há bases epistemológicas, humanísticas e ético-políticas que sustentam a ideia de que é possível tecer uma “junção” de saberes. No dizer de Valla⁷:

É uma valorização das classes populares em termos de conhecimento, é incentivar as pessoas a perceber que as classes populares possuem um conhecimento acumulado muito grande pela sua experiência e têm muito mais clareza das coisas do que a gente imagina.

É na articulação e diálogo constante entre os diversos saberes que se pode constituir um conhecimento novo, um terceiro conhecimento, que “nomeia das combinações e disputas, sempre renováveis e provisórias”, *entre os conhecimentos científicos, midiáticos e populares*⁹. Trata-se, portanto, de um processo, de um fluxo em permanente movimento, o que exige de nós, profissionais de enfermagem, uma compreensão o mais ampliada possível a respeito do mundo que cerca as pessoas e os grupos que expressam esses saberes.

Valorizar a construção compartilhada, promover o respeito e reconhecer a legitimidade dos saberes populares no enfrentamento da Covid-19 é de fundamental importância. Mesmo que saibamos que não há cura efetiva, que ainda não temos nem medicamentos nem vacina com eficácia comprovadas e que temos de primar pelas evidências científicas nesse processo, não podemos deixar de considerar a importância do conhecimento acumulado pelas comunidades nos seus processos históricos de busca por mais saúde. O saber de experiência feito tem, sim, a contribuir com esse processo, seja no resgate do conhecimento sobre

práticas populares de cuidado, as quais podem contribuir com a dimensão clínica e emocional das pessoas, em especial pela concepção que carregam, como na visão integral do ser humano, a promoção do tão necessário apoio social e espiritual que desenvolvem. Ainda, ao desejarmos potencializar o trabalho nos territórios, promover o protagonismo popular, a mobilização social no enfrentamento, fortalecer as redes solidárias, não podemos desprezar o afirmado no título anterior, de que é no território onde a vida se dá, logo, é necessário reconhecer os saberes, as experiências e vivências daqueles que o ocupam e constroem no cotidiano, como as experiências de Paraisópolis, em São Paulo, do Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro, ou de campanhas como a “Mãos Solidárias”, em Recife, e “Nós por Nós”, no Distrito Federal, têm demonstrado.

A Dialogicidade e a amorosidade como princípios valorativos do SUS e da prática de enfermagem

Ao propor a centralidade do diálogo na ação educativa, Paulo Freire⁶ vai além das propostas de apenas ampliar a participação dos educandos no processo. Trata-se de radicalizar a escuta do outro, e de incorporar os conhecimentos que se produzem na vida cotidiana e de exploração dos grupos sociais historicamente silenciados. Nessa radicalidade, o educador passa a ser justamente aquele que, na visão superficial e preconceituosa de uma sociedade de classes, é o despossuído, o explorado, o oprimido. São as condições concretas de produção e reprodução da vida, do trabalho e da desigualdade, o chão a partir do qual se propõe trabalhar o processo educativo.

O diálogo permanente e aberto, em espiral crescente de trocas e de construção de novos saberes, permite desvelar os processos pelos quais se produz a injustiça e provoca os participantes a formularem perguntas a respeito da sua vida e da vida social, a identificarem aquelas para as quais as respostas não estão prontas, os impasses que exigem esforço e formulação coletivos para serem enfrentados.

Se pensarmos nas situações complexas que afetam a saúde das pessoas, famílias e grupos, as situações limites já referidas, como a violência intrafamiliar, que teve seus índices aumentados durante a pandemia, e seus diversos ciclos de produção/reprodução, temos de reconhecer que não cabe uma ação educativa meramente informativa ou prescritiva. Trata-se de uma situação-problema, cujas respostas não estão previamente dadas e que precisam ser construídas coletivamente, com apoio e reconhecimento mútuos. Para tanto, devemos estar atentos às redes de apoio que se estabelecem nesses territórios ou procurarmos as possibilidades de onde essas possam ser constituídas. Encontra-se aí nosso papel enquanto articuladores de sujeitos e práticas com potenciais de cuidado e lutas coletivas pelo bem viver.

Outro princípio especial nesse contexto, no qual a luta contra os processos de desumanização é fundamental, é o da amorosidade. A amorosidade pode ser um princípio que norteia as relações de cuidado à população, mas também do cuidado de si, entre trabalhadores e de todos com o ambiente compartilhado. Há o que se produzir de sínteses objetivas e subjetivas em processos de escuta em encontros presenciais ou virtuais. No entanto, não se pode confundir amorosidade com afetos estereotipados, muito menos com qualquer ideia vaga de “bondade”, “caridade” ou “generosidade”. É o elo mais humano entre as pessoas, é reconhecer e acolher o outro/a outra na sua história, individualidade e cultura. Tal princípio trata, então, conforme a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), em seu § 2º, da “ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas”¹⁰.

A amorosidade freiriana requer, sim, o reconhecimento e o respeito à diversidade do indivíduo, suas particularidades, especificidades, é sentir o outro em toda sua existencialidade, como pessoa, como gente, como um semelhante que ama, odeia, despreza, sofre, crê, duvida, se dilacera, se rebela e se acomoda, enfim, como o outro que em mim ressoa objetiva e subjetivamente, dada a mesma condição humana e que, tal como eu, é um ser de razão e de paixão¹¹. Assim, sem desmerecer a importância da gentileza, mas acima de tudo quando nos reportamos e estamos sendo amorosos na relação social estabelecida com o outro no ato de cuidar e educar, o reconhecimento do outro, enquanto portador de direitos, é fundamental.

Nesse sentido, temos muito o que ouvir e aprender e, também, o que dizer sobre esse lugar de quem só aparece quando a falta se impõe àquilo que se coloca como cotidiano invisível. Ao administrarmos a escassez do sistema, somos diretamente culpabilizados. Então, que tal se dividirmos as dores e inquietações do nosso trabalho com essas pessoas, no sentido de construir alianças para ações em torno daquilo que nos unifica? A partir da humanização também sobre nós, tendo em vista que somos seres ora desumanizados como bruxos, anjos ou heróis.

Esses princípios precisam cada vez mais ser exercitados, refletidos e vivenciados; logo, as colocações aqui trazidas não buscam esgotar, mas dar visibilidade a essas dimensões. Para finalizar, vale nossa referência à importância de termos esses princípios consolidados do SUS, agregando a contribuição valorativa do sistema na construção de uma sociedade mais justa, solidária e humanizada.

Compromisso com um projeto democrático e popular de sociedade

A radicalidade humanística da EPS se origina nos projetos de educação crítica na alfabetização de adultos desenvolvidos por Paulo Freire e é incorporada ao projeto de construção de uma sociedade na qual a saúde seja um direito universal, não como “ferramenta”, mas como visão de mundo para uma sociedade participativa e democrática.

O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa, que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados¹⁰.

Os atos educativos e de cuidado, implicados com a EPS, estão intrinsecamente comprometidos com a transformação, com a superação das injustiças, com a superação das iniquidades em saúde e da desigualdade social intensamente fortalecida pela crise gerada pela pandemia. A determinação social exposta pela disseminação da Covid-19 coloca a enfermagem o imperativo ético para engajar-se na construção de um projeto de sociedade no qual caibam todos, o que somente será alcançado se atuar pela superação das opressões sociais, como o racismo, das fobias de gênero, das violências derivadas da cultura machista, entre tantas outras questões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto mundial e nacional em que produzimos este texto, pelo avançar da pandemia por Covid-19, cuja expressão concreta evidencia uma ordem social profundamente injusta, se faz mais urgente que os princípios da EPS sejam recuperados, visibilizados e defendidos nas diversas ações de saúde.

Em um momento em que a defesa da vida e da economia têm sido colocadas como concorrentes por aqueles que deveriam garantir seguridade social, destacamos a necessidade da luta pelo SUS e a revogação da Emenda Constitucional nº 95, responsável pelo desfinanciamento do sistema. Para superação dessa pandemia e de todo esse desmonte, as instâncias de controle social e de formulação das políticas públicas precisam estar fortalecidas com a participação de trabalhadores da enfermagem e, assim, garantir espaços de lutas e representatividade.

O desenvolvimento dessa reflexão possibilitou identificarmos que, embora a novidade da disseminação exponencial de um vírus tivesse sido colocada como maior problema de saúde pública do século atual, os desafios para o trabalho em saúde e para as populações são os mesmos ao longo da história da sociedade de classes. Haja vista que os países onde existem menos desigualdades, acesso aos serviços e cujas medidas de governo seguiram as recomendações de isolamento, houve menos mortes e alguns já se encontram em processo de retomada de suas atividades econômicas.

Percebe-se que os princípios da EPS se apresentam potenciais para o fortalecimento da prática de enfermagem, fortalecendo os vínculos com as comunidades e qualificando cuidado disponibilizado à população. Pois, neste momento crítico trazido pela pandemia, se faz imprescindível fortalecermos o sentido humanitário de nossas ações.

A vivência atual explicita a necessidade de maior atenção à dimensão educativa das práticas de enfermagem, que mais pesquisas precisam ser desenvolvidas, no sentido de avaliar a realidade das práticas de promoção e educação em saúde, assim como identificar os referenciais que têm orientado trabalhadores de enfermagem na práxis educativa.

Esperamos, no sentido do verbo freiriano “esperançar”, e acreditamos na superação deste momento crítico e que possamos seguir mais fortalecidos enquanto campo de práticas e saberes, em que as transformações que vivenciarmos e construirmos tornem nossas ações em saúde cada vez mais profissionalizadas, humanizadas, cientificamente referenciadas na diversidade epistemológica e socialmente comprometidas.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM. Educação popular em saúde: constituição e transformação de um campo de estudos e práticas na Saúde Coletiva. In: Pelicioni MC, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 313-48.
2. David HMSL, Acioli S. Problematizando a problematização: notas sobre uma prática educativa crítica em saúde. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Santos; 2019. p. 285-302.
3. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 32-45. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
4. Castro JL, Santana JP, Nogueira R, Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Observatório RH NESC/UFRN; 2002.
5. Bonetti OP. Problematizando a institucionalização da Educação Popular em Saúde no SUS. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade de Brasília, Brasília; 2013 [acesso em 15 de julho de 2020]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/14938>
6. Freire P. Pedagogia do oprimido. 38. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004. p. 68-91.
7. Entrevista: Victor Valla [entrevista a Eymard Vasconcelos]. Trab. Educ. Saúde. 2005 [acesso em 5 julho 2020];3(1): 227-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000100013&lng=en&nrm=iso
8. Betto F. Política e educação. São Paulo: Cortez; 1997.
9. Marteleto RM. Jovens, violência e saúde: construção de informações nos processos de mediação e apropriação de conhecimentos. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2009;3(3): 17-24. <https://doi.org/10.3395/reciis.v3i3.751>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 20 nov 2013 [acesso em 15 de julho de 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
11. Amorim FV, Calloni H. Sobre o conceito de amorosidade em Paulo Freire. Conjectura Filos Educ. 2017 [acesso em 15 de julho de 2020]; 22(2): 380-92. Disponível em: <http://www.uces.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/4807/pdf>