Amazônia
Parteiras

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Instituto de Biociências de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia e as Ciências Sociais e Humanas. Dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação is an interdisciplinary, quarterly publication of Unesp - São Paulo State University (Laboratory of Education and Communication in Health, Department of Public Health, Botucatu Medical School and Botucatu Biosciences Institute), focused on Education and Communication in the healthcare practices, Health Professional Education (Higher Education and Inservice Education) and the interface of Public Health with Philosophy and Human and Social Sciences. Qualitative research is emphasized.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação es una publicación interdisciplinar, trimestral, de Unesp – Universidad Estadual Paulista (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Medicas, e Instituto de Biociencias, campus de Botucatu), destinada a la Educación y la Comunicación en las practicas de salud, la formación de los profesionales de salud (universitaria y continuada) y a la Salud Colectiva en su articulación con la Filosofía y las Ciencias Humanas y Sociales. Enfatiza la investigación cualitativa.

EDITORES/EDITORS/EDITORES
Antonio Pithon Cyrino, Unesp
Lilia Blima Schraiber, USP
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORAS ASSISTENTES/ ASSISTENT EDITORS/ EDITORAS ASISTENTES
Eunice Nakamura, Unifesp
Margareth Santini de Almeida, Unesp
Túlio Batista Franco, UFF
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA
Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORES CONVIDADOS/INVITED EDITORS/EDITORES CONVIDADOS
Maria Waldenez de Oliveira, UFSCar
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI

EDITORES DE AREA/ÁREA EDITORS/EDITORES DE ÁREA
Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, USP
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Claudio Bertolli Filho, Unesp
Denise Martin Covielo, Unifesp
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar
Silvio Yasui, Unesp
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

EDITORAS DE CRIAÇÃO/CREATION EDITORS/EDITORAS DE CREACIÓN
Elisabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Mariângela Scaglione Quarentei, Unesp

Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación
Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Paula Carpinetti Aversa, USP
Renata Monteiro Buelau, USP

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO
Projeto gráfico-textual/Graphic textual project/Proyecto gráfico-textual
Adriana Ribeiro, Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Mariângela Scaglione Quarentei, Unesp
Identidade visual/Visual identity/Identidad visual
Érica Cezarini Cardoso, Desígnio Ecodesign
Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica
Adriana Ribeiro

Imagens: Radilson Carlos Gomes (fotógrafo documentarista)

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL
Assistente administrativo/Administrative assistent/Asistente administrativo
Juliana Freitas Oliveira
Auxiliar administrativo/Administrative assistant/ Ayudante administrativo
Nieli de Lima
Normalização/Normalization/Normalización
Enilze de Souza Nogueira Volpato
Luciene Pizzani
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos
Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potugués)
David Elliff (Inglês/English/Inglés)
María Carbajal (Espanhol/Spanish/Español)
Web design
IDETEC
Manutenção do website/Website support/ Manutención del sitio
Juliana Freitas Oliveira

Capa/Cover/Portada: Radilson Carlos Gomes, Parteiras tradicionais da Amazônia, Amapá.

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO

Adriana Kelly Santos, UFV
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alain Ehrenberg, Université Paris Descartes, France
Alejandra López Gómez, Universitad de la Republica Uruguaia, Uruguai
Ana Lúcia Coelho Heckert, UFES
Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Unesp
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBa
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma Metropolitana, México
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de Colombia, Colômbia
Charles Briggs, UCSD, USA
Cleoni Maria Barbosa Fernandes, PUCRS
Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Unesp
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francini Lube Guizardi, Fiocruz
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
Geórgia Sibele Nogueira da Silva, UFRN
Graça Carapinheiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Jairnilson da Silva Paim, UFBa
Janine Miranda Cardoso, Fiocruz
Jesús Arroyave, Universidade del Norte, Colômbia
John Le Carreño, Universidade Adventista, Chile
José Carlos Libâneo, UCG
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Roque Junges, Unisinos
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN
Laura Macruz Feuerwerker, USP
Leandro Barbosa de Pinho, UFRGS
Leonor Graciela Natansohn, UFBa
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBa
Lydia Feito Grande, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Luciana Kind do Nascimento, PUCMG
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguaia, Uruguai
Luiz Fernando Dias Duarte, UFRJ
Magda Dimenstein, UFRN
Marcelo Dalla Vecchia, UF São João Del Rei
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBa
Márcia Thereza Couto Falcão, USP
Marcos Antonio Pellegrini, Universidade Federal de Roraima
Marcus Vinicius Machado de Almeida, UFRJ
Margarida Maria da Silva Vieira, Universidade Católica Portuguesa, Portugal
Maria Antônia Ramos de Azevedo, Unesp
Maria Cecília de Souza Minayo, ENSP/Fiocruz
Maria Cristina Davini, OPAS, Argentina
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidad Autónoma Metropolitana, México
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES
Maria Inês Baptistella Nemes, USP
Maria Isabel da Cunha, Unisinos
Maria Ligia Rangel Santos, UFBa
Marilene de Castilho Sá, ENSP, Fiocruz
Marina Peduzzi, USP
Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Marli Elisa Dalmaso Afonso D'André, PUCSP
Mònica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPb
Mónica Petracci, UBA, Argentina
Nildo Alves Batista, Unifesp
Paulo Henrique Martins, UFPE
Paulo Roberto Gibaldi Vaz, UFRJ
Regina Duarte Benevides de Barros, UFF
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Richard Guy Parker, Columbia University, USA
Robert M. Anderson, University of Michigan, USA
Roberta Bivar Carneiro Campos, UFPE
Roberto Castro Pérez, Universidad Nacional Autónoma de México, México
Roberto Passos Nogueira, IPEA
Roger Ruiz-Moral, Universidad Francisco de Vitoria, Espanha
Roseni Pinheiro, UERJ
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Soraya Fleischer, UnB
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS
Vânia Moreno, Unesp

APOIO/SPONSOR/APOYO
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
e Tecnológico - CNPq
Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar -
Famesp
Instituto de Biociências de Botucatu/Unesp
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP),
Ministério da Saúde

INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EN

. Bibliografia Brasileira de Educação
<http://www.inep.gov.br>
. CLASE - Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales
y Humanidades
<http://www.dgbiblio.unam.mx>
. CCN - Catálogo Coletivo Nacional/IBICT
<http://ccn.ibict.br>
. DOAJ - Directory of Open Access Journal
<http://www.doaj.org>
. EBSCO Publishing's Electronic Databases
<http://www.ebscohost.com>
. EMCare - <http://www.info.embase.com/emcare>
. Google Academic - <http://scholar.google.com.br>
. LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para
Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y
Portugal - <http://www.latindex.unam.mx>
. LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências
da Saúde - <http://www.bireme.org>
. Linguistics and Language Behavior Abstracts - LLBA
<http://www.csa.com.br>
. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe,
España y Portugal - <http://redalyc.uaemex.mx/>
. SciELO Brasil/SciELO Social Sciences
<http://www.scielo.br/icse>
<http://socialsciences.scielo.org/icse>
. SciELO Citation Index (Thomson Reuters)
<http://thomsonreuters.com/scielo-citationindex/>
. SciELO Saúde Pública
<www.scielosp.org.br>
. Social Planning/Policy & Development Abstracts
<http://www.cabi.org>
. Scopus - <http://info.scopus.com>
. SocINDEX - <http://www.ebscohost.com/
biomedical-libraries/socindex>
. CSA Sociological Abstracts - <http://www.csa.com>
. CSA Social Services Abstracts - <http://www.csa.com>

TEXTO COMPLETO EM
. <http://www.scielo.br/icse>
. <http://www.interface.org.br>

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA
Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Junior, s/n° - Campus da Unesp
Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br www.interface.org.br

ISSN 1807-5762

Radilson Carlos Gomes, Maceió

Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2014; 18 Supl 2
Botucatu, SP: UNESP

Trimestral
ISSN 1807-5762

I. Comunicação e Educação 2. Educação em Saúde
3. Comunicação e Saúde 4. Ciências da Educação
5. Ciências Sociais e Saúde 6. Filosofia e Saúde
I UNESP

Filiada à
ABEC
Associação Brasileira de
Editores Científicos

interface
comunicação saúde educação
2014; 18 Supl 2 ISSN 1807-5762

1155 editorial

1157 apresentação

artigos

1161 Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil
Inês Nascimento de Carvalho Reis; Ilda Lopes Rodrigues da Silva; Julio Alberto Wong Un

1175 Espaços de Saúde e Cultura: experiência do Fórum Social Mundial às Tendas de Educação Popular em Saúde
Thaís Maranhão; Osvaldo Peralta Bonetti; Vanderleia Laodete Pulga Daron; Odete Messa Torres

1187 Pontos de Cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores
Gabriela Fabian Nespolo; Êrica Rosalba Mallmann Duarte; Cristianne Maria Famer Rocha; Alcindo Antônio Ferla; Gímerson Erick Ferreira; Gustavo Costa de Oliveira; Beatriz Santana de Souza Lima

1199 Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde
Danielly Maia de Queiroz; Maria Rocineide Ferreira da Silva; Lúcia Conde de Oliveira

1211 Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos
Regina Maria Marteleto; Helena Maria Scherlowski Leal David

1227 O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil
Welington Serra Lazarini; Francis Sodré; Maristela Dalbello-Araujo

1241 Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista
Sônia Maria Dantas Berger; Regina Helena Simões Barbosa; Cecília Teixeira Soares; Cláudia de Magalhães Bezerra

1255 Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?
Tácia Maria Pereira Flisch; Rodrigo Henrique Alves; Thiara Amanda Corrêa de Almeida; Heloísa de Carvalho Torres; Virginia Torres Schall; Dener Carlos dos Reis

1269 Subjetividade, espiritualidade, gestão e Estado na Educação Popular em Saúde: um debate a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos
Luciano Bezerra Gomes; Emerson Elias Merhy

1283 Significado político do MobilizaSUS na Bahia nos óculos de Gramsci, pela lente da reforma sanitária brasileira
Tiago Parada Costa Silva; Carmen Fontes de Souza Teixeira

1299 Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano
Juliana Sampaio; ilney Costa Santos; Marcia Agostini; Anarita de Souza Salvador

1313 Dispositivos de comunicação para a promoção da saúde: reflexões metodológicas a partir do processo de compartilhamento da Maleta de Trabalho "Reconhecendo Manguinhos"
Lenira Zancan; Fátima Pivetta; Fabiana Melo Sousa; Marize Cunha; Marcelo Firpo de Sousa Porto; Jairo Freitas; Gleide Guimarães Alentejo

1327 Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde
Vera Joana Bornstein; Cristina Massadar Morel; Ingrid D'avilla Freire Pereira; Marcia Raposo Lopes

1341 Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas
Iraí Maria de Campos Teixeira; Maria Waldenez de Oliveira

1355 Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde
Eduardo Simon; Edineide Jezine; Eymard Mourão Vasconcelos; Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro

1365 Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível
Pedro José Santos Carneiro Cruz; José Francisco de Melo Neto

1377 Educação popular e controle social em saúde do trabalhador: desafios com base em uma experiência
Dailton Alencar Lucas de Lacerda; Pedro José Santos Carneiro Cruz; Maria da Graça Luderitz Hoefel; Iris do Céu Clara Costa; Andreia Marinho Barbosa; Islany Costa Alencar; Rodrigo Mendes Silva Luna

1389 Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária
Lucia Conde de Oliveira; Maria Marlene Marques Ávila; Annatália Meneses de Amorim Gomes; Maria Homéria Leite de Morais Sampaio

1401 Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular
Patricia Serpa de Souza Batista; Eymard Mourão Vasconcelos; Solange Fátima Geraldo da Costa

1413 Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS
Osvaldo Peralta Bonetti; Muna Muhammad Odeh; Fernando Ferreira Carneiro

1427 A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos
Luciano Bezerra Gomes; Emerson Elias Merhy

1441 Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil
Ernande Valentin do Prado; Cibele Sales; Seiko Nomiyama

1453 As redes de apoio social nas práticas de educação popular e saúde: reflexões de uma pesquisa-ação
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro; Eymard Mourão Vasconcelos

1463 Da pedagogicidade do cuidado ante a experiência de ser hipertenso
Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia; Marize Bastos da Cunha

debates

1475 Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil
Eduardo Navarro Stotz

1487 Educação Popular em Saúde e democracia
Noemi Margarida Krefta

1489 Educação Popular e questões de poder
Sonia Fleury

1493 Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil
Maria do Socorro de Souza

1495 Réplica

espaço aberto

1499 Educação Popular em Saúde: doação de leite humano em comunidade do Rio de Janeiro, Brasil
Jenifer Borges Pellegrine; Fabiana Ferreira Koopmans; Halyne Limeira Pessanha; Cleide Gonçalo Rufino; Helena Portes Sava de Farias

1507 Curso "Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde": uma experiência de educação popular em Saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS
Luciana Chaves; Alba da Cunha Alves; Jamilly Souza; Larissa Barros; Patricia Dantas de Araújo; Tiago Parada Costa Silva

1513 Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil
Kátia Mendes de Souza; Irene Leonore Goldschmidt; Vera Joana Bornstein; Sonia Acioli

1523 Vozes em sintonia: Educação Popular sobre DST via rádio comunitária
Maria Liz Cunha de Oliveira

1529 O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas: relato de um encontro
Marcus Vinicius Campos Matraca; Tania Cremonini Araújo-Jorge; Gert Wimmer

1537 Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG
Bianca Rückert; Ana Regina Machado; Carine Constancia Alves e Santos; Patrícia Cássia Duarte de Brito

1547 O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde
Maria Carmélia Sales do Amaral; Andrezza Graziella Veríssimo Pontes; Jennifer do Vale e Silva

1559 Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS
Fabiana Rodrigues de Sousa

1569 Extensão Popular na formação profissional em saúde para o SUS: refletindo uma experiência
Maria Francilene Leite; Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro; Ulisses Umbelino dos Anjos; Patrícia Serpa de Souza Batista

entrevista

1579 Processos de formação e produção de conhecimento: cinco olhares sobre a Educação Popular e Saúde
Helena Maria Scherlowski Leal David; Ivanilde Vieira Batista; Julio Alberto Wong Um; Paulette Cavalcanti; Regina Helena Simões Barbosa; Selvino Heck

teses

1591 Extensão popular: a pedagogia da participação estudantil em seu movimento nacional
Pedro José Santos Carneiro Cruz

1593 Construção e divulgação do conhecimento no campo da Educação Popular e Saúde
Marcus Vinícius Pereira da Silva

criação

1595 Dispositivos infocomunicacionais em saúde
Regina Marteleto; Helena Maria Scherlowski Leal David; Mariana Bteshe

interface
comunicação saúde educação
2014; 18 Supl 2 ISSN 1807-5762

1155 editorial

1157 presentation

articles

1161 Public space in Primary Health Care: Popular Education and health promotion at brasilian health-schoolcenters
Inês Nascimento de Carvalho Reis; Ilda Lopes Rodrigues da Silva; Julio Alberto Wong Un

1175 Spaces of Health and Culture: the experience of the World Social Forum and the Tents of Popular Education in Health
Thaís Maranhão; Osvaldo Peralta Bonetti; Vanderleia Laodete Pulga Daron; Odete Messa Torres

1187 Culture Points: contributions to Popular Health Education in the perspective of their coordinators
Gabriela Fabian Nespolo; Êrica Rosalba Mallmann Duarte; Cristianne Maria Famer Rocha; Alcindo Antônio Ferla; Gímerson Erick Ferreira; Gustavo Costa de Oliveira; Beatriz Santana de Souza Lima

1199 Continuing Education for Community Health Agents: potentialities of an education guided by the framework of Health and Popular Education
Danielly Maia de Queiroz; Maria Rocineide Ferreira da Silva; Lúcia Conde de Oliveira

1211 Community Health Agent's Handbook: an experience of shared knowledge production
Regina Maria Marteleto; Helena Maria Scherlowski Leal David

1227 The debate on health education in the scope of the Municipal Health Council of Vitória, Southeastern Brazil
Welington Serra Lazarini; Francis Sodré; Maristela Dalbello-Araujo

1241 Educating Community Health Agents to face gender violence: contributions from Popular Education and feminist pedagogy
Sônia Maria Dantas Berger; Regina Helena Simões Barbosa; Cecília Teixeira Soares; Cláudia de Magalhães Bezerra

1255 How do primary care professionals perceive and develop Popular Health Education?
Tácia Maria Pereira Flisch; Rodrigo Henrique Alves; Thiara Amanda Corrêa de Almeida; Heloísa de Carvalho Torres; Virginia Torres Schall; Dener Carlos dos Reis

1269 Subjectivity, spirituality, management and State in Popular Health Education: a discussion based on the work of Eymard Mourão Vasconcelos
Luciano Bezerra Gomes; Emerson Elias Merhy

1283 The political meanings of MobilizaSUS through the eyes of Gramsci and the lens of Brazilian sanitary reform
Tiago Parada Costa Silva; Carmen Fontes de Souza Teixeira

1299 Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil
Juliana Sampaio; ilney Costa Santos; Marcia Agostini; Anarita de Souza Salvador

1313 Comunication devices for health promotion: methodological reflections from de process of sharing of Work Case "Recognizin Manguinhos"
Lenira Zancan; Fátima Pivetta; Fabiana Melo Sousa; Marize Cunha; Marcelo Firpo de Sousa Porto; Jairo Freitas; Gleide Guimarães Alentejo

1327 MR. Challenges and prospects of Health Popular Education in its contribution to the praxis of Community Health Agents
Vera Joana Bornstein; Cristina Massadar Morel; Ingrid D'avilla Freire Pereira; Marcia Raposo Lopes

1341 Health care practices of peasant women
Iraí Maria de Campos Teixeira; Maria Waldenez de Oliveira

1355 Active teaching-learning methodologies and popular education: agreements and disagreements in the context of health professionals' education
Eduardo Simon; Edineide Jezine; Eymard Mourão Vasconcelos; Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro

1365 Popular education and social nutrition: theoretical considerations on a possible dialogue
Pedro José Santos Carneiro Cruz; José Francisco de Melo Neto

1377 Popular education and social control in worker health: challenges based on experience
Dailton Alencar Lucas de Lacerda; Pedro José Santos Carneiro Cruz; Maria da Graça Luderitz Hoefel; Iris do Céu Clara Costa; Andreia Marinho Barbosa; Islany Costa Alencar; Rodrigo Mendes Silva Luna

1389 Popular participation in health education initiatives: challenges for primary healthcare professionals
Lucia Conde de Oliveira; Maria Marlene Marques Ávila; Annatália Meneses de Amorim Gomes; Maria Homéria Leite de Morais Sampaio

1401 Ethics in educational and health care actions oriented by popular education
Patricia Serpa de Souza Batista; Eymard Mourão Vasconcelos; Solange Fátima Geraldo da Costa

1413 Questioning the Institutionalization of Popular Education in Health in the Unified Health System (SUS – acronym in Portuguese)
Osvaldo Peralta Bonetti; Muna Muhammad Odeh; Fernando Ferreira Carneiro

1427 The popular education and the health care: a study from the work of Eymard Mourão Vasconcelos
Luciano Bezerra Gomes; Emerson Elias Merhy

1441 I have lived it, nobody told me: popular health education in the Family Health Strategy at the borders of Pantanal - Mato Grosso do Sul state, Brazil
Ernande Valentin do Prado; Cibele Sales; Seiko Nomiyama

1453 Social support networks in practice of popular health education: reflections of an action-research
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro; Eymard Mourão Vasconcelos

1463 The pedagogical care in a experience of being hypertensive
Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia; Marize Bastos da Cunha

debates

1475 Popular Education and Health, and Democracy in Brazil
Eduardo Navarro Stotz

1487 Popular Education in Health and democracy
Noemi Margarida Krefta

1489 Popular Education and power issues
Sonia Fleury

1493 Popular Education and Health and democracy in Brazil
Maria do Socorro de Souza

1495 Reply

open space

1499 Popular Education in Health: human milk donation in a community in Rio de Janeiro, Brazil
Jenifer Borges Pellegrine; Fabiana Ferreira Koopmans; Halyne Limeira Pessanha; Cleide Gonçalo Rufino; Helena Portes Sava de Farias

1507 "Popular participation, social movements and the right to health": an experience of popular education in Health, in Bahia, based on MobilizaSUS
Luciana Chaves; Alba da Cunha Alves; Jamilly Souza; Larissa Barros; Patricia Dantas de Araújo; Tiago Parada Costa Silva

1513 Pedagogical practices of Popular Health Education and technical training of Community Health Agents in the city of Rio de Janeiro, Brazil
Kátia Mendes de Souza; Irene Leonore Goldschmidt; Vera Joana Bornstein; Sonia Acioli

1523 Voices: Popular Education about STDs via community radio
Maria Liz Cunha de Oliveira

1529 The PalhaSUS and the Family Health Strategy for Homeless People: a report of the meeting
Marcus Vinicius Campos Matraca; Tania Cremonini Araújo-Jorge; Gert Wimmer

1537 Dialogues between the Field Health and the Mental Health: the experience of the "Popular Education on Mental Health of MST Workshop" in ESP MG
Bianca Rückert; Ana Regina Machado; Carine Constancia Alves e Santos; Patrícia Cássia Duarte de Brito

1547 The teaching of Popular Education in Health for SUS: experience of articulation between nursing students and Community Healthcare Agents
Maria Carmélia Sales do Amaral; Andrezza Graziella Veríssimo Pontes; Jennifer do Vale e Silva

1559 Popular Education in Health and participation of prostitutes: contributions to participatory management of SUS
Fabiana Rodrigues de Sousa

1569 Popular Extension in professional training in health for SUS: reflecting an experience
Maria Francilene Leite; Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro; Ulisses Umbelino dos Anjos; Patrícia Serpa de Souza Batista

interview

1579 Education processes and knowledge production: five perspectives on Popular Education and Health
Helena Maria Scherlowski Leal David; Ivanilde Vieira Batista; Julio Alberto Wong Um; Paulette Cavalcanti; Regina Helena Simões Barbosa; Selvino Heck

theses

1591 Popular extension: the pedagogy of student participation in its national movement
Pedro José Santos Carneiro Cruz

1593 Knowledge construction and dissemination in the field of Popular Education and Health
Marcus Vinícius Pereira da Silva

criation

1595 Infocommunicative devices in health or health area
Regina Marteleto; Helena Maria Scherlowski Leal David; Mariana Bteshe

DOI: 10.1590/1807-57622014.1260

É com grande satisfação que abro o Suplemento Especial de Educação Popular em Saúde da revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação.

Acreditamos que ao acolher a proposta apresentada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) de viabilizar esta produção, o Corpo Editorial da Interface não só expressam seu reconhecimento em relação à Educação Popular em Saúde (EPS), como demonstram seu compromisso com a democratização do Sistema Único de Saúde.

Ao reconhecer e legitimar este campo afirma-se que o fazer saúde perpassa o pensar, o sentir e o agir. Dimensões essas, potencializadas quando assumimos uma postura integralizadora na produção do conhecimento. A articulação entre os diversos saberes, sejam populares, técnicos ou acadêmicos, se apresenta como imperativo ético para a gestão participativa, a formação, o controle social e o cuidado em saúde na contemporaneidade.

Destaca-se a intensidade que o momento atual imprime a este tema e a esta publicação. No mínimo duas realidades embasam esta afirmativa. Em primeiro, o fato de que estamos vivenciando a institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), publicada em novembro de 2013. Após uma significativa caminhada desde sua inclusão na estrutura político-administrativa do Ministério da Saúde, ao reunir um conjunto de saberes e práticas construídos em diálogo com gestores, trabalhadores, educadores, movimentos sociais e populares, a EPS conquistou materialidade para se configurar enquanto Política. Em segundo, a constatação de que a sociedade brasileira, provocada pela proposta da Política Nacional de Participação Social, em pauta no Congresso Nacional, encontra-se mobilizada no debate sobre as possibilidades de ampliação da democracia participativa na gestão das políticas públicas, garantidoras dos direitos da cidadania.

Este Suplemento ao apresentar a riqueza de reflexões teóricas e de sistematização de vivências e práticas de Educação Popular em Saúde, contribuirá de forma substancial para a construção dialética, problematizadora e amorosa, inerente à perspectiva freiriana, do "como fazer" e por quais caminhos devemos percorrer para implementação efetiva da PNEPS-SUS nos múltiplos espaços da produção da saúde.

Desejamos uma boa e prazerosa leitura a todos e todas e que esta semente germine em suas práticas cotidianas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde.

André Luis Bonifácio
Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

DOI: 10.1590/1807-57622014.1260

It is with immense satisfaction that we present the Special Public Health Supplement to the journal *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*.

We believe that by welcoming the proposal presented by the Strategic and Participatory Management Secretariat of the Ministry of Health, to enable this production, the Editorial Board of *Interface* not only acknowledges its recognition of Public Health Education (Educação Popular em Saúde; EPS) but also shows its commitment toward the democratization of the Unified Health System (SUS).

When recognizing and legitimizing this field, it is important to acknowledge that health transverses thinking, feeling, and acting. These dimensions are reinforced when we assume an integrating stance while knowledge production. The connection between different fields of knowledge (popular, technical, or academic) is ethically imperative for participative management, training, social control, and modern healthcare.

The intense impact that the current reality has on this subject is affirmed by this publication in at least two aspects: First, the fact that we are witnessing the institutionalization of the National Popular Health Education Policy (*Política Nacional de Educação Popular em Saúde*, PNEPS-SUS), which was decreed in November 2013. After a significant period since its inclusion in the Ministry of Health's political and administrative framework, by gathering different fields of knowledge and practices built through dialog with managers, workers, and teachers and social and popular movements, EPS has become established as a policy. Second, the fact that the Brazilian society, encouraged by the proposed National Policy of Social Participation (Política Nacional de Participação Social) on the agenda of the National Congress, is actively involved in the debate on the possibility of expanding participative democracy in the management of public policies, guaranteeing the rights of the citizens.

By presenting the abundance of theoretical reflections and systematization of Public Health Education experiences and practices, this Supplement will substantially contribute to a dialectic, problem-solving, and loving construction (which is inherently Freirean in perspective) of the "how to" and the paths we must follow for effective implementation of PNEPS-SUS in multiple healthcare facilities.

Happy reading to all; may this seed germinate in all the daily practices developed in the SUS.

André Luis Bonifácio
Strategic and Participatory Management Secretariat of the Ministry of Health

DOI: 10.1590/1807-57622014.1237

A Educação Popular e Saúde vem se mostrando como um campo fértil de reflexões, trabalhos, pesquisas e propostas seja na e para a área da Saúde seja de Educação. Dentre tantos recortes históricos possíveis, diríamos que a década de 1970 foi uma década especial para a construção do que hoje conhecemos e vimos denominando como Educação Popular e Saúde. Os acontecimentos na área da saúde vivenciados e denunciados pelos grupos populares e acadêmicos apontavam as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a baixa qualidade da atenção a saúde às classes populares, as precárias condições de trabalho dos profissionais e o completo desconhecimento dos determinantes e condicionantes sócios-culturais da saúde por parte das políticas públicas vigentes. Neste cenário foram sendo produzidas práticas, conhecimentos, instrumentos teóricos e metodológicos construídos coletivamente para enfrentar as adversidades que restringiam o pleno viver de homens e mulheres no campo e nas cidades, principalmente nas periferias. Nesse movimento, acadêmicos, profissionais de saúde, estudantes, grupos e movimentos sociais e populares apropriam-se das reflexões da Educação Popular de base freireana, para pensar, criticar, conhecer o campo da Saúde e nele experienciar outras formas de pensar e fazer Saúde, na formação profissional, na atenção à Saúde, na organização dos serviços e na relação entre as pessoas. Nessa construção alguns pontos, poderíamos dizer, pilares, foram sendo consolidados buscando-se colocar à luz uma coerência epistemológica que pudesse sustentar e ao mesmo tempo criticar essa construção, descobrindo e anunciando novas construções. Poderíamos apontar alguns deles, apenas para dar um panorama geral ao leitor, do que sua leitura deste suplemento poderá detalhar: as culturas populares e suas formas de conhecer e construir saúde e o enfrentamento de seus condicionantes e determinantes, a articulação entre teoria e prática na intencionalidade emancipatória do cuidar, as pessoas como sujeitos do conhecimento com capacidade de construir o futuro, a historicidade humana nos processos educativos e a subjetividade e intersubjetividade presentes nos processos de adoecimento e cura

Cabe lembrar que processos anteriores a esta década, como a já mencionada Educação Popular, os movimentos populares pela democracia na América Latina e Caribe, entre outros, abriram caminhos vitais para esses processos de construção. Todos esses caminhares, conhecimentos, experiências foram e estão sendo constitutivos da Educação Popular e Saúde e de sua consistência ontológica, epistemológica e gnosiológica, política, cultural e historicamente localizada que sustenta escolhas teóricas e metodológicas que a expressam ao mesmo tempo em que a ela se voltam criticamente em diálogo e na diversidade que são próprios da Educação Popular.

Nessa consistência e diversidade elaborou-se este Suplemento "A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE". Nele o leitor encontrará artigos, relatos de experiências, debates, entrevistas, teses, criações que de forma crítica, rigorosa e esperançosa trazem as várias dimensões e abordagens das interfaces entre a Educação Popular e o Sistema Único de Saúde, seja na rede de serviços, nos territórios e nas unidades de saúde, nas escolas, em cursos, nos

conselhos, seja nas Políticas de Saúde nacionais, locais, regionais, seja nos demais espaços sociais onde a luta popular pela Saúde acontece.

Tais características nos fazem olhar os artigos deste Suplemento sob diversas perspectivas que revelam três dimensões nas quais é possível apreender as interfaces entre Educação Popular e Saúde e SUS. A primeira é a dimensão pedagógica na qual a Educação Popular mostra-se como suporte para processos de constituição de sujeitos críticos e reflexivos no campo da saúde e nos modos de ensinar/aprender nos movimentos populares, na extensão universitária e na formação de profissionais. A segunda é a dimensão da *praxis* em saúde na qual a Educação Popular se expressa na integralidade das ações de saúde e no compartilhamento de saberes e fazeres e, a terceira, a dimensão política na qual a Educação Popular orienta e organiza a formação de sujeitos políticos que se movimentam no cenário das transformações sociais.

A diversidade de artigos e a multiplicidade dos sujeitos/autores convergem e fortalecem algo que é muito caro a Educação Popular: a perspectiva da superação de situações que limitam ou dificultam ações emancipatórias e da construção do inédito viável.

Como exemplo vivo disso, temos a edição deste Suplemento que somente foi possível com o compartilhamento das dificuldades limitantes com a Interface, com a Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde e sua Coordenação Geral de *Educação Popular* e Mobilização Social, com a Rede de Educação Popular e Saúde, e, com o Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Agradecemos aos autores e autoras que submeteram seus artigos, reflexões para debates, entrevistas, criações e aos revisores(as) pelo trabalho cuidadoso de avaliação dos artigos . Esperamos que este Suplemento vá além da contribuição epistêmica da Educação Popular e Saúde para o campo da Saúde Coletiva; ou seja, que as vivências, experiências e reflexões aqui relatadas sejam pilares para a viabilidade do inédito em nossas vidas e na saúde da população brasileira.

Maria Waldenez de Oliveira
José Ivo Pedrosa
Editores Convidados

DOI: 10.1590/1807-57622014.1237

Popular education and health has proven to be a fertile field for reflection, projects, research, and proposals in the areas of both healthcare and education alike. Among many possible historical eras, we believe that 1970s was a special decade for constructing what we now know and see as popular health and education. The events in the healthcare field that both the general population and scholars witnessed and reported indicated inequalities in access to healthcare services, low-quality health services provided to the lower classes, precarious working conditions for professionals, and complete ignorance of the socio-cultural determinants and constraints of health care in the public policies that were in force at that time. In this scenario, practices, knowledge, and technical and methodological instruments were collectively constructed to face the adversities that impede the full lives of women and men in the rural areas and cities, especially in peripheral areas. In this movement, scholars, health professionals, students, and social groups and movements use the reflections of Freirean popular education to think, criticize, and explore the field of health. Within this field they experience other ways of thinking about and practicing health in professional training, attention to health, organization of services, and interpersonal relationships. Some points (which we can call pillars) were consolidated in this construction phase to search for an epistemological coherence that can simultaneously sustain and criticize this construct, discovering and announcing new constructs. We can generally indicate some of these points to the reader, who can explore more details in this supplement: popular cultures and their ways of knowing and constructing health as well as facing factors that condition and determine health; the connection between theory and practice in the emancipatory intentionality of care; people as subjects of knowledge with the ability to construct the future; human historicity in educational processes; and the subjectivity and intersubjectivity present in the processes of sickness and cure.

Note that processes that precede this decade, such as the abovementioned popular education movement and the popular movements for democracy in Latin America and the Caribbean, paved the way for these construction processes. All these paths, knowledge, and experiences were and continue to be a part of popular education and health. It is their ontologically, epistemologically, gnoseologically, politically, culturally, and historically located consistency that sustains the theoretical and methodological choices that express them and simultaneously remain a reference in the dialogue and diversity that are characteristic of popular education.

It is within this consistency and diversity that this supplement, "POPULAR EDUCATION AND HEALTH IN THE UNIFIED HEALTHCARE SYSTEM" was written. In it, readers will find papers, reports, debates, interviews, theses, and creations that discuss the various dimensions and approaches of the interface between popular education and the Unified Healthcare System (SUS) in a critical, rigorous, and hopeful manner, whether these take place in the service network; in the territories and healthcare units; in schools; in courses and in councils; in national, local, and regional Healthcare Policies; or even the various social spaces where the popular struggle for healthcare takes place.

These characteristics make us look at the papers in this supplement from several perspectives that reveal three dimensions in which it is possible to comprehend the interface between public education and health and the SUS. The first is the pedagogic dimension wherein popular education appears as the support for processes of constructing critical and reflective subjects in the field of health, and in the ways of teaching/learning in popular movements, university extension, and the training of professionals. The second is the dimension of *praxis* in healthcare, wherein popular education expresses itself in the totality of healthcare actions, and in the sharing of knowledge and know-how. The third is the political dimension wherein popular education guides and organizes the training of political subjects that move within the scenario of social transformations.

The diversity of papers and the multiplicity of subjects/authors converge and strengthen something that is prized in popular education: the prospect of overcoming situations that limit or complicate emancipatory actions and activities to construct new realities.

This Supplement is an example: it was only made possible as a result of sharing limiting difficulties with *Interface*, the Ministry of Health's Bureau of Strategic and Participatory Management and its General Coordination of Public Education and Social Mobilization, with the Popular Education and Health Network, and with the Popular Education and Health Work Group of the Brazilian Association for Collective Health. We thank the authors that submitted their papers, reflections for debate, interviews, and creations, as well as the reviewers for their careful evaluation of these papers. We hope that this Supplement will go beyond the epistemic contribution of public education and health, and into the field of popular health itself. In other words, we hope that the experiences and reflections reported here become pillars to make new events possible in our lives and in the health of the Brazilian population.

Maria Waldenez de Oliveira
José Ivo Pedrosa
Editores Convidados

DOI: 10.1590/1807-57622013.0455

Espaço público na Atenção Básica de Saúde:
Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil

Inês Nascimento de Carvalho Reis[a]
Ilda Lopes Rodrigues da Silva[b]
Julio Alberto Wong Un[c]

Reis INC, Silva ILR, Un JAW. Public space in Primary Health Care: Popular Education and healthpromotionatbrasilianhealth-schoolcenters.Interface(Botucatu).2014;18Supl2:1161-1174.

The conceptual frameworks of this study are health promotion and health education. Their similarities are emphasized, notably the importance of dialogue as a strategy for operational approach. In order to identify the evolution of concepts, practices, and of the institutionalization of health promotion in the perspective of education in primary care in Brazilian National Health System, the issue was investigated in the country's 17 Health School Centers. Overall, 91 people were interviewed (24 managers, 35 professionals and 32 users), and unconventional educational practices in the waiting rooms of the Health School Centers were identified. It was concluded that the visibility of the waiting room as a public space could be enhanced through the appreciation of popular knowledge and collaborative work. Citizens could be encouraged to work creatively, optimizing the available resources.

Keywords: Public space. Popular Education. Health promotion. Primary health care. Waiting Room.

Os marcos conceituais do trabalho são a promoção da saúde e educação em saúde, priorizando suas semelhanças, dentre as quais se destaca a importância do diálogo como estratégia de abordagem operacional. Buscou-se identificar a evolução dos conceitos, das práticas e da institucionalização da Promoção da Saúde, na perspectiva da educação na Atenção Básica de Saúde no Sistema Único de Saúde. O tema foi pesquisado nos 17 Centros de Saúde Escola (CSE) do Brasil, onde se apresentam práticas educativas não convencionais em sala de espera (SE). Na ocasião, foram entrevistados 91 sujeitos (24 gestores, 35 profissionais e 32 usuários). Demonstra-se que a visibilidade das SE como espaço público poderia ser ampliada pela valorização do saber popular e do agir em conjunto, incentivando a cidadania ao trabalhar de forma criativa e otimizando os recursos disponíveis.

Palavras-chave: Espaço público. Educação Popular. Promoção da Saúde. Atenção Básica de Saúde. Sala de Espera.

[a] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210. inesreis@ensp.fiocruz.br
[b] Vice-Reitoria de Assuntos Acadêmicos, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ilda@puc-rio.br
[c] Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. julio.wong.un@gmail.com

Introdução

Os avanços cognitivos e a evolução comunicacional no mundo globalizado contemporâneo têm contribuído para, cada vez mais, ampliar-se o conceito de saúde, apesar das práticas não seguirem a mesma velocidade. Um dos marcos atuais é a promoção da saúde, definida na Carta de Ottawa, de 1986, como "um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. [...] A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...]"[1] (p. 19).

Para que isso aconteça, acredita-se que é fundamental que os seres humanos valorizem relações éticas e dialógicas em espaços públicos, e não somente privados, onde os saberes devem ser respeitados igualitariamente e cada ato percebido como uma vivência educativa.

Os conceitos de capacitação, participação comunitária e educação tornam-se estratégicos, mas definidos de forma difusa nos documentos oficiais. Lopes[2] confirmou isso ao analisar as cartas internacionais. Verificou que a participação está implícita em todos os documentos e que a categoria empoderamento está relacionada à essa participação. O autor avaliou que a educação aparece identificada em diversas situações, vinculada tanto ao reforço da participação individual e comunitária, para tomada de decisões políticas favoráveis à saúde, como ao desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.

Observa-se que as Cartas não sugerem o uso de metodologias pedagógicas que incentivem processos dialógicos conscientizadores. Uma confirmação está no fato de o diálogo ter sido mencionado somente na Declaração de Santafé de Bogotá de 1992; mesmo assim, o conceito ainda precisa ser burilado.

No Brasil, o conceito ampliado de saúde vem ganhando cada vez mais força. Os princípios fundantes da promoção da saúde foram anteriores aos famosos movimentos internacionais, estando, inclusive, nas origens da saúde coletiva, como detalha Campos[3]. Mas, somente com a necessidade de estratégias de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), criou-se a Agenda de Compromisso pela Saúde, que culminou no surgimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNP), em 2006, e na inclusão da temática em outras políticas.

A PNP tem o desafio, como uma das estratégias de produção de saúde, de ser transversal, integradora, intersetorial, equânime, plural no respeito às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. Procura promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde e, para tanto, valoriza a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas; e a promoção, informação e educação em saúde. Todavia, define temáticas que priorizam, principalmente, o modelo biomédico e pouco do conceito mais ampliado de promoção da saúde.

Nota-se, portanto, a polissemia na promoção da saúde, que tem sido apontada por estudiosos como Tavares[4], Lefreve e Lefreve[5], Buss[6] e Poland et al.[7]. Recente publicação registrou e avaliou práticas identificadas como de promoção da saúde em 12 países da América Latina, inclusive o Brasil. Verificou que há diversas correntes de pensamentos que impedem a definição de um referencial homogêneo nem a primazia de alguma dessas correntes[8]. A publicação ainda relatou que há vários tipos de atividades com elementos em comum, reconhecendo a interdependência da educação em saúde e da participação comunitária, com a promoção da saúde.

Importante destacar a proximidade entre a promoção da saúde e a educação na área da saúde, o que é mencionado em diversas obras. Muitas vezes elas são complementares, confundidas ou superpostas. Uma confirmação está na Organização Pan-Americana de Saúde propor o aumento da "alfabetização em saúde", entendida como parte integrante da promoção da saúde[9]. Outra está na existência da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para Saúde (Uipes).

Também Vasconcelos[10] faz uma interessante analogia, afirmando que a Educação Popular é uma forma latina de promoção da saúde. Pedrosa[11], ao analisar a polissemia dos termos relacionados à educação na área da saúde, destaca a importância de suas práticas serem ressignificadas "como processos e estratégias para a promoção da saúde no contexto do SUS" (p. 78). Isso se deve ao fato, como aponta o autor, de que a promoção da saúde tem como pressuposto a mobilização e a

participação efetiva da sociedade e, como princípio, a autonomia individual e coletiva. Assim, as ações educativas, voltadas para comportamentos saudáveis e para a transformação de cenários vividos, teriam, potencialmente, a comunicação como expressão da educação conscientizadora.

Outro laço comum entre a Educação Popular e a promoção da saúde encontra respaldo na produção do educador brasileiro Paulo Freire. Quando residiu no Canadá, influenciou o movimento da saúde com suas propostas que questionavam as estratégias pedagógicas tradicionais[7]. Para Freire[12], educação "é comunicação, é diálogo, um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados" (p. 76), visando a uma prática transformadora da realidade vivida, baseada no respeito ao educando e na conquista de sua autonomia[13].

Freire também destaca a importância de o "educador progressista" (oposto ao "bancário" ou tecnicista ou meramente informativo) estar seguro e disponível, para se manter atento à realidade em que vive o educando e às suas percepções, pois a relação entre ambos deve ser uma via de mão dupla, e não uma transferência de conhecimento[14]. Para ele[15], "não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão" (p. 92). Menciona, ainda, que esse não é um privilégio dos homens, mas um dever.

Recente estudo observou a aplicabilidade do processo educacional transformador, citando a "docência desterritorializada que procura a saúde [...]"[16]. A autora vivencia, com um grupo de professores, a prática pedagógica da escola, mas fora das salas de aula, partindo do diálogo, do lúdico, do aprendizado do aluno, indo até onde o cidadão está. Quando se pensa na "desterritorialização" e no diálogo dentro do processo de educação transformadora, também se pensa em Hannah Arendt[17].

Para Arendt, o educar deve acontecer no diálogo que forma espaços públicos, tendo como perspectiva o pensamento, o despertar de si mesmo e dos outros do sono de irreflexão, abortando preconceitos, evitando a alienação proposta pelo consumismo e a banalização das maldades, opiniões vazias e irrefletidas[17,18].

Como apontado em Freitas et al.[19], baseado em Arendt, a massificação contribui para o sentimento de que o homem é descartável, incentiva o isolamento, as relações sociais que privilegiam a aparência, o individualismo, o enfraquecimento do espaço público e das ações políticas. Para Arendt[17], a ação política representa o nunca estar só e deve ser construída em qualquer lugar; é o mundo compartilhado, o espaço público, onde as diferenças e a pluralidade podem ser articuladas, e uma ação, uma palavra, pode mudar todo um conjunto.

Dess forma, Pedrosa[20] defende a ampliação dos espaços públicos, como espaços de exercício do diálogo e de respeito à cultura local, a partir de uma construção compartilhada do conhecimento, um dos princípios da Educação Popular em Saúde. Esta, considerada como "agenciadora de autonomias individuais e coletivas, resgata a alteridade de indivíduos e movimentos na luta pelos direitos humanos, contribuindo para a ampliação do significado dos direitos de cidadania, instituindo esta cidadania na vida das pessoas"[20] (p. 93).

Complementa-se com Vasconcelos[21], que destaca o diálogo como fator fundamental para a aproximação entre o profissional e o popular, sendo a Educação Popular uma potencial reorientadora de práticas. Para tanto, é necessário o uso de metodologias participativas, como a problematização, conforme proposta por Stotz et al.[22], baseado no fato de que todos têm opiniões sobre qualquer problema e que a ação contribui para um processo de ensino-aprendizagem cooperativo, colaborando para relações mais igualitárias, trocas de saberes e estabelecimento de laços entre profissionais e comunidade. Nesse contexto, parte-se da realidade e da valorização da cultura popular, diminuindo assim o fosso cultural entre serviços e população, como mencionam Stotz, David e Wong-Un[23].

Apesar da marcante história da Educação Popular, somente nos últimos anos, iniciou-se o processo de incorporação formal ao SUS, que culminou com a formulação e aprovação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde, em julho de 2012; política esta que está em fase de implementação.

Outras políticas nacionais de saúde, em especial a de Atenção Básica da Saúde, de 2011; de Promoção da Saúde, de 2006; e de Humanização da Saúde, de 2004; não aprofundam a temática da educação. A primeira destaca a importância de "um espaço de construção de cidadania" e de agir

em espaços comunitários. A segunda aponta a educação em saúde relacionada a hábitos de vida e responsabiliza as instâncias de saúde na identificação, articulação e apoio às experiências de Educação Popular. Sendo somente a terceira a única que menciona o diálogo, mesmo que somente uma vez, incentivando o aumento do diálogo entre profissionais, e destes com a população e gestores. Nenhuma aborda aspectos pedagógicos.

As fragilidades políticas e conceituais refletem e, ao mesmo tempo, reforçam as fragilidades de ações que incentivem práticas dialógicas e que impulsionem o exercício do cuidado de cada cidadão para consigo e com o coletivo. Um exemplo está no resultado de pesquisa em unidades da saúde da família, que apontou um dos grandes desafios para trabalhar com a abordagem freireana a produção do diálogo libertador a partir de uma educação problematizadora[24].

Os autores concluem que, embora seja amplamente difundida a importância do diálogo, da humanização da assistência, dos vínculos, do acolhimento nos serviços de saúde, da participação e empoderamento, perpetua-se, ainda, uma comunicação autoritária.

O fato de o setor saúde ter sido historicamente centrado no modelo biomédico contribuiu para que muitas riquezas culturais fossem banidas, sendo fundamental perceber as dissonâncias culturais e as "culturas dos serviços", valorizar a solidariedade e a democratização da sociedade, pois fazemos parte dela, somos feitos por ela e participamos de sua transformação[25].

Portanto, a falta de precisão conceitual e política, a formação curricular baseada em modelos não dialógicos de educação e a força do modelo biomédico podem contribuir para se compreender a dificuldade dos profissionais de saúde em dimensionar e operacionalizar as intenções expostas nos documentos oficiais.

Acredita-se que a educação dialogada é um imperativo ético. Além de proporcionar o conhecimento formal, que pode favorecer o desenvolvimento social e tecnológico, também, e principalmente incentiva o desenvolvimento de relações éticas, tolerantes, humanizadas, transformadoras.

Metodologia

Na busca por uma compreensão da realidade dos CSE com foco na sala de espera, foi realizada a tese de doutorado com pesquisa quali-quantitativa, utilizando a abordagem multimétodos[26].

Como apontam Bauer e Gaskell[27], "[...] a escolha qualitativa ou quantitativa é primeiramente uma decisão sobre a geração de dados e os métodos de análise, e só secundariamente uma escolha sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses de conhecimento [...] - e os resultados são construídos nos processos de comunicação" (s/p), formal e informal, dos discursos, textos, imagens e materiais sonoros[28-30]. Os multimétodos buscam minimizar o fato de que qualquer instrumento é como uma fotografia, "chamusca o real"[31,32], pois as distorções fazem parte da estrutura da pesquisa[33].

Assim, estabelecendo um diálogo com os estudiosos em metodologia, a pesquisa, foi embasada nos seguintes instrumentos:

- a observação científica em visita ao campo, que consistiu em registrar o cenário pesquisado, contando com a integração (observação participante), ou não, entre o pesquisador e a realidade estudada, sendo registrada por escrito em diário de campo, em filmagem e fotografia;
- a entrevista semiestruturada, transformada posteriormente em questionário, possibilitando o diálogo e a melhor apreensão de uma realidade a partir da narrativa verbal e da validação do entrevistado.

Foram estudadas diversas possibilidades para selecionar o campo de estudo, adotando critérios reconhecidos pelo SUS, para trazer-lhe contribuições conclusivas. Assim, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de acesso irrestrito on-line, dos anos de 2009 e 2010, quando se identificou o total de 23 Centros de Saúde Escola (CSE) no Brasil.

Essa escolha se deu pelo fato de os CSE terem sido criados para servir de referência para o SUS, notadamente, pela sua responsabilidade com as políticas públicas e a formação de recursos humanos para a Atenção Básica de Saúde, principal porta de entrada do Sistema.

A pesquisa aconteceu em quatro etapas:

- levantamento de dados on-line, para identificar os contatos telefônicos e perfil institucional. Quando não se obteve informações de um CSE, este foi excluído;
- contatos telefônicos com os gestores de todos os 22 CSE, para avaliar a viabilidade de participação na pesquisa, sendo excluídos os que não eram mais unidades autônomas e/ou nem CSE, perfazendo um universo final para pesquisa de 17 CSE;
- visita de campo a três CSE selecionados por tipo de gestão institucional e de frequência de atividades realizadas em sala de espera de usuários;
- entrevista telefônica com os demais 14 CSE.

Participaram da pesquisa de visita de campo: todos os gestores; outros profissionais que desenvolviam, no momento da pesquisa ou anterior a esta, atividades educativas em sala de espera ou fora dela; assistentes sociais e profissionais que faziam o acolhimento ao usuário; e usuários do serviço, com a seleção aleatória distribuída entre o horário de atendimento da manhã e da tarde. Os profissionais foram indicados por serem considerados pelos gestores, ou entre eles mesmos, como informantes-chave. A pesquisa por telefone, por questões operacionais, aconteceu com os gestores e profissionais informantes-chave que exerciam atividades educativas.

Cabe ressaltar o êxito na receptividade e participação dos entrevistados. Esperava-se entrevistar um gestor e um profissional que exercia atividade educativa por CSE e mais os recepcionistas dos três CSE visitados, o que totalizaria 37 profissionais, além dos usuários das visitas. Mas, a indicação de um profissional a outro, acarretou que, nas duas etapas de coleta de dados, fossem entrevistados 59 profissionais; destes, 23 eram gestores; além de 32 questionários de usuários; totalizando 91 questionários analisados, nos 17 CSE do Brasil.

Diferentes autores, dentre eles Bardin[34], Marconi e Lakatos[35], Minayo[28,29] e Laville e Dionne[36] serviram de referência para a análise dos dados. Destaca-se que a análise de conteúdo consistiu em traduzir a essência de cada resposta em elementos que, constituindo as unidades de análise, também são chamados de categorias ou unidades de classificação ou de registro ou de sentido, ou seja, palavras, expressões, frases que se referem ao tema[36].

Para isso, os critérios de inclusão e exclusão de cada elemento levam em consideração serem: pertinentes (coerentes dentro de cada categoria); exaustivos (verificada a classificação e incluídos os subelementos de classificação incerta); precisos (definidos com clareza para não variarem conforme as circunstâncias); e exclusivos (impossibilidade de que cada elemento esteja em mais de uma categoria). Dessa maneira, utilizaram-se os seguintes procedimentos:

- leitura flutuante de todos os questionários, para ter uma visão de conjunto e de particularidades;
- organização das perguntas por temas (promoção da saúde, atividade educativa e sala de espera) e por tipo de entrevistado de cada CSE (gestores, profissionais e usuários);
- leitura de cada resposta, buscando os núcleos de compreensão do texto, chamando-os de elementos;
- quantificação dos elementos, após releitura do material, excluindo os repetidos dentro do conjunto das respostas de cada entrevistado;
- classificação dos elementos, reagrupando e gerando subelementos, quando pertinente;
- agrupamento dos elementos em categorias;
- quantificação dos agrupamentos superiores de análise (categorias ou elementos), após releitura do material, excluindo as eventuais duplas contagens de significados semelhantes nas interpretações dos agrupamentos inferiores (elementos ou subelementos);
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a partir da estatística dos dados brutos, com retorno aos discursos, correlações dentro de cada discurso e deste com o conjunto, confrontando com o quadro teórico e os objetivos propostos.

Destaca-se que toda pesquisa social tem que pressupor um exercício de escuta e humildade, e um comprometimento com a temporalidade, com a espacialidade, com a busca de transparência da intencionalidade de pesquisador e pesquisado e com a interação entre os diferentes.

Portanto, a complexidade do campo da saúde e as possibilidades de enfrentamento da questão social, reforçam a importância da utilização de uma diversificada gama de métodos e técnicas, desde

que coerentes, a fim de contribuírem para a ampliação do entendimento sobre uma dada realidade. O êxito nas entrevistas aumentou o sentimento de responsabilidade social, científica e acadêmica sobre a análise e divulgação dos dados correspondentes.

Resultados

A pesquisa buscou compreender o significado da promoção da saúde e das atividades educativas para gestores, profissionais e usuários, e como aconteciam na prática dos CSE[26].

A promoção da saúde foi percebida como uma visão ampliada de saúde, mas as falas dos entrevistados e as observações nas visitas de campo mostraram que ainda há que se criar e fortalecer estratégias de enfrentamento da questão social, dos determinantes sociais de saúde (DSS), e da reorientação dos serviços, assim como a própria compreensão e operacionalização das propostas da promoção.

Poucos usuários definiram atividade educativa como um processo de compreensão, participação e multiplicação de saber (16%). Predominou, assim, a transmissão de conhecimentos (72%), pelos verbos: orientar, aprender, explicar e informar. Alguns, ao invés de definirem, citaram atividades que representavam sua percepção sobre o assunto: palestras, leituras e exercícios físicos e de memória, e bom atendimento, o que sugere uma influência da educação tecnicista predominante na sociedade, como apontado por Freire[14].

Constatou-se que, no relato espontâneo e não induzido, somente 15% dos entrevistados correlacionaram promoção da saúde com o desenvolvimento de atividades educativas e informativas.

Na fala de gestores e profissionais, que exercem atividades educativas, predominou a educação conscientizadora, transformadora e dialógica, associada ou não ao modelo preventivista de saúde, coerente com a proposta da promoção da saúde. Mas, nenhum deles incluiu em sua definição o termo "Promoção da Saúde"; nem apresentou reflexões sobre os distintos modelos educativos – conscientizador versus informativo[14,37]; nem distinguiu as modalidades da educação no setor saúde[38].

Já os profissionais sem vínculo com atividades educativas apresentaram mais componentes da educação como transmissão de conhecimentos. A pouca, ou inexistente, valorização de aspectos pedagógicos nos currículos escolares de diversas categorias de profissionais de saúde pode interferir diretamente nesse resultado, o que reforça a importância de uma política de educação permanente, relacionada ao SUS e ao Ministério da Educação, que já vem ocorrendo desde 2007, mas precisa ser intensificada.

As falas ilustram com riqueza suas percepções, conforme se lê, a seguir:

> "É um processo de interação em que ambas as partes aprendem, mas é muito importante o profissional de saúde ter clareza de que é um educador, de que educação é essa, qual a perspectiva que há por trás de cada ação, para ter clareza do seu papel político, conscientizador, como trabalhador social da saúde".

> "É uma ação mais ampla que pode trabalhar todas as questões que podem ser transformadoras de atitude e pensamento, e a sala de espera é uma das formas. Toda ação de saúde do CSE deveria ser uma ação educativa, mas isso só acontece nos grupos e na sala de espera, mas quando usam metodologia adequada a isso".

> "Penso que ninguém educa ninguém, porém temos um papel fundamental no processo de orientação e cuidado da saúde dos usuários, o que envolve ofertar informações, conversar com o usuário para captar se tais informações cabem em sua rotina de vida e o que pensam, e, assim, fazer orientação em saúde, no sentido da busca por emancipação".

> "Não é aquela de banco escolar. É a do dia a dia, começa até no ônibus, dando lugar ao mais velho, começa na família, a escola só complementa. Começa dentro do meu serviço, no posto de saúde. Começa desde o banho, aos cuidados com o risco e a vulnerabilidade. Vamos à creche, à escola, para ensinar desde pequititinho até os maiores, na puberdade, na adolescência, desde os cuidados com o alimento à educação sexual".

> "Atividades educativas em saúde são as de prevenção, em âmbito bem amplo, desde trabalhar projeto de vida nas escolas, sobre saúde bucal, família e até outras, desde que se esteja educando para outra cultura, para que outras formas sejam possíveis, como valorizar os chás naturais e homeopáticos; isto talvez possa modificar o modelo de atenção do serviço de saúde".

Interessante observar que a palavra "participação" só apareceu diretamente nas percepções de dois gestores e um usuário, quando caracterizaram a promoção da saúde. Mesmo assim, só um gestor citou-a sem associá-la à responsabilidade governamental ou aos profissionais de saúde. Por outro lado, a participação também esteve presente na fala de dois gestores, de um profissional, que desenvolve atividade educativa, e de um usuário, quando definiram atividade educativa.

Esse resultado mostra que, na fala espontânea dos profissionais, o tão mencionado processo participativo não necessariamente é prioritário, o que também foi notado por Heidemann et al.[24].

Quando se perguntou quais eram as atividades que os usuários consideravam como sendo de promoção da saúde nos CSE, pouco mais da metade (54%) citou palestras sobre prevenção e tratamento de doenças e alguns mencionaram cuidados com a saúde. O restante achou que era a realização de exames (19%), um bom atendimento (15%), distribuição de folhetos (8%) e um atendimento integral (4%). Esse resultado apontou para a necessidade de maior divulgação, para os usuários, sobre o que é promoção da saúde e de incentivo à educação conscientizadora.

Por se acreditar que, idealmente, todos os profissionais de saúde, do recepcionista ao gestor, devem ter a postura educativa, fizeram-se perguntas fechadas e abertas, a todos dos 17 CSE, sobre quais as atividades que consideravam de promoção da saúde e/ou educativas. Um CSE não desenvolvia atividades educativas.

A maioria dos gestores dos 16 CSE que tinham atividades educativas (71%) citou que os centros ofereciam mais de quatro tipos diferentes de atividades aos usuários: grupos agendados (88%), eventos que promoviam dentro do CSE (65%), ações na comunidade (59%) e momento das consultas (47%). Aconteciam, geralmente (76%), coordenadas por uma equipe multiprofissional (três ou mais profissões). As temáticas eram: pré-natal, diabetes, hipertensão (35% cada); terceira idade (29%); reeducação alimentar (24%); planejamento familiar, puerpério, aleitamento materno, aconselhamento HIV, combate ao tabagismo (18% cada); arte, saúde escolar, saúde mental, terapia comunitária, Doenças Sexualmente Transmissíveis (12% cada); diagnóstico social comunitário, direito urbano sustentável, qualidade de vida, família saudável, caminhada e outras atividades físicas, terapia ocupacional, programa do homem, saúde da mulher, adolescente, escovação dentária, fisioterapia, plantas medicinais, orientação farmacêutica, contador de histórias (6% cada). Nota-se, dessa forma, que a maioria está em consonância com prioridades políticas e programáticas do Ministério da Saúde.

As respostas dos profissionais que desenvolviam atividades educativas foram coerentes e complementares às dos gestores, e não houve distinção significativa entre os demais profissionais. Estes citaram que as categorias que mais desenvolviam essas atividades eram assistentes sociais e equipe de enfermagem (41% cada), psicólogo (29%), médico e nutricionista (24% cada), fisioterapeuta (12%), agente de saúde, educador, terapeuta ocupacional, farmacêutico (6% cada), visto que 65% atuavam com apoio multidisciplinar. Prevaleciam grupos no horário da manhã (35%); com periodicidade variável (41%), com frequência semanal em somente 18%. Os grupos, geralmente, aconteciam em sala do próprio CSE (47%), na comunidade ou em ambos os locais.

Perguntou-se aos entrevistados se as atividades já haviam acontecido também em sala de espera: somente dez responderam, uma vez que destes, sete informaram que não. Mais da metade dos informantes (54%) declarou que as atividades contavam com a presença de estagiários e 18% desenvolviam pesquisa e tinham artigos relacionados a ela, demonstrando uma prática típica de CSE.

Buscou-se conhecer como eram utilizadas as salas de espera. Isso porque é um campo empírico que permite analogias e generalizações sobre um espaço público. Por ela passa o principal usuário do SUS, a população pobre, excluída de muitos dos seus direitos, carente de informações e cuidado, e que se sente sem voz, sem poder para lutar por transformações e melhorias da qualidade de vida. A espera

pode oprimir e a cotidiana presença da televisão na sala de espera pode incentivar valores e consumo alienados e massificantes.

Assim, o espaço corre o risco de expressar, e até incentivar, a sociedade massificada, onde o indivíduo vê seu problema de maneira individualista, sem possibilidade de troca de experiência e de diálogo com o outro; sem contextualização e crítica ampliada, podendo até ser considerado como paciente/paralisado e/ou alienado, em relação aos problemas estruturais que vivencia na instituição de saúde e em sua sociedade.

Quando se descreve o ambiente barulhento, sem conforto e sem interação social, também se evidencia como os poderes institucionais têm lidado com o pobre e com o enfrentamento das manifestações da questão social. O cidadão fica a esperar, sem incentivo e sem voz. Esses tipos de sala de espera são espaços públicos invisíveis ao público!... Acredita-se que, mesmo quando não existir mais espera, continuarão transitando milhões de usuários nos ambientes da ABS, destinados ao inevitável trânsito da demanda.

Dessa forma, ela deve ser entendida como um espaço que expõe a manifestação da questão social e das relações desiguais sociais, econômicas, culturais e de poder, vigentes entre instituição-profissional de saúde, e usuários-cidadãos. Mas a sala de espera pode ser maximizada como um espaço público, de educação dialógica e conscientizadora, utilizando técnicas de multimídias e/ou recreativas e/ou de aprendizado, inclusive para geração de renda.

O estudo mostrou que os trabalhos na sala de espera contavam com equipe multidisciplinar (41%), similar às atividades de grupo citadas acima. Interessante é que os usuários (33% dos que informaram) destacaram o fato de que profissionais não costumavam declarar sua profissão, e os poucos que o faziam eram: assistente social (20%), psicólogo (13%) e médico (7%). Isso também foi relatado na pesquisa de Gomes et al.[39].

Os gestores que informaram sobre o horário das atividades em sala de espera citaram que aconteciam de manhã (24%) e de manhã e à tarde (54%). Apenas um também funcionava à noite. Mencionaram, também, que aconteciam, predominantemente, de duas a três vezes por semana ou semanalmente (41% cada). Alunos realizaram experiência em sala de espera em 35% dos CSE, podendo, assim, reconhecer-se o papel institucional de escola. A mesma proporção dos CSE tinha trabalhos escritos a respeito (35%), dos quais 18% também desenvolveram tecnologia própria para o uso desse espaço.

Quanto às atividades desenvolvidas, foram abordadas diversas categorias temáticas: hábitos saudáveis (49%), prevenção de doenças (41%), exercício da cidadania (34%), cuidado ambiental (10%) e outras, selecionadas pelo profissional ou vinculadas a datas comemorativas (17%).

Foram utilizadas várias técnicas: palestra, conversas e distribuição de folhetos (59% cada), incluindo álbum seriado (18%); recreação interativa (contador de história, encenação de higienização em boneca e brinquedoteca – 35%); filme educativo (29%) e de entretenimento (24%); teatro interativo (18%); e ainda, exercício de alongamento com música, dinâmica de "radialista" com microfone de papel, degustação, oficina de memória, painel de fotos, contando a história das famílias de profissionais e de usuários (6% cada), além de festas. A maioria dos gestores, quando citaram as técnicas adotadas na sala de espera, mencionaram no mínimo duas técnicas (88%), mostrando a importância da diversidade de recursos nas dinâmicas relacionadas a esse espaço.

As falas espontâneas apontaram como principais vantagens em desenvolver atividades em sala de espera: a democratização do conhecimento, por ser um espaço aberto para todos, contribuindo para a conscientização cidadã e a multiplicação de saberes; a interação social, que amplia as redes sociais; a humanização do serviço, que acolhe, atenua ansiedades e agrega valor ao momento de permanência nas instituições; a organização do serviço, visando conhecer e ampliar demandas, fortalecer a equipe e rever o processo de trabalho; e a qualificação de discentes e profissionais de saúde.

A pesquisa revelou uma convergência de percepção dos gestores e profissionais entrevistados sobre carências do ambiente construído; de recursos humanos; e de apoio institucional para o uso da sala de espera como espaço público, por priorizarem a produção assistencial ao invés de ações educativas. Quanto à falta de apoio, 65% do total de profissionais informantes, consideravam-se sem apoio, e os

três que se sentiram apoiados consideraram que o simples fato da instituição não criar obstáculo já era um apoio. Uma possibilidade sobre restrições ao incentivo de atividades conscientizadoras na sala de espera apareceu em uma fala, que destacou que a gestão receia que haja "um levante", o que sugere estudos sobre as relações de poder existentes.

Cabe destacar que poucos profissionais citaram a dificuldade pessoal em trabalhar em um espaço com grande circulação de pessoas, não só usuários, mas colegas de trabalho. Aproveita-se para registrar a importância do perfil individual e da qualificação para desenvolver atividades em sala de espera, como relatado em algumas experiências[26,39-42].

A maneira de registrar a produção das atividades educativas e de promoção da saúde, desenvolvidas na sala de espera, não foi mencionada como um limitador, mas talvez contribua para que ela seja um espaço público invisível, o que é um desafio a ser enfrentado.

Cabe mencionar que os entrevistados destacaram que o desenvolvimento de atividades em sala de espera seria melhor com: o ambiente mais confortável, de preferência dividido por tipo de atendimento, para facilitar o foco no usuário; o comprometimento, a criatividade e a qualificação do profissional; um trabalho multidisciplinar, com a presença de mais de um profissional, favorecendo a comunicação com o usuário. Técnicas interativas e recursos adequados foram citados como importantes para a qualidade das ações.

Os discursos dos gestores e profissionais entrevistados apontaram a importância do desenvolvimento de atividades em sala de espera, e somente 17% acharam desnecessárias, especialmente se for um paliativo para ocupar o tempo de espera, mas, mesmo nesses casos, o foco também estava voltado para o aproveitamento efetivo daquele espaço.

Todos os usuários preferiram que a sala de espera tivesse atividades educativas e 23% queriam que tivesse sempre, inclusive anunciando antecipadamente, para que fossem ao CSE, exclusivamente, para isso:

> "Tem que prestar sempre atenção para pegar informações certas. Ajuda a gente a se cuidar. Podiam marcar com antecedência. Por exemplo, toda 4ª feira vai acontecer a atividade "x", e assim por diante. Ai a gente vem para isso"

> "A sala de espera é como se fosse um atendimento, mas que acontece antes do atendimento. Ela ajuda a gente a ir preparada para perguntar e entender o que a médica quer. É como se fosse um preparo para o atendimento: se você sabe mais sobre o assunto pode informar melhor para o médico".

Apesar da arte não ter recebido um foco especial, acredita-se que, além de um mecanismo de comunicação para Educação Popular e respeito à diversidade cultural[23], também contribui para a saúde mental[43] e geração de renda. Nenhum dos entrevistados dos 17 CSE citou a realização de oficinas para o desenvolvimento de habilidades manuais que possibilitassem, inclusive, a geração de renda, mas ela apareceu nos grupos fechados. Apesar de também não ter aparecido em nenhum estudo da pesquisa bibliográfica, essa questão é importante para a promoção da saúde, considerando que interfere nos determinantes sociais de saúde e é viável.

Vivências foram relatadas em Reis[42], que monitorou cinquenta dinâmicas de grupo diferentes na sala de espera; nelas, os eixos de discussão partiam de situações concretas vivenciadas, favorecendo a ida ao CSE também para outras ações, além do atendimento convencional. Na quase totalidade das vivências, as pessoas eram convidadas a participar de alguma confecção artesanal em torno de uma mesa na sala de espera e, enquanto isso, trocavam-se experiências entre profissionais e usuários.

Já neste estudo, observou-se que a maioria das práticas desenvolvidas foi adequada para acontecer no espaço da sala de espera, sendo avaliadas a partir dos seguintes critérios: facilidade em atrair usuários para participar; avaliação das expressões verbais e físicas durante a atividade; e oportunidade para gerar debates promotores de saúde. Algumas práticas (culinária, plantio, confecção de absorvente de pano, cabeleireiro) foram adequadas para suscitar discussões sobre autoestima, hábitos de vida, cuidados individuais, coletivos e com o meio ambiente. Outras promoveram economia doméstica e geração de renda (artesanato com sucata ou a baixo custo, e costura).

As atividades culturais (teatro e música) e de artes visuais (desenho e pintura) incentivaram entretenimento, inclusive com temas relacionados a saúde, mas sem trocas de experiências. Atividades que exigiam maior concentração (origami) ou "sujeira" das mãos (papel machê) foram menos apreciadas pelos adultos. Todas as dinâmicas favoreceram o bem-estar, a humanização da sala de espera e a aquisição de novos saberes, segundo o depoimento da maioria dos participantes.

Apesar de desejado pelos usuários e apreciado pelos gestores, o trabalho não chegou a ser uma prioridade da gestão institucional, que precisava da assistente social para outras funções gerenciais. Isso inviabilizou a continuidade dessas atividades naquela época, que só voltaram a ser retomadas, por equipe multiprofissional, com prioridade nas palestras acompanhadas de filmes educativos ou apresentações em power point. Confirma-se, assim, a importância de investir e sensibilizar profissionais para o desenvolvimento de ações de fortalecimento criativo e participativo de espaços públicos.

Conclusões

Independentemente do arcabouço conceitual ou mesmo do jargão que esteja na moda e das disputas de poder que estejam em vigor, as desigualdades estruturais existem e precisam ser enfrentadas. Acredita-se na importância da valorização da ética cidadã para um mundo mais justo; e no valor da educação conscientizadora, dialógica e transformadora em espaços públicos formais e informais.

Os resultados da pesquisa refletem a polissemia e as dissonâncias existentes na construção conceitual da promoção da saúde. Isso acontece, inclusive, no reconhecimento da importância de processos participativos e educativos. Contudo, não significa que se efetivem na prática. Investimentos públicos, inclusive na transformação curricular técnica e universitária, precisam ser incrementados.

As práticas educativas exigem inovação para que extrapolem as rotinas diárias, que enfatizam o modelo biomédico em detrimento da integralidade e da participação preconizada nos encontros nacionais e internacionais, e em nossas próprias leis e políticas públicas, que consagram a promoção da saúde e a Educação Popular.

A era da informação vem difundindo a cidadania consciente, que exige comprometimento e transparência nos serviços públicos em geral. Os resultados da pesquisa de campo mostram que bases teóricas e técnicas para práticas transformadoras ainda precisam ser mais incentivadas.

As salas de espera expressam bem as questões sociais vigentes e as relações de poder, devendo ser aproveitadas como um espaço público, de solidariedade, de diálogo e de educação conscientizadora, de incentivo a transformação e ao exercício da cidadania.

Há necessidade de desenvolver técnicas e abordagens específicas, de sensibilidade, empatia e criatividade para o uso desse espaço, não devendo ser enfrentado como um paliativo institucional para o usuário. Incentivar seu uso, independentemente se há espera ou não por um atendimento, segundo os pressupostos da promoção da saúde e da Educação Popular, pode representar avanços sociais, teóricos e políticos preciosos para o nosso país, notadamente para populações com menos oportunidades de trocas de aprendizado, como entre instituições prestadoras de serviços.

Fica uma reflexão: se a realidade dos centros formadores precisa incorporar a amplitude da promoção da saúde e a Educação Popular, imagine-se como estarão as demais portas de entrada do SUS? As notícias e estudos mostram que precisamos incentivar, divulgar e aprimorar práticas criativas e transformadoras.

Colaboradores

Inês Nascimento de Carvalho Reis participou da coleta de dados, elaboração, discussão e revisão do texto. Ilda Lopes Rodrigues da Silva e Julio Alberto Wong Un participaram das discussões e revisão do texto.

Referências

1. Brasil. Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

2. Lopes RC. Promoção da Saúde na perspectiva da Teoria Educacional Crítica: a relevância do empowerment, participação e dialogicidade. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica; 2008.

3. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5):611-4.

4. Tavares MFL. Promoção de saúde: a negação da negação. Cad Saúde Pública. 2005; 21(5):1612-9.

5. Lefévre F, Lefévre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio Janeiro: Vieira e Lent; 2004.

6. Buss PM. Promoción de la salud y la salud pública. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

7. Poland BD, Green LW, Rootman I, editores. Ambiente para promoção da saúde. Londres: Sage; 199?.

8. Arroyo HV, editor. La promocion de la salud en América Latina: modelos, estruturas y visión crítica. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico; 2004.

9. Rabello LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

10. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio e Gestão Participativa; 2007. p. 18-29. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

11. Pedrosa JI. Promoção da saúde e educação em saúde. In: Castro A, Malo M, editores. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 77-95.

12. Freire P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

13. Freire P. Educação e mudança. 5a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

14. Freire P. Pedagogia da autonomia. 18a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.

15. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

16. Peixoto AG. Educação e trabalho: costuras, tecidos e bordados de uma docência desterritorializada que procura a saúde. Caxias do Sul: Educs; 2007.

17. Arendt H. A condição humana. 10a ed. Rio de Janeiro: Forense; 2008.

18. Souza MGA. Tolerar é pouco? Por uma Filosofia da Educação a partir do conceito de tolerância. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006.

19. Freitas B, Cuba CMGB, Pereira L. Iniciando um diálogo com o pensamento arendtiano: reflexões sobre a ação política no espaço público. O Social em Questão. 2007; 16(16):41-52.

20. Pedrosa JI. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: Martins CM, Stauffer AB, editores. Educação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, Politécnico; 2007. p. 35-70.

21. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interface (Botucatu). 2001; 5(8):121-6.

22. Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. Educação popular em saúde. In: Martins CM, Stauffer AB, editores. Educação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, Politécnico; 2007. p. 35-70.

23. Stotz EN, David HMSL, Wong-Un JA. Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Rev APS. 2005; 8(1):49-60.

24. Heidemann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. Rev Bras Enferm. 2010; 63(3):416-20.

25. Wong-Un JA. Fazer do amor uma cidade. Fazer o amor numa cidade: a presença do social e do cultural no cuidado em saúde. In: Fiocruz. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 49-64.

26. Reis INC. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica; 2012.

27. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa, contexto, imagem e som. 5a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.

28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

29. Minayo MCS. Pesquisa social. 25a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

30. Deslandes SF. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

31. Krauss R. O fotográfico. Barcelona: Gustavo Gili; 2002.

32. Barthes R. A câmara clara. Rio de Janeiro Nova Fronteira; 1984.

33. Bourdieu P. Pour um savoir engagé. França: Le Monde diplomatique; 2002. [cited 2007 Oct 23]. Available from: http://www.monde-diplomatique.fr/2002/02/Bourdieu

34. Bardin L. Análise do conteúdo. Portugal: Impressão Loyola; 2010.

35. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia científica. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2009.

36. Lavilla CDJ. A construção do saber. Porto Alegre: Artmed; 1999.

37. Davini MC. La formación docente en cuestión: política y pedagogia. Argentina: Paidós; 1995.

38. Carvalho MAP. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio e Gestão Participativa; 2007. p. 91-101.

39. Gomes AMA, Albuquerque CM, Moura ERF, Silva RM. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde. Cad Saude Colet. 2006; 14(1):17-8.

40. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):320-5.

41. Veríssimo DS, Valle ERM. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. Rev SPAGESP. 2005; 6(2):28-36.

42. Reis INC. Promoção da saúde na sala de espera de um centro de saúde. Deb Soc. 2002; 61:129-44.

43. Coqueiro NF, Vieira FRR, Freitas MMC. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Acta Paul Enferm. 2010; 23(6):859-62.

Reis INC, Silva ILR, Un JAW. Espacio público en la Atención Básica de Salud: Educación Popular y promoción de la salud en los Centros de Salud-Escuela de Brasil. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1161-1174.

Los marcos conceptuales del trabajo son la promoción de la salud y la educación en salud, priorizando sus semejanzas entre las que se destaca la importancia del diálogo como estrategia de abordaje operativo. Se buscó la identificación de la evolución de conceptos, prácticas y institucionalización de la Promoción de la Salud, en la perspectiva de la educación en la Atención Básica de Salud en el Sistema Brasileño de Salud. El tema se investigó en los 17 Centros de Salud-Escuela (CSE) de Brasil, en donde se presentan prácticas educativas no convencionales en sala de espera (SE). Se entrevistaron 91 personas (24 gestores, 35 profesionales y 32 usuarios). Se demuestra que la visibilidad de las SE como espacio público podría ampliarse por medio de la valorización del saber popular y del actuar en conjunto, incentivando la ciudadanía a trabajar de manera creativa optimizando los recursos disponibles.

Palabras clave: Espacio público. Educación Popular. Promoción de la Salud. Atención Básica de Salud. Sala de Espera.

Recebido em 06/11/2013. Aprovado em 26/09/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0472

Espaços de Saúde e Cultura:
experiência do Fórum Social Mundial às Tendas de Educação Popular em Saúde

Thaís Maranhão[a]
Osvaldo Peralta Bonetti[b]
Vanderleia Laodete Pulga Daron[c]
Odete Messa Torres[d]

Maranhão T, Bonetti OP, Daron VLP, Torres OM. Spaces of Health and Culture: the experience of the World Social Forum and the Tents of Popular Education in Health. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1175-1186.

In order to identify possible contributions to the field of public health, the article analyzes the Spaces of Health and Culture offered in the World Social Forums that were held in Brazil. It is a qualitative research with a descriptive approach that used documents, reports, videos and notes registered in a field diary. The results indicate that the Spaces of Health and Culture innovated by enabling interactions among several public health actors, articulated with the Movement of Popular Health Education, health workers, managers and youth movements. Popular Education was mentioned as the political-methodological framework of the formulation of the spaces, which potentialized the construction of a multicultural network with the proposition of new ways to produce health. "Che Space" was the source of inspiration for the Paulo Freire Tents, held in events of the area, scientific conferences, meetings and seminars.

Keywords: Popular Education Health. Community participation. Public health.

Na busca de identificar possíveis contribuições para o campo da saúde coletiva, o artigo analisa os Espaços de Saúde e Cultura realizados nos Fóruns Sociais Mundiais no Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa, de abordagem descritiva, com uso de pesquisa documental, utilizando documentos, relatórios, vídeos e anotações em diário de campo. Os resultados apontam que os Espaços de Saúde e Cultura inovaram ao aproximar diversos atores da saúde coletiva, articulados ao Movimento de Educação Popular em Saúde, trabalhadores da saúde, gestores e movimentos de juventude. A Educação Popular é apontada como referencial político-metodológico da formulação dos espaços, os quais potencializaram a construção de rede multicultural com proposição de novas formas de produzir saúde. Afirma-se o "Espaço Che" como fonte de inspiração para as Tendas Paulo Freire, realizadas em eventos da área, congressos científicos, encontros e seminários.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Participação comunitária. Saúde Coletiva.

[a] Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Joaquim Nabuco, 90, Cidade Baixa. Porto Alegre, RS, Brasil. 90050-340. Bolsista Fapergs. maranhao.thais@gmail.com
[b] Departamento de Gestão Participativa, Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. obonettibr@yahoo.com.br
[c] Componente Curricular de Saúde Coletiva, curso de graduação em Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. Passo Fundo, RS, Brasil. vanderleia.daron@gmail.com
[d] Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana, RS, Brasil. odetetorres@gmail.com

Convite aos Espaços de Saúde e Cultura

A formulação dos Espaços de Saúde e Cultura (ESCs) partiu da inquietação dos atores dos movimentos de juventude e dos movimentos populares de saúde, envolvidos com a realização do Fórum Social Mundial (FSM) e do Acampamento Intercontinental da Juventude (AIJ), em Porto Alegre (RS), no ano de 2005, ao identificarem a necessidade de aprofundar o debate e elaborar alternativas em contraponto às políticas neoliberais e seus impactos sobre a saúde dos povos.

No contexto do FSM, optar por construir ESCs nos AIJs, configurados em "territórios das práticas", expressou o desejo de construir um local de compartilhamento de práticas de Educação Popular em Saúde (EPS), em especial as práticas populares de cuidado, oportunizando também discussões e mobilização em relação à saúde entre o público participante do FSM.

Além de lócus do debate sobre as questões relacionadas com a saúde, os ESCs configuraram-se em local físico de referência para o cuidado em saúde dos participantes do FSM e conquistaram valor simbólico entre aqueles que defendem uma concepção de saúde humanizada e integralizadora, respeitosa com a biodiversidade e em diálogo com a saúde dos povos.

Este texto apresenta um breve registro histórico dos ESCs, na expectativa de contribuir para a superação da carência de sistematizações e publicações sobre essas experiências. A reflexão sobre os ESCs ganha relevo no momento atual, no qual vivenciamos a institucionalização de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde – PNEP-SUS[1]. Processo este que tem fomentado novas falas, práticas, espaços e reflexões com base na concepção político-pedagógica da EPS.

Caminhos metodológicos

Estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo. Desenvolvido com coleta de dados mediante pesquisa documental retrospectiva.

Empregou-se a abordagem qualitativa que, segundo Minayo[2], conforma-se "melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos" (p. 57).

A fase exploratória da pesquisa permite resgatar processos mediante pesquisa documental, compreende as etapas de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo[2]. Por sua vez, a fase descritiva da pesquisa permite conhecer um fenômeno em uma determinada realidade de modo aprofundado[3,4].

Segundo Laperiére[5], para melhor conhecer a realidade contemporânea da Educação Popular, uma pesquisa necessita aproximar-se do campo de atuação dos movimentos sociais, das organizações populares da sociedade civil e das novas políticas sociais comprometidas com a ampliação da participação popular.

Os autores desta pesquisa protagonizaram a construção dos ESCs, o seu planejamento e execução, desde sua primeira edição. Provenientes de diferentes espaços de participação, como movimento estudantil e gestão, tiveram a militância do movimento popular de saúde como ponto de articulação. Cabe referir que, durante o percurso histórico de realização dos ESCs, tais atores mudaram seus espaços de atuação, a exemplo dos que, na primeira vivência, faziam parte do movimento estudantil da área da saúde e posteriormente ocuparam os espaços da gestão, atenção e da formação acadêmica em saúde quando inseridos no mundo do trabalho.

Nesse sentido, o campo de investigação deste estudo buscou se delinear em materiais empíricos e analíticos, resgatando-se registros históricos sobre os ESCs, sendo utilizados, tanto documentos oficiais (projetos, termos de referências e vídeos), como também textos e produções informais dos autores desta pesquisa, protagonistas dos Espaços, mediante seus relatos de experiência e registros em diário de campo.

A vivência consecutiva nos ESCs trouxe inquietações e reflexões que suscitaram a elaboração desta pesquisa com o objetivo de colaborar com a sistematização dos ESCs, procurando identificar seus desdobramentos e contribuições para a saúde coletiva.

Durante a etapa de pesquisa documental, buscou-se referenciais que contribuíssem com o aprofundamento conceitual acerca dos eixos transversais da experiência, utilizando-se como termos a Educação Popular em Saúde e o Fórum Social Mundial.

A análise dos dados seguiu as etapas de análise de conteúdo propostas por Minayo[2], quer sejam: (1) Ordenação dos dados; (2) Classificação; e, (3) Análise. As categorias de análise eleitas possibilitaram como resultados: (1) O contexto para a construção do Espaço de Saúde e Cultura; (2) O "Espaço Che" – a saúde tecendo redes no Fórum Social Mundial; (3) A Educação Popular em Saúde como referencial dos Espaços de Saúde e Cultura; (4) Aprendizados para produção de saúde a partir dos Espaços de Saúde e Cultura.

O contexto para a construção do Espaço de Saúde e Cultura

A ideia de criar o Fórum Social Mundial, segundo Cassen[6], foi de suscitar reação ao Fórum Econômico Mundial, realizado anualmente na cidade de Davos na Suíça. Nessa perspectiva, a similaridade do nome aproveita o caráter midiático mobilizado pelo Fórum Econômico para publicizar a contraposição ideológica, inserindo o interesse popular na pauta mundial. Da mesma forma contra-hegemônica, o local de realização do FSM foi pensado de modo a romper geográfica e simbolicamente com qualquer equívoca associação ideológica com o fórum de Davos, por isso, foi proposto em território que possuísse governo identificado com o campo democrático e popular.

Assim, trocou-se o foco da reflexão sobre o novo modelo de organização internacional centrada na perspectiva econômica para a social, demonstrando que a melhoria da qualidade de vida no mundo será conquistada por meio de redes de solidariedade, permeadas por valores humanitários e democráticos, e não pela via do capital.

Na Carta de Princípios do FSM[7], ficam explícitas suas características, dentre elas: ser um espaço plural e diversificado, não governamental, não confessional, de articulação, de troca de experiências entre entidades e movimentos que combatem o neoliberalismo e o domínio do mundo pelo capital e qualquer forma de imperialismo. Ao utilizar a insígnia que virou sua marca registrada, pode-se dizer que o FSM é mais que um evento, é um movimento mundial, articulador de atores, movimentos e redes, estimulador do debate e da busca de alternativas concretas para a construção de "um outro mundo possível"[8] (p. 8).

Para Santos[8], o FSM mostra-se como um fenômeno social e político novo, apesar de várias de suas características não serem novidade. O autor destaca que a novidade do FSM é o fato de ser inclusivo e global na forma como agrega os movimentos, sejam locais, nacionais ou globais, "[...] 'o movimento dos movimentos', não apenas mais um movimento"[8] (p. 7).

Contudo, segundo Grzybowski[9], a força do FSM é o fato de querer tornar-se um grande movimento de ideias, que se alimenta na diversidade de possibilidades humanas, opondo-se ao pensamento único dominante. Assim, o FSM surge como proposta fortalecedora do movimento internacional de resistência à globalização neoliberal, que se tornara hegemônica nas últimas décadas.

Juntamente com o surgimento do FSM, organizou-se um espaço de vivência, proposto pela juventude: o Acampamento Intercontinental da Juventude (AIJ). Os AIJs foram realizados durante os Fóruns no Brasil, nas edições de 2001, 2002, 2003, 2005, 2009 e 2010, e ficaram conhecidos como "laboratórios de conhecimentos" ou "território das práticas"[10] (p. 16). Isso por se constituírem em espaços de debates e ações de forma a apresentar alternativas ao pensamento hegemônico imposto à ciência pelo modelo capitalista e explícito nos múltiplos campos da vida social. Foram protagonizados pela juventude que buscava, além de uma hospedagem mais solidária, também exercitar outras formas de convívio em sociedade, por meio da autogestão, da economia solidária, da alimentação ecológica, da liberdade de expressão, entre outros aspectos.

No Brasil, merece destaque o ano de 2003, por este ter sido marcado por intensa mobilização popular, na qual movimentos sociais e populares, universidades, intelectuais orgânicos e entidades civis

apresentavam-se engajados na construção de mudanças nas políticas públicas a partir do governo de Luís Inácio Lula da Silva.

Segundo Sader[11], Lula pode ser considerado uma expressão da esquerda por suas políticas sociais, pelo bloqueio à Alca e pela prioridade dada aos processos de integração regional e Sul-Sul, por ter freado as privatizações e os processos de enfraquecimento da capacidade de intervenção do Estado e de precarização das relações de trabalho, assim como, por ter aumentado sistematicamente o emprego formal, diminuindo o desemprego e elevado o poder aquisitivo do salário mínimo[11].

No campo das políticas públicas no setor saúde, destacamos que houve diversas inovações, especialmente relacionadas às mudanças na formação e do trabalho em saúde, desencadeadas a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde. Ações estas articuladas a então inaugurada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde[12,13] e também à incorporação da Educação Popular em Saúde como política pública por meio da criação de uma Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social na SGTES[14].

Dessa forma, ocorreu um significativo fomento às articulações dos movimentos populares de saúde, do movimento estudantil, das associações de ensino, dentre outros. Buscou-se estimular a auto-organização desses movimentos, tendo o protagonismo da juventude como um referencial de destaque, bem como a participação popular na construção e implementação das políticas públicas de saúde, fortalecendo princípios de uma gestão participativa no setor. Assim, vivenciou-se à época o crescimento do movimento estudantil no campo da saúde e a intensificação do protagonismo dos movimentos populares na defesa do SUS[1].

Nesse cenário, foi concebida a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps), que surgiu com o objetivo de articular e apoiar os movimentos e as práticas de Educação Popular em Saúde, desenvolver processos formativos e reflexivos a partir da práxis, além de construir referências para a formulação de políticas públicas.

A Aneps foi constituída por múltiplos movimentos do campo e da cidade. Dentre eles, a Rede de Educação Popular e Saúde (RedePop), o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), o Movimento Popular de Saúde (Mops), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), a Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf), o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase (Morhan) e o Projeto Saúde e Alegria[15].

Outro fato importante, no contexto de 2003, foi a ação mobilizada pelo campo governamental em conjunto com o movimento estudantil da área da saúde, intitulada Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Esse projeto proporcionou a vivência de estudantes nos espaços de gestão, educação, atenção e controle social em saúde, aproximando a formação multiprofissional e interinstitucional da prática cotidiana da gestão das políticas de saúde, da gestão dos serviços, e do cuidado no âmbito do SUS[16].

Com caráter formativo, no sentido de proporcionar aos estudantes conhecer o SUS, soma-se o caráter político, na busca de aproximar os estudantes universitários ao movimento estudantil organizado. A mobilização para a luta pela consolidação do SUS e para mudanças na formação profissional na área da saúde apresentam-se como uma perspectiva transversal da experiência, sendo o protagonismo estudantil a sua marca[17].

O momento político, do início do século XXI, mostrou-se um importante período de mudanças nas políticas públicas brasileiras e de efervescência de movimentos sociais. Pode-se dizer que é notória a identidade ideológica da Educação Popular com o ideário do FSM, visto que a própria critica à sociedade neoliberal é explícita na produção teórica derivada desse campo, a exemplo da obra de Paulo Freire[18] que afirmava ser radicalmente "[...] contra a ordem capitalista vigente que inventou esta aberração: a miséria na fartura" (p. 64).

Embora a participação de atores referenciados na EPS nos FSM ocorra desde o primeiro Fórum, em 2001, assim como, a problematização sobre os reflexos negativos do sistema capitalista na saúde dos povos seja algo bastante exercitado na produção teórica do campo, podemos afirmar, que a participação organizada, enquanto coletivo, inicia-se no ano de 2003. Neste ano, atores do campo da EPS realizaram uma oficina de três dias, articulados ao Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde

da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (GT de EPS da Abrasco), à Rede de Educação Popular e Saúde e à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

A oficina pode ser considerada como a primeira atividade organizada colegiadamente por atores do campo da Educação Popular em Saúde. Sua realização fortaleceu a pauta trazida pelo FSM na agenda política da EPS e possibilitou a construção dos ESCs que sucederam ao FSM de 2001 e inspiraram a construção de outros ESCs, como as Tendas Paulo Freire[19,20].

O "Espaço Che" – a saúde tecendo redes no Fórum Social Mundial

O primeiro Espaço de Saúde e Cultura (ESC) – nomeado Ernesto Che Guevara – aconteceu no Acampamento Intercontinental da Juventude (AIJ) do FSM de 2005, decorrente da organização da primeira Comissão de Saúde, em AIJ, que apresentava como objetivos: construir um centro articulador de ações para "implementar uma rede de cuidados" de assistência e a promoção à saúde dos acampados; dar visibilidade a movimentos e práticas populares em saúde no sentido de se constituir num "local onde a resistência está colocada como uma prerrogativa política, um laboratório prático e provocador da reflexão sobre as experiências de EPS nele propostas" (p. 7); assim como a realização de debates sobre saúde no contexto de globalização neoliberal[21].

O "Espaço Che" incorporou uma das ideias principais dos AIJ ao constituir-se como "laboratório de práticas", uma vez que atrelou o desafio de promover o cuidado em saúde dos acampados do AIJ e participantes do FSM de forma contra-hegemônica, resgatando o saber popular no jeito de promover e fazer saúde. Constitui-se em espaço de debate, no qual foram desenvolvidas rodas de conversa, oficinas, expressões da arte e da cultura populares no campo da saúde[21,22].

O "Espaço Che" foi idealizado e construído num contexto de efervescência dos movimentos de juventude da área da saúde – representados pelo movimento estudantil e de residentes – e dos movimentos ligados à Educação Popular em Saúde, representados principalmente pela Aneps, agregando novos atores que até então atuavam de forma desarticulada em diversos ambientes/segmentos como o do trabalho, da gestão e dos usuários, nesse caso, os acampados.

De certa forma, os encontros e processos desencadeados pelas políticas e ações conquistadas ao nível de Governo Federal em 2003, anteriormente citadas, e a articulação de movimentos sociais na saúde, potencializaram a inauguração da primeira Comissão de Saúde no AIJ do FSM de 2005, consequentemente a realização do "Espaço Che".

Essa Comissão, resgatada por meio do projeto da Comissão de Saúde do AIJ e de registro em diário de campo dos autores deste relato, foi composta por aproximadamente cinquenta voluntários, dentre eles profissionais e estudantes da área da saúde e educação, destacando-se o engajamento da Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem (ENEEnf) e de representantes de movimentos populares como o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento de Luta pela Moradia (MLM), a Central de Movimentos Populares (CMP), Maria Mulher, dentre outros, mobilizados pela Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde.

Esses atores coletivos trabalharam no sentido de fomentar o engajamento da juventude na construção da Educação Popular em Saúde como uma política pública, acreditando que o debate e a luta pelo direito à saúde deveriam ser mais difundidos e reforçados nas comunidades, nos centros formadores e nos movimentos sociais.

Durante a preparação do AIJ, em 2005, além da Comissão sediada em Porto Alegre, existiram comissões locais em São Paulo e Salvador. Estabeleceu-se uma rede virtual que fez com que a Comissão fosse ampliada para além da participação presencial[22].

Nos dias de acampamento, os atores dos outros estados estavam presentes, trabalhando diretamente no "Espaço Che", tanto nos atendimentos realizados na sala de procedimentos, quanto na farmácia verde, na massoterapia, no Reiki e no trabalho de campo. À medida que as pessoas chegavam

ao AIJ, integravam-se ao trabalho, em virtude de estarem afinadas e terem contribuído em sua construção.

Cabe referir que o Ministério da Saúde, por meio da SGETS, apoiou a iniciativa, por meio de investimento político e financeiro, vindo a custear a estrutura do Espaço e o deslocamento de 11 ônibus, nos quais foram transportados ao 5º AIJ em torno de quatrocentos atores, de diversas partes do país, oriundos de movimentos sociais, do movimento estudantil e profissionais da área da saúde, engajados na construção de outro jeito de fazer saúde. Esses foram articulados por meio das Aneps estaduais, com auxílio da Comissão de Saúde de Porto Alegre[e].

A estrutura do Espaço foi construída pelos próprios membros da Comissão de Saúde, orientados por voluntários do movimento de permacultura, tendo um espaço de 160m² de área construída em formato em espiral, trazendo a simbologia dessa forma, culturalmente associada ao equilíbrio e a integralidade, representando a evolução e busca pela saúde, e uma cobertura em formato circular de aproximadamente 400m², a qual abrigava uma Farmácia Verde (construída em parceria com atores do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra) e espaço para rodas de conversa, oficinas e demais atividades. Ainda, de forma articulada ao "Espaço Che", foi construído o Espaço Criança, ou Acampadinhos, como ficou conhecido, buscando contribuir com o acolhimento e cuidado das crianças filhas dos participantes do FSM(e).

O processo de trabalho da Comissão de Saúde foi pautado pelos princípios da EPS, buscando fomentar o protagonismo coletivo na tomada de decisão que possibilitava a autogestão das ações cotidianas. As decisões e encaminhamentos a respeito da Comissão de Saúde eram feitas no grande coletivo, por meio de periódicas reuniões e assembleias realizadas antes, durante e depois dos trabalhos no acampamento.

Bonetti e Cariri[e], articuladores da Comissão, ao refletirem sobre a organização desse acampamento, apontam que a participação popular era uma característica orgânica das práticas desenvolvidas no "Espaço Che" e não uma prática isolada que tivesse um dia ou horários delimitados para acontecer. Os usuários (acampados) eram convidados a participar de todos os processos, inclusive a gestão do espaço físico, do cuidado e da produção de conhecimento.

Um aspecto interessante para o qual esses autores chamam a atenção é que, embora houvesse consenso entre aqueles envolvidos na organização do espaço, a exemplo da defesa do respeito à diversidade de saberes como um princípio das ações e práticas desenvolvidas, o diálogo e construção compartilhada não foram fáceis de serem vivenciados. Afirmam que os conflitos foram inerentes ao processo desde sua formulação até o momento da realização do cuidado durante os dias de FSM.

Em momentos diferentes, conhecimentos técnico-científicos e populares entravam em choque e desafiavam os participantes na construção da solução para determinado problema. Para ilustrar, trazem como exemplo ocasiões em que estudantes, profissionais de saúde e cuidadores populares tinham de definir a terapêutica para determinada situação de saúde, na qual deveriam decidir se usariam um medicamento alopático ou remédio natural. Problematização que gerava debate não apenas acerca da efetividade terapêutica, como também sobre geração de autonomia na produção da saúde[22]. Muitas vezes, práticas coexistiram, somando esforços terapêuticos em prol da atenção em saúde, como afirma uma entrevistada no vídeo[21] "malva é aqui e benzetacil é ali".

[e] Bonetti OP, Cariri R. Práticas contra-hegemônicas: o cuidado num outro mundo possível. [s.l.]; 2005. [documento]

As atividades realizadas no "Espaço Che" foram selecionadas pela Comissão de Saúde após o encerramento das inscrições de atividades no *site* do FSM. A partir da seleção dessas atividades, a Comissão iniciou um trabalho de articulação com os responsáveis por cada uma das mais de cem atividades selecionadas, a fim de apresentar de forma mais dialogada a proposta do Espaço e sua perspectiva metodológica, como também, buscando congregar atividades com identidade temática. Logo, a vivência do Espaço Che propiciou a articulação de movimentos de diversas naturezas e bandeiras de luta, fortalecendo o trabalho já em curso desenvolvido pela Aneps.

O princípio transversal, que garantiu a convergência dessa multiplicidade de atores, consistia no diálogo entre o saber popular e o saber científico e na legitimidade das ações e práticas oriundas dessa articulação, proporcionando vivências de modos de produção de saúde baseados na solidariedade, no amor e no respeito às diferentes culturas e formas de "andar a vida" dos participantes.

Após essa experiência, foram realizados ainda outros dois Espaços de Saúde e Cultura em Acampamentos Intercontinentais da Juventude, sendo eles: o "Espaço Pai D´Égua" em Belém-PA, em 2009[23], e o "Espaço Mercedes Sosa" em Novo Hamburgo, em 2010. Nesse sentido de experiência, houve ainda o "Espaço Piracema", no Acampamento Binacional da Juventude do Fórum Binacional Brasil-Uruguai, ocorrido na Barra do Chuí no ano de 2006.

Ao analisar o percurso histórico dos movimentos referenciados na Educação Popular em Saúde desde o FSM de 2005, é possível afirmar que a realização do "Espaço Che" potencializou o ideário de que "uma outra saúde é possível"[8] (p. 8). A possibilidade de vivenciar o jeito popular de fazer saúde, aliando saberes e valorizando o saber popular no cuidado em saúde, foi a tônica para que a experiência do "Espaço Che" não tivesse ficado restrita aos AIJs e sim, tenha se espalhado pelo país, ao inspirar novos espaços de participação popular no âmbito da saúde, como as Tendas de Educação Popular em Saúde Paulo Freire[18]. Ao se referir às tendas, Oliveira[20] (p. 305) afirma que "esta atividade teve sua inspiração no 'Espaço Che', realizado no Fórum Social Mundial de 2005, em Porto Alegre, onde se desenvolveu ações e reflexões sobre saúde na perspectiva popular em diálogo com a perspectiva acadêmica".

As Tendas têm trazido uma grande contribuição social, política e metodológica aos eventos da área. Pode-se afirmar que sua dinâmica de formulação e as metodologias empregadas em sua realização – como as rodas de conversa, o túnel de cuidados, o espaço para as práticas populares de cuidado, os círculos de cultura e diversas expressões da arte e cultura popular – têm fomentado o protagonismo do saber popular nos espaços de construção do conhecimento da área da saúde. Da mesma forma, têm contribuído com a mobilização popular pelo direito à saúde, sendo organizadas na perspectiva da inclusão dos atores populares, desde sua construção, perpassando o debate científico e acadêmico, que oficializam e estruturam saberes no setor saúde.

As Tendas Paulo Freire possibilitam a inserção mais expressiva da Educação Popular no SUS, por meio da agenda política construída nos congressos e eventos da área da saúde, possibilitando o diálogo com a diversidade de atores implicados com o Sistema, como gestores, trabalhadores, acadêmicos e usuários. Apresentaram-se como espaços estratégicos para a formulação da PNEP-SUS, recentemente aprovada[1].

Observa-se também, inspirados nas experiências relatadas, a inauguração de espaços permanentes como o Espaço Ekobé, no Ceará, construído no campus da Universidade Estadual do Ceará, e o Espaço de Vivência em Sergipe. São espaços que apresentam arquiteturas inspiradas na permacultura e têm como objetivo principal promover o intercâmbio e o encontro entre saberes, potencializando um *jeito popular* de cuidar a saúde.

A Educação Popular em Saúde como referencial dos Espaços de Saúde e Cultura

A Educação Popular e Saúde configurou-se como o principal referencial político-metodológico dos ESCs. Ela incorpora e reflete o conhecimento adquirido na prática cotidiana das pessoas, valorizando a experiência vivida dos sujeitos, referenciando-se no diálogo entre a diversidade de saberes, garantindo

a legitimidade do saber popular diante do saber técnico-acadêmico e destacando sua potencialidade para a transformação da realidade excludente.

Sua perspectiva dialógica põe em cheque certezas absoluta e, ao apresentar a problematização como ponto de partida para toda reflexão e ação, que busque impacto e efetividade na vida das pessoas, suscita novas perguntas para serem respondidas coletivamente. Assim, ao analisar a realidade cotidiana, os indivíduos são instigados a identificar suas situações limites e mobilizar suas potencialidades no caminho do inédito viável[24].

Tal proposta encontra identidade com Santos[24]. O autor afirma que o saber só existe enquanto diversidade de saberes existentes no mundo e defende como uma exigência atual identificar e colocar tais saberes em comparação no sentido de que os indivíduos rompam fronteiras e construam saberes mais integrais, que atendam com mais efetividade os problemas do nosso tempo.

Contribuindo com essa afirmativa, Vasconcellos[25] declara que a EPS amplia o espaço de interação cultural e negociação dos sujeitos envolvidos em um determinado problema social, no sentido de organizar o conhecimento e uma política para sua superação. Já Valla[26], aponta que a Educação Popular é a indicação de problemas concretos e o esforço de resolvê-los.

Ribeiro[27] registra que não há acordo na delimitação do conceito de Educação Popular por conta da variedade de práticas que a aplicam. Entretanto, propõe que um aspecto em comum é a questão de classe. Para a autora, a Educação Popular não atende às classes que detêm o poder econômico-político.

A EPS é também um compromisso político com as classes populares, com a luta por melhores condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo controle social. Está diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular. Tem uma perspectiva histórica, reconhecendo os pequenos passos e os movimentos das forças sociais em busca do controle de seu próprio destino[27].

Stotz[28] afirma que a EPS tem se apresentado como um contraponto às práticas centralizadas e autoritárias que ainda demarcam a gestão, o cuidado e as ações transversais da educação e saúde.

Segundo Pedrosa[29], a Educação Popular em Saúde representa a conjunção de conceitos polissêmicos em suas significações, mas que ganham expressões concretas nas ações dos sujeitos sociais orientadas pela construção de vínculos afetivos, sociais e político-ideológicos com as camadas populares, promovendo a vivência coletiva em torno de movimentos que levam a projetos de emancipação, libertação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade.

Vasconcelos[25] define Educação Popular como um modo de participação para a organização de um trabalho político que abra caminho para a conquista da liberdade e de direitos. Objetiva trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Segundo o autor, a Educação Popular não é veneração da cultura popular, mas, modos de sentir, pensar e agir que interajam permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir.

Assim, a diversidade e a promoção da troca entre culturas e saberes é elemento fundamental da democratização dos processos educativos. Contrapondo-se a uma cultura sanitária conservadora, percebe-se a configuração de novos espaços de participação popular sendo gestados no contexto do SUS, fortalecendo essas contradições. Nesse processo contra hegemônico, constituem-se as novas redes de movimentos e práticas de Educação Popular em Saúde.

Aprendizados para produção de saúde a partir dos Espaços de Saúde e Cultura

Os ESCs proporcionaram experiências inovadoras para o campo da saúde coletiva ao apresentar uma práxis transformadora no caminho de uma saúde integral, cuidadora e emancipatória. Assim como explicitou as contradições entre um novo modo de produzir saúde em contraponto ao modo de vida imposto pela sociedade capitalista.

Na busca para contribuir com a sistematização da multiplicidade de princípios agregados à realização dos ESCs, resultado das categorias analisadas neste estudo, apresentam-se em dimensões

organizadas: (1) democrática e participativa, (2) política, (3) educativa e emancipatória, (3) acolhedora, afetiva e espiritual, (4) artística-cultural e (5) cuidadora. Essas dimensões são fruto da análise de conteúdo realizada neste estudo, a partir da pluralidade de materiais que retomam as experiências dos participantes que tornaram os ESCs uma referência nacional para a construção de uma nova forma de produção de saúde.

A dimensão democrática e participativa refere-se à forma de relação entre as pessoas que participavam do espaço e da pluralidade de formas de pensar e praticar saúde. Não havia diferenciação entre organizadores e participantes, todos protagonizavam a realização dos debates e das práticas. A dimensão democrática valorizou a polifonia expressa pela diversidade dos atores, dos movimentos e dos conhecimentos compartilhados.

A dimensão política aponta que a transformação da realidade deve considerar a experiência acumulada historicamente pelos sujeitos populares e movimentos sociais no enfrentamento das situações-limite cotidianamente vivenciadas. Os Espaços configuraram-se locais de articulação de movimentos sociais, trabalhadores, atores da academia e até gestores para lutas contra-hegemônicas que produzissem novas formas de fazer saúde e construir o SUS. Possibilitaram a visibilidade da Educação Popular em Saúde no diálogo com os diversos atores que compõem o SUS para apoio político e estratégico de disseminação das experiências.

A dimensão educativa e emancipatória consistiu no aprendizado pela troca de experiências e construção coletiva de saberes e práticas, tal como na perspectiva de construção de projetos coletivos de transformação social. Os ESCs contribuíram para o empoderamento de atores e movimentos sociais, organizados em prol da defesa de "uma outra saúde possível"[8].

A dimensão acolhedora, afetiva e espiritual foi construída a partir da valorização de outras racionalidades no cuidado e no fazer saúde de modo geral, para além daquelas legitimadas pelo saber convencional que nem sempre estão ao alcance da apreensão do conhecimento técnico-científico.

A dimensão artística e cultural evidenciou-se nas múltiplas manifestações artísticas e culturais no espaço, com participação nas rodas de conversa. Incluiu-se também a visibilidade das práticas tradicionais de cuidado, valorizando o conhecimento popular e sua historicidade.

A dimensão cuidadora talvez tenha sido a que ficou mais evidenciada entre aquelas que dialogaram com os ESCs, ofertando o contato e a visibilidade às múltiplas práticas de cuidado, relacionadas com as diversas racionalidades que compõem, e outras que extrapolam o campo da saúde coletiva.

Enfim, essas dimensões não podem ser isoladas para a compreensão dos propósitos dos ESCs, estão imbricadas e coexistem nesses novos territórios de produção de sujeitos e de saúde.

Este ensaio possibilitou identificar a potencialidade que o "Espaço Che" trouxe ao movimento de EPS, possibilitando afirmar que esse precursor dos ESCs inspirou a inserção das Tendas no setor saúde, inaugurando um novo jeito de participar e promover saúde no cenário de construção do saber no SUS, mais identificados com a cultura popular, acolhendo atores até então invisibilizados nesse contexto.

As contribuições dos ESCs aos espaços instituídos no campo da saúde, como eventos científicos, congressos e seminários, ainda estão em fase de conformação, não causando mais estranhamento. Na atualidade, os ESCs estão compondo as comissões próprias desses eventos, sinalizando a ressignificação dos modos de compreender, ser e fazer saúde no meio acadêmico. O desafio aqui colocado volta-se à inserção desses ESCs em espaços formais de ensino das profissões da saúde, provocando a necessária mudança na graduação com vistas que a Educação Popular em Saúde transversalize a formação acadêmica.

Os ESCs configuram-se em dispositivos potentes para muitas mudanças na saúde coletiva e deverão ser referência político-metodológica para implementação dos Centros de Educação Popular em Saúde hoje expressos no Plano Operativo da Política Nacional de Educação Popular e Saúde[1]. Esse novo jeito de promover e produzir saúde poderá contribuir com a busca da mudança do modelo de atenção à saúde e trazer uma nova estética para o SUS, inquietando o modelo da formação profissional e da organização dos serviços de saúde articulados no SUS.

Os princípios da EPS, como a afetividade, o diálogo e a articulação entre saberes técnico-científicos e populares, apresentam-se estratégicos para o campo da saúde coletiva na atualidade, fortalecendo o imperativo ético para a sociedade atual na construção de uma verdadeira ecologia dos saberes[25].

Verifica-se que os ESCs conseguiram unir a crítica ao pensamento único imposto pelo neoliberalismo e fomentar o aparecimento de práticas contra hegemônicas do jeito de cuidar e participar no setor saúde, fomentando o engajamento e a criatividade da juventude na luta pelo direito à saúde e transformando espaços instituídos de fazer e produzir conhecimento em saúde. Evidencia-se, a importância do conceito da polifonia na saúde, mostrando que a construção deve ser coletiva, plural, inclusiva, dialógica e democrática e que essa mistura tem o potencial de produzir inovações epistemológicas.

Colaboradores

Thaís Maranhão, Osvaldo Peralta Bonetti e Vanderleia Laodete Pulga Daron participaram igualmente da elaboração do artigo, de sua discussão e redação e da revisão do texto. Odete Messa Torres participou da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto. Thaís Maranhão fez a revisão final do manuscrito.

Referências

1. 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). Diário Oficial da União. 20 Nov 2013.

2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

3. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.

4. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Monteiro H, Serrineri F, tradutor. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 1999.

5. Laperrièrre H. Inovação metodológica: experimentando a educação libertadora em saúde. Saude Transf Soc [Internet]. 2010 [acesso 2012 Nov 10]; 1(1):3-8. Disponível em: http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/421/480

6. Cassen B. Uma virada política e cultural. In: Cattani AD, organizador. Fórum Social Mundial: a construção de um mundo melhor. Porto Alegre: UFRGS; 2001. p.15-8.

7. Fórum Social Mundial. Carta de Princípios do FSM. Porto Alegre: Fórum Social Mundial; 2001 [Internet] [acesso 2012 Out 5]. Disponível em: http://www.forumsocialmundial.org.br/main.php?id_menu=4&cd_language=1

8. Santos BS. O Fórum Social Mundial: manual de uso. São Paulo: Cortez; 2005.

9. Grzybowski C. Sim, um outro mundo é possível. In: Cattani AD, organizador. Fórum Social Mundial: a construção de um mundo melhor. Porto Alegre: UFRGS; 2001. p.19-23.

10. Fischer NB, coordenador. Acampamento Intercontinental da Juventude experiência de uma nova geração política e integração sul-americana: caracterização de situações-tipo e organizações juvenis [Internet]. Porto Alegre: Ibase; 2007. [acesso 2012 Out 5]. Disponível em: http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2011/06/juv-acampamento-int-da-juv.pdf

11. Sader E. A nova toupeira: os caminhos da esquerda latino-americana. São Paulo: Boitempo; 2009.

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004. Brasília, DF: MS; 2004.

13. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS; 2004.

14. Revista POLI. Educação popular em saúde. Poli Saude Educ Trab [Internet]. 2009 [acesso 2012 Dez 20]; 11(8):25-6. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R10.pdf

15. Aneps. O caminho das águas em 2003. In: Relatório do 1º Encontro Nacional da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde. Brasília: ANEPS; 2005.

16. Maranhão T. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: um "garimpo" bibliográfico. RECIIS Rev Eletr Comum Inf Inov Saude [Internet]. 2013 [acesso 2013 Dez 30]; 7(4):[14p]. Disponível em: http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/862.

17. Torres O. Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde do Brasil: caracterizando a participação estudantil. RECIIS Rev Eletr Comum Inf Inov Saude [Internet]. 2013 [acesso 2013 Dez 30]; 7(4):[7p]. Disponível em: http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/860.

18. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 5a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

19. Bonetti OP, Chagas RA, Siqueira TCA. A educação popular em saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): MS; 2014. p. 16-24.

20. Oliveira MW. Apresentação - Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. Cad CEDES. 2009; 29(79):297-306.

21. Acampamento Intercontinental da Juventude. Projeto da comissão de saúde do 5ª AIJ. Porto Alegre [Internet]. 2004. [acesso 2014 Fev 25]; Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/acampamentofsm/default.php?reg=5&p_secao=27.

22. Fórum Social Mundial. Vídeo Espiral Saúde. Comissão de Saúde do 5º Acampamento Intercontinental da Juventude. Porto Alegre; 2005.

23. Fórum Social Mundial. Vídeo Fórum Social Mundial Belém do Pará. Belém; 2009.

24. Santos BS. A filosofia à venda, a douta ignorância a aposta de Pascal. Rev Crit Cienc Soc [Internet]. 2008 [acesso 2012 Ago 5]; 80:11-43. Disponível em: http://rccs.revues.org/

25. Vasconcelos E. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

26. Valla VV, Stotz EN, organizadores. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

27. Ribeiro M. Movimento camponês, trabalho e educação: liberdade, autonomia, emancipação: princípios/fins da formação humana. São Paulo: Expressão Popular; 2010.

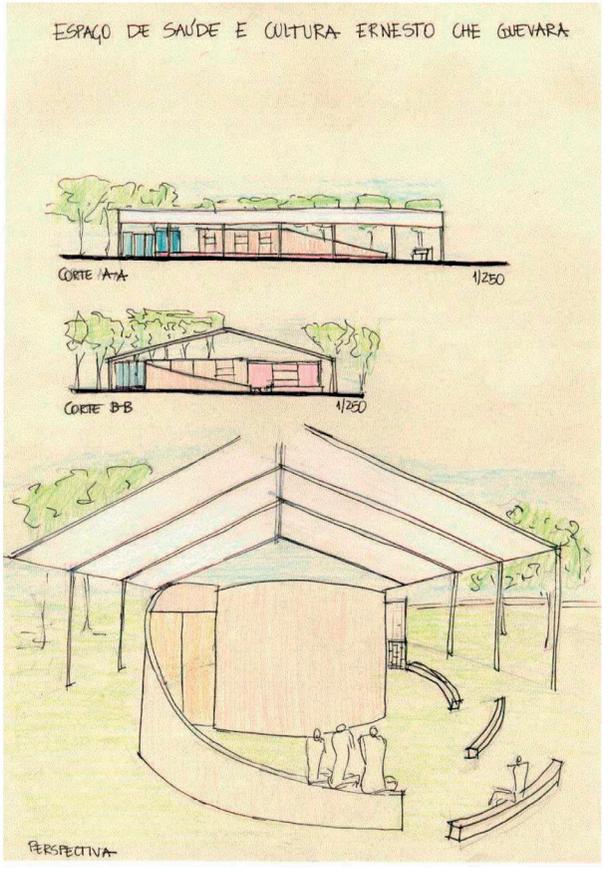
28. Stotz E. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Textos VERSUS. Brasília: MS; 2004. p. 286-301.

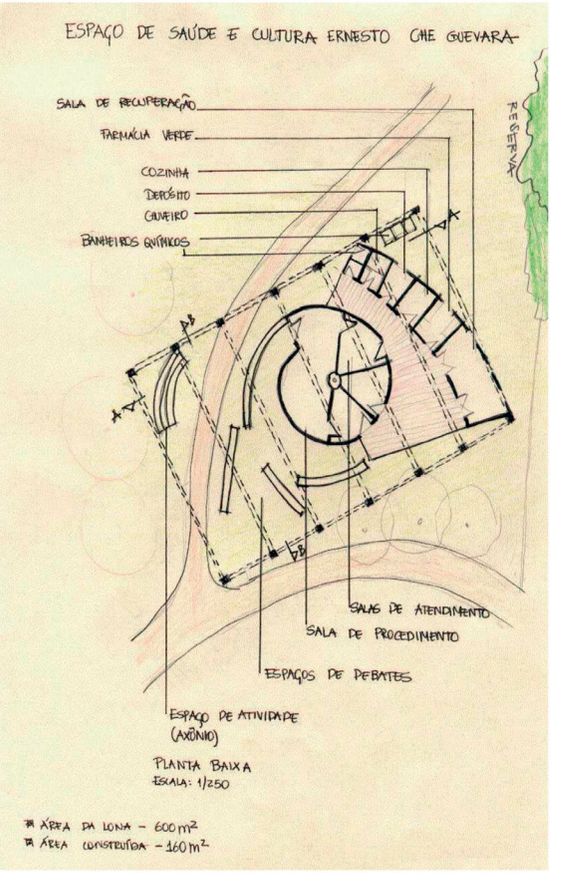
29. Pedrosa JIS. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: Martins CM, Stauffer A, organizadores. Educação em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 71-100.

Maranhão T, Bonetti OP, Daron VLP, Torres OM. Espacios de Salud y Cultura: la experiencia del Forum Social Mundial a las Carpas de Educación Popular en Salud. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2: -1186.

Buscando identificar posibles contribuciones al campo de la salud colectiva, el artículo analiza los Espacios de Salud y Cultura realizados en los Fórums Sociales Mundiales en Brasil. Es una investigación cualitativa, de abordaje descriptivo, usando investigación documental, analizando documentos, informes, videos y notas en diario de campo. Los resultados señalan que los Espacio de Salud y Cultura innovaron al aproximar a diversos actores de la salud colectiva, articulados al Movimiento de Educación Popular en Salud, trabajadores de la salud, gestores y movimientos de juventud. La Educación popular se señala como referencia político-metodológica de formulación de los espacios que potenciaron la construcción de red multicultural con propuesta de nuevas formas de producir salud. El "Espacio Che" se firma como fuente de inspiración para las Carpas Paulo Freire, realizadas en eventos del área, congresos científicos, encuentros y seminarios.

Palabras clave: Educación Popular en Salud. Participación comunitaria. Salud Colectiva.





Recebido em 13/06/2013. Aprovado em 30/11/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0367

Pontos de Cultura:
contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores

Gabriela Fabian Nespolo[a]
Êrica Rosalba Mallmann Duarte[b]
Cristianne Maria Famer Rocha[c]
Alcindo Antônio Ferla[d]
Gímerson Erick Ferreira[e]
Gustavo Costa de Oliveira[f]
Beatriz Santana de Souza Lima[g]

Nespolo GF, Duarte ÊRM, Rocha CMF, Ferla AA, Ferreira GE, Oliveira GC. Culture Points: contributions to Popular Health Education in the perspective of their coordinators. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1187-1198.

The purpose of this article is to analyze the contribution of Culture Points to popular health education, based on the view of their coordinators. The authors conducted a qualitative, descriptive and exploratory research, in which eight coordinators were interviewed. The data suggest that the Culture Points are spaces for dialogue enhancement where it is possible to potentialize moments of speaking and listening, as well as moments of respect for knowledge, experiences and emotions. Based on this initiative, it was mentioned that it is possible to empower popular involvement in actions targeted at health promotion, thus strengthening collective participation and solidarity ties in the community. In addition, the Culture Points act as spaces of cultural creation and social leadership, which enable closer links between culture and health, and value the subjective characteristics of the subjects.

Keywords: Culture Point. Popular Health Education. Health promotion. Health education.

O objetivo deste artigo consiste em analisar contribuições dos Pontos de Cultura para a Educação Popular em Saúde, a partir da visão dos seus coordenadores. Procedeu-se a uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório, entrevistando oito coordenadores desses pontos. Os dados sugerem que os Pontos de Cultura se constituem espaços de valorização do diálogo, onde é possível potencializar momentos de fala e escuta, bem como de respeito pelos saberes, experiências e emoções. Aludem que, a partir de tal iniciativa, é possível potencializar o envolvimento popular em ações voltadas à promoção da saúde fortalecendo, assim, a participação coletiva e os laços de solidariedade na comunidade. Revelam, ainda, que eles funcionam como espaço de criação cultural e protagonismo social, os quais possibilitam o estreitamento dos laços entre cultura e saúde e valorizam as características subjetivas dos sujeitos.

Palavras-chave: Ponto de Cultura. Educação Popular em Saúde. Promoção da saúde. Educação em saúde.

[a] Grupo Hospitalar Conceição. Rua Esperança, 25, Sarandi. Porto Alegre, RS, Brasil. 91140-230. gabrielanespolo@hotmail.com
[b,c] Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF/UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ermd@terra.com.br; cristianne.rocha@ufrgs.br
[d] Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. ferlaalcindo@gmail.com
[e,f] Discente, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. gimeferreira@gmail.com; gustavoenfufrgs@gmail.com
[g] Discente, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

Introdução

O Brasil é um país de diversidade cultural, permeando a educação, a saúde, a comunicação, a economia sustentável e o meio ambiente. Somado a isso, nos últimos dez anos, configurou-se um novo quadro social no país e na América Latina, nos quais ocorreram transformações políticas e sociais devido à eleição de governantes progressistas.

Em 2003, houve a proposta da implantação de espaços físicos em áreas de vulnerabilidade social das metrópoles. A proposta inicial era que, após a construção da estrutura física, a comunidade as ocuparia com atividades diversas de inclusão cultural. Contudo, percebeu-se que construir edifícios estranhos à realidade local, não incentivaria a produção cultural em comunidades carentes[1].

Dentro desse clima, criou-se uma lista de discussão on-line, que serviu para que pessoas de todos os lugares do Brasil participassem das discussões. A sociedade fez sua parte e a lógica de "levar cultura para a periferia" foi invertida, na qual as pontas deixaram de ser mera audiência e passaram a ser produtores de cultura e de informação[2].

Essa discussão gerou a proposta de Bases de Apoio à Cultura (BAC), que seriam centros de produção coletiva e horizontal, construídos e interligados às grandes cidades. Entretanto, a construção era muito cara, demandando infraestrutura e, segundo Lima[2], não foi executada pelo Ministério da Cultura. Mesmo assim, outra iniciativa muito parecida à ideia das BAC surgiu: criação de uma rede descentralizada de criadores e produtores culturais, na qual ocorreria o compartilhamento de experiências dos diferentes contextos, sendo denominada como Pontos de Cultura.

O Programa Nacional de Cultura, Educação e Cidadania – Cultura Viva, criado em 2004, visava estimular e fortalecer uma rede de criação e gestão cultural, baseada no empoderamento, na autonomia e no protagonismo social, tendo como principal tipo de ação os Pontos de Cultura selecionados por meio de editais públicos. Esses pontos são considerados espaços permanentes de produção, recepção e disseminação culturais, que envolvem comunidades que estão à margem dos circuitos culturais e artísticos convencionais em atividades de arte, cultura, educação, cidadania e economia solidária, ou seja, ações de impacto sociocultural[3].

Neles, os agentes seriam reconhecidos pelo governo e passariam a receber recursos para ampliação das atividades de acordo com suas situações (reformar espaços físicos, contratar oficineiros, elaborar jornais e informativos). A única obrigação seria a compra de equipamentos multimídia para a produção cultural em software livre. Estava iniciando a estruturação de uma rede para a troca de experiências e fortalecimento do programa de governo[1].

Em 2006, o programa Cultura Viva expandiu-se e tornou-se o Mais Cultura. Atualmente, as redes abrangem 25 unidades da Federação e o Distrito Federal. No período de 2004 até 2011, o Programa Cultura Viva já contava com 3670 Pontos de Cultura, presentes em todos os estados brasileiros, alcançando cerca de mil municípios[4].

Em continuidade ao Programa Cultura Viva, foi lançado o edital Cultura e Saúde, em 2008, que pretendia selecionar cento e vinte iniciativas culturais desenvolvidas por entidades públicas ou privadas, sem fins lucrativos, que atuassem no campo sociocultural com promoção da saúde, prevenção de doenças e Educação Popular para o cuidado/autocuidado em saúde[5].

No Rio Grande do Sul, um grupo hospitalar propôs uma rede de Pontos de Cultura e Saúde por meio desse edital[6]. Após dois anos de Política de Cultura e Saúde dentro desse grupo, estava formada a rede de dez Pontos de Cultura e Saúde, como um projeto piloto, sendo a primeira experiência no Brasil[7].

Nessa perspectiva, os profissionais da saúde começam a buscar outros referenciais, além dos biológicos, pois compreendem que a adesão a tratamentos e cuidados está fortemente articulada com a cultura (estilos de vida, hábitos, rotinas, rituais), demonstrado na estratégia de Saúde da Família, inserida na atenção básica, na qual os profissionais de saúde estão mais envolvidos nos valores culturais da família/população[8].

Os Pontos de Cultura e Saúde estão ligados a uma Unidade de Saúde da Rede de Atenção Básica, o que faz com que os profissionais de saúde participem da elaboração do projeto do ponto, das reuniões, como membro do grupo de trabalho, e das atividades propostas. As propostas vêm corroborar a busca

de autonomia e empoderamento pela comunidade, de seus próprios processos de desenvolvimento, sejam eles econômicos, sociais e culturais, valorizando as pessoas da própria comunidade e intensificando a troca de saberes, atuando diretamente com a promoção de saúde.

Isso porque a saúde de cada indivíduo existe a partir de um traço cultural, com valores e concepções que são construídos desde o nascimento, uma vez que a cultura produz o modo como as pessoas são e a forma como atuam. Sendo assim, saúde e cultura juntas determinam a existência, a forma e o modo de ser. Elas constituem as atitudes, a sexualidade, o apetite, permitindo que os indivíduos convivam em sociedade e dependam dos outros seres humanos. O desafio, partindo disso, deve ser o de focar a construção da síntese entre o saber técnico, que valoriza a sobrevivência, com o desejo e o interesse das pessoas, que é revelado pela cultura[9].

Dessa maneira, acredita-se que os Pontos de Cultura e Saúde propiciam um espaço de convivência saudável para os moradores das comunidades, fomentando a educação popular e transversalizando a ideia de que saúde não é só uma questão de remédio e de atos técnico-assistenciais e de ausência de doença.

Assim, considerando o surgimento dos Pontos de Cultura na sociedade, e ponderando a necessidade de adotar uma estruturação comprometida com os interesses populares, os coordenadores desses pontos assumem importante papel na dinâmica dessa iniciativa ao vislumbrarem novos caminhos para o cuidado em saúde e ao motivarem a comunidade local a participar de projetos com vistas à promoção da saúde dos indivíduos.

Diante do exposto, questiona-se: que contribuições para a Educação Popular em Saúde os coordenadores dos pontos visualizam a partir de tal iniciativa? Logo, o presente estudo objetivou analisar as contribuições desses pontos para a Educação Popular em Saúde, na perspectiva de seus coordenadores.

Trajetória metodológica

Pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva, realizada em oito dos dez pontos da rede de cultura e saúde de um grupo hospitalar, referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre/RS. O grupo é formado por quatro unidades hospitalares, 12 postos de saúde do serviço de saúde comunitária, três Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e um centro de educação e pesquisa em saúde. Cada ponto é vinculado a um dos postos de saúde do serviço de saúde comunitária.

A rede de Pontos de Cultura e Saúde iniciou sua atuação em 2009. Tem como foco ações populares e culturais que envolvam a promoção da saúde e o intercâmbio entre o fazer cultural. Nesses pontos é estimulada a participação popular entre os moradores da cidade, dentre estes, os usuários vinculados ao grupo hospitalar, sejam crianças, adolescentes, adultos ou idosos; promovendo trocas entre os mais diversos olhares sobre a saúde.

Os sujeitos desse estudo foram os coordenadores dos Pontos de Cultura da rede. Estes possuem vínculos com os pontos desde a elaboração do projeto para concorrer ao edital até a execução e prestação de contas. Para cada coordenador, foi enviado um convite para participarem da pesquisa. Os critérios de exclusão desses profissionais foram: coordenador atuando nos Pontos de Cultura em um período inferior a seis meses; coordenador afastado do cargo em licença de qualquer natureza, afastamento ou férias.

Ante tais critérios, dos dez coordenadores dos pontos, oito participaram do estudo, sendo quatro do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Dos oito coordenadores entrevistados, apenas um tinha vínculo empregatício com o grupo hospitalar. Os demais estavam vinculados ao projeto. As suas profissões eram: costureira, pedagoga, médica, jornalista, economista, professor, aposentado e músico.

Para a coleta de dados, foi realizada uma entrevista semiestruturada durante os meses de março e abril de 2013, nos períodos e locais mais viáveis para os sujeitos participantes. As perguntas buscavam identificar a percepção desses coordenadores acerca das principais contribuições dos Pontos de Cultura para as comunidades as quais se destinavam. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra,

após consentimento dos sujeitos, expressos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foi assegurado o anonimato a todos os entrevistados. As falas foram codificadas com a letra "C" seguida do número da entrevista (C1 a C8).

A análise das informações seguiu a proposta da análise de conteúdo, cuja organização ocorre em três grandes etapas: primeiro a pré-análise; em seguida, a exploração do material; e, por último, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação[10]. Inicialmente, foi feita uma leitura flutuante pelos pesquisadores, visando a uma visão geral do conjunto a partir de impressões prévias e orientações dos dados. Em seguida, realizou-se a exploração do material, na qual os dados puderam ser codificados e categorizados, permitindo uma representação do conteúdo. Por fim, foram distribuídos os trechos do texto pelas categorizações, sendo realizada uma leitura dialogada com o texto das entrevistas e, posteriormente, procedeu-se a identificação das unidades de registro, para análise destas.

O estudo seguiu a normatização ética para a realização de pesquisas com seres humanos, Resolução 466/2012[11] do Conselho Nacional de Saúde, tendo o projeto de pesquisa a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, posteriormente, na Plataforma Brasil.

Resultados e discussão

Considerando-se os objetivos da pesquisa e o conteúdo das entrevistas, uma grande categoria emergiu do processo analítico, denominada como: "Pontos de Cultura como estratégia de fomento à educação popular em saúde", dela foram abordadas três temáticas: "Pontos de Cultura como espaço de valorização do diálogo", "Pontos de Cultura como veículo no fortalecimento de coletividades" e "Pontos de Cultura como espaço de criação cultural e protagonismo social".

É preciso ressaltar que a Educação Popular busca a constituição de novos sujeitos, individuais e coletivos, constituídos no processo de análise, reflexão e ação sobre a realidade, valorizando o saber do outro, entendendo o conhecimento como um processo de construção coletiva, de modo a visar um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas[12].

Nesse sentido, os Pontos de Cultura surgem como estratégia de fomento à Educação Popular em Saúde, na medida em que possibilitam um olhar para os novos aprendizados, vivenciados pelos sujeitos no processo de definição de suas linguagens, na construção de um trabalho coletivo e criativo, de experimentação de suas escolhas éticas e estéticas, na manifestação da livre expressão e da inventividade[13]. Assim, os Pontos de Cultura, neste estudo, ao menos na perspectiva de seus gestores, surgem como estratégias que promovem a valorização do diálogo, o fortalecimento de coletividades e potencializam a criação cultural e o protagonismo social.

Pontos de Cultura como espaço de valorização do diálogo

O conjunto das falas possibilita verificar a importância dos pontos no desenvolvimento de ações de Educação Popular em Saúde numa perspectiva dialética, que contribua para constituição de práticas de saúde a partir dos sujeitos, no que diz respeito a sua condição enquanto sujeito e trajetória de saúde e doença.

O método da Educação Popular é uma estratégia de intervenção que prioriza a criação de espaços de diálogo em que problemas específicos são debatidos de uma forma que valoriza a explicitação e incorporação dos saberes e reflexões dos cidadãos envolvidos[14]. Desse modo, o foco central dessa abordagem é a comunicação, sob a forma de suas mais diversas linguagens, dentre as quais se destaca o diálogo na interação entre a população e os profissionais da saúde.

Num primeiro momento das entrevistas, observou-se nos discursos a valorização do diálogo no espaço dos Pontos de Cultura, na medida em que se percebe a interação entre todos os atores envolvidos no processo, propiciando a construção e difusão de um novo conhecimento que perpassa os muros das instituições de saúde:

> "Ela vai vendo que a opinião dela é tão importante para as outras pessoas, como muitas vezes quando ela ouve a opinião das outras para ela. Então uma pessoa vai, de certa forma, estimulando a outra". (C1)

> "[...] quando a gente se envolve com ações culturais, coisas que você pode expressar os sentimentos, a personalidade, isso certamente ajuda no processo de cuidado, de manutenção de uma saúde melhor". (C3)

> "[...] a gente trouxe os quadros e toda obra dele para dentro do ponto de cultura e começamos a dar atenção a ele, conversar e começar a buscar a história dele, identificando com olhar sensível de onde que podíamos estar ajudando [...] e o ajudamos". (C4)

> "Nós pudemos ver em que aspectos as questões do convívio das pessoas, da realidade que as pessoas vivem na sua vida acaba afetando a vida delas e vice-versa". (C7)

Valorizar o contexto em que se está inserido e construir novas formas de atuação que respondam à demanda por saúde da população são objetivos centrais desse campo de conhecimento, possibilitando diálogos com o ser humano e com a vida, em que cada um é agente e construtor de sua realidade, mediante ações de saúde como ações educativas[15]. Destarte, empreende-se que a Educação Popular tome como ponto de partida os saberes prévios dos sujeitos, na medida em que esses saberes vão sendo construídos pelos sujeitos ao seguirem seus caminhos de vida, elemento fundamental para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de adversidade[16].

Nessa perspectiva, a Educação Popular enfatiza o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passa a desenvolver ações em saúde com as pessoas, e não para as pessoas. Tal diálogo propicia que todos possam ser protagonistas de sua história e de suas expectativas quanto às práticas de saúde, sendo agentes transformadores de suas próprias realidades sociais.

Nos discursos, são notados a interação e o diálogo entre todos os atores do processo, uma vez que, ao conhecimento científico dos profissionais, são somados o conhecimento e as necessidades individuais dos sujeitos para implementação de ações de saúde voltadas ao sujeito. Assim, destaca-se a importância da estimulação entre as pessoas – profissionais e/ou usuários –, que frequentam o ponto de cultura, do diálogo aberto na busca de amenizar as situações precárias de saúde e o foco do tratamento no sujeito e não na patologia.

Desse modo, ouvir o outro possibilita entender o universo desse ser, na medida em que emergem suas necessidades, e ouvir a nós mesmos poderá propiciar ações de saúde distantes dos nossos desejos de cuidado mais conscientes. Ou seja, fazer saúde a partir do outro possibilita práticas em saúde direcionadas e específicas a cada sujeito.

Na perspectiva desses coordenadores, ainda, os Pontos de Cultura aparecem, também, como o ambiente que deve proporcionar o diálogo:

> "O Ponto de Cultura e saúde deve ser um espaço em que as pessoas poderiam pensar, [...] conversar com as pessoas e a partir desses momentos poder se enxergar, se pensar e poder também enxergar o ambiente [...] um espaço para isso, espaço em que a gente pode refletir, pode se pensar e que a gente pode ter oportunidade de querer avançar nisso, modificar e evoluir, deve ser um espaço seguro para que isso aconteça". (E4)

A Educação Popular em Saúde pretende investir no diálogo entre os sujeitos, na educação humanizadora e no trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito. Procura lembrar que o corpo, a palavra, a consciência, os hábitos e o trabalho são eixos temáticos fundamentais para o cuidado[17]. A aposta é que a escuta do outro possa nos tornar conhecedores e sensíveis aos seus desejos, aproveitando nesse ato a oportunidade de trocar de posição com o outro a partir do reconhecimento de que nele há certa projeção de nós mesmos[18].

Nesse sentido, os Pontos de Cultura têm se caracterizado como espaços de construção em saúde, valorizando o diálogo, entre as pessoas que utilizam o espaço do serviço, para a promoção da saúde.

O esforço humano de construção do diálogo entre os diferentes personagens e grupos envolvidos nos problemas de saúde não é garantia de sucesso[14]. O diálogo é falível, é uma realização humana parcial e provisória, nem é garantido pela existência de boas intenções, nem tampouco impedido pela existência de sérias diferenças. Contudo, mesmo tentativas fracassadas de diálogo entre as diferenças podem nos ensinar algo: que a persistência não resolve todos os conflitos, que alguns problemas não são solucionáveis, mas apenas administráveis e que certo nível de mistério e perplexidade acompanha todos os esforços de compreensão humana[14]. Assim, práticas impositivas podem ser substituídas por ações em saúde construídas com a comunidade, por meio da escuta ativa, utilizando-se a negociação como um dos meios para desenvolvê-las em prol das necessidades dos sujeitos, conforme é apresentado a seguir:

> "Nós temos situações de crianças que não tomam banho, então quando conversamos sobre isso foi muito bom, porque foram promovidos diálogos mais abertos e nós encontrávamos situações que mesmo sem recurso, eles poderiam driblar e perceber novas maneiras de cuidar da saúde deles". (C2)

> "Aqui é uma vila onde a questão da droga é muito presente [...] interfere na vida de todos os moradores, na vida das mulheres e nas próprias famílias e o ponto de cultura sempre foi visto como algo que proporcionasse aos jovens e especialmente às mulheres uma forma delas se encontrarem e fazer um resgate disso, que elas pudessem partilhar isso, conviver e dar outro sentido para a vida". (C8)

> "Foi dada para as pessoas a possibilidade de falar sobre a sua realidade e isso em si gera uma transformação na qualidade de vida e no próprio desenvolvimento das pessoas. Durante as oficinas, algumas chegaram bem retraídas e no final terminava com outra relação". (C7)

O ato de escutar coloca o sujeito no espaço objetivo externo e no subjetivo interno do outro, por meio de uma participação, de um compartilhar do vivido, diferentemente de ouvir, que é apenas a constatação de algo por meio do sistema auditivo, ou seja, uma ação fisiológica que demanda uma constituição neurológica[19]. Constitui, assim, uma estratégia de desenvolvimento profissional desses coordenadores nos Pontos de Cultura.

Esses discursos demonstram a importância dada pelos coordenadores desses pontos à necessidade de comunicação efetiva entre as pessoas que ocupam os espaços de convivência. Entretanto, é relevante destacar que, esses espaços não se restringem apenas a oficinas e palestras, pois, apesar de importantes nos processos educativos, por si só, não podem ser consideradas vias únicas de promoção da saúde, sendo necessário propiciar espaços de reflexão e problematização.

Compreender como essas pessoas aprendem é determinante para reunir condições adequadas para ensiná-las, sendo este o principal desafio no contexto da educação. Porém, quanto ao contexto educativo popular, os profissionais da saúde necessitam reconhecer que o conhecimento determinante para certo grupo social se encontra na cultura desse grupo[20].

Na temática analisada, pode-se constatar que, para os coordenadores desses pontos, tais iniciativas permitem que as equipes de saúde ampliem suas práticas, ao dialogar com o saber popular e ao cultivar uma relação de troca entre o saber popular e científico.

Pontos de Cultura como estratégia no fortalecimento de coletividades

Nesta temática serão expostos os relatos dos coordenadores que evidenciam os Pontos de Cultura como estratégia no fortalecimento de coletividades. Fundamentados nos ditames da Educação Popular, os Pontos de Cultura, além de permitir que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular, permitem também que a inclusão de novos atores no campo da saúde e o fortalecimento da organização das pessoas[12]. Nesse sentido, propõem a ampliação da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à medida que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história[21,22].

Os coordenadores, ao relatarem a contribuição dos Pontos de Cultura para os sujeitos que deles fazem parte, referem a uma maior aproximação das pessoas da comunidade, bem como com os serviços de saúde e com os profissionais neles atuantes. Essa aproximação, na concepção dos coordenadores, reflete positivamente na realidade das práticas comunitárias, pois aponta uma maior articulação entre os sujeitos em prol de interesses comuns, por meio de ações coletivas.

> "[...] trouxe uma aproximação das pessoas, não só da própria instituição, associação de moradores, mas houve uma união maior também das pessoas". (C1)

> "[...] utilizar o espaço do ponto é um acordo que nós temos, a gente cuida, paga o aluguel, promove ações quando nos é possível e a comunidade ao mesmo tempo cuida desse espaço". (C5)

Esse apoio social agrega um conjunto de ações que podem acarretar resultados favoráveis no enfrentamento dos problemas de saúde-doença e se estabelecem a partir do estreitamento de laços de solidariedade entre os sujeitos. Os usuários dos Pontos de Cultura começam a visualizar, nesses espaços, um lugar comum a todos, em que se sentem confortáveis e dispostos a cuidar do local. Essas relações são importantes, pois valorizam aspectos culturais e fomentam a criatividade das pessoas a partir de suas vivências, participação, envolvimento e criação de vínculo.

A importância da participação coletiva e de unir habilidades individuais foi ressaltada por outros pesquisadores[23], ao destacar tais aspectos como fundamentais no fortalecimento de processos autônomos dos sujeitos e dos grupos sociais, que, a partir do contexto socioeconômico, político e cultural, são capazes de possibilitar mudanças nas práticas de saúde e melhorar a condição e qualidade de vida da população.

Do mesmo modo, a noção de cooperação foi verbalizada com maior frequência entre os coordenadores, caracterizada também como fortalecimento no grupo, ajuda mútua e apoio às pessoas. Os coordenadores visualizam, nos usuários desses pontos, a certeza de que acreditam que unidos podem fazer a diferença e são capazes de transformar uma determinada realidade social.

> "[...] elas mostravam que era possível um grupo que fizesse a diferença e que, em grupo, as pessoas podem fazer algo mais, criar alguma coisa para que traga seu benefício". (C1)

> "Depois que começamos a trabalhar fomos recebendo apoio das pessoas, crianças que estavam em volta e isso foi se tornando mais fácil e começamos a ver um sentido naquilo que estávamos fazendo". (C4)

> "[...] as pessoas do entorno cuidam e cuidam bastante dos Pontos, estão sempre do olho nas coisas que acontecem ali, pois sabem que naquele espaço a gente estava tentando trabalhar relacionando com a saúde de todo mundo". (C5)

Cabe destacar que, a Educação Popular em Saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a energização da participação popular, fortalecendo a perspectiva democratizante das políticas públicas[24]. Sendo assim, os Pontos de Cultura surgiriam como espaços capazes fortalecer a tática coletiva, no intuito de possibilitar o desenvolvimento de sujeitos capazes de promover medidas sanitárias articuladas às suas realidades específicas, gerando impacto na situação de saúde dos indivíduos.

Dessa forma, o apoio social apresenta caráter de reciprocidade, trazendo efeitos favoráveis para todos os envolvidos, na medida em que fortalece a compreensão de que as pessoas necessitam umas das outras para construírem relações de cuidado integrais[25].

Nesse contexto, a população vem sinalizando outras formas de se organizar para solucionar seus problemas de saúde, aliviar o sofrimento e construir formas terapêuticas de cuidado integrais[16], demonstrando ser importante para os coordenadores desses Pontos de Cultura compreender e valorizar o modo como a comunidade vem construindo suas estratégias de enfrentamento com relação aos problemas de saúde:

> "Um ponto de cultura e saúde é um local onde procuramos ampliar as relações com esses agentes da saúde e com as pessoas que acabam procurando esses agentes, então tu teres uma boa relação com o posto de saúde, uma boa relação com os espaços de educação formal da comunidade, vai fazer com que as políticas e as pequenas ações fiquem integradas e essas integrações vão proporcionando que todos tenham mais força nas ações". (C5)

> "Outra coisa que eu acho que foi bem importante é a relação do serviço social, [...] o trabalho social acaba fazendo com que se tenha esse foco, com que se consiga bolar uma estratégia, um projeto que agrega essa questão de saúde e cultura [...] uma intenção de agregar o posto de saúde, [...] e tentar fazer com que aquilo seja uma construção coletiva". (C5)

Estratégias de realização de diagnóstico e planejamento participativos das ações de saúde podem ser vistas como relevantes para mobilização e conscientização da população, sendo esta uma possibilidade de ampliação do diálogo entre o saber popular e o saber técnico-científico[12]. Sendo assim, a necessidade de aproximação entre o saber popular e o saber científico se traduz na valorização de vivências da comunidade, estando intimamente imbricadas com o contexto cultural desta.

Tal aproximação favorece o diálogo e a troca de saberes e fortalecem a felicidade como projeto de vida das populações a partir da realização ou participação em mobilizações que estão ligadas diretamente ao lazer e à interação social, vistas como iniciativas que poderiam potencializar atividades na perspectiva da Educação Popular em Saúde e que vão para muito além dos muros dos serviços de saúde[12,16].

Atividades como essas enfatizam a importância da aliança entre o saber popular e científico, possibilitando a reconstrução do conhecimento sobre as práticas de saúde. Nesse sentido, os coordenadores enxergam importantes reflexos das ações desenvolvidas nos Pontos de Cultura, na saúde da população, como evidenciado a seguir.

> "[...] o ponto de cultura serviu pra que mostrar que as pessoas juntas poderiam fortalecer e criar alguma coisa e ao mesmo tempo mostrar que aquela pessoa não estava doente". (C1)

> "[...] há uma construção com essa união que pra mim é um reflexo importante para a saúde das pessoas". (C3)

> "Eu moro em uma vila onde a transformação foi feita com muita participação, com atuação direta e cada conquista que teve aqui mexeu muito com a autoestima das pessoas e com a alegria. Era isso que motivava as pessoas a saírem pra rua e fazer com que essas conquistas acontecessem, mas também permaneceram muitos problemas sociais". (C8)

Os coordenadores reconhecem nos Pontos de Cultura uma importante iniciativa que estimula o fortalecimento da coletividade, visualizando nesses espaços a articulação e a união entre os sujeitos como uma forma de se promover a saúde das pessoas, algo que, na perspectiva desses gestores, reflete na condição de saúde de cada indivíduo em sua particularidade, promovendo a autoestima e a felicidade.

Entretanto, as ações coletivas, independentemente de quem as coordena ou as motiva, podem tanto promover desenvolvimento social quanto dificultá-lo, ressaltando, assim, a importância de que tais ações precisam ser bem preparadas nos Pontos de Cultura e que tomem os encaminhamentos adequados para que se desenvolva seu potencial educativo junto à comunidade[16].

Pontos de Cultura como espaço de criação cultural e protagonismo social

A partir da Educação Popular, os Pontos de Cultura têm propiciado um espaço de ressignificação da cultura por intermédio de mudanças nas atitudes dos profissionais de saúde e dos usuários, um vez que, nesse cenário, considera-se a dinâmica cultural da comunidade e o conhecimento das pessoas como essencial ao atendimento em saúde, valorizando-se o patrimônio cultural. Nesse sentido, esses pontos têm possibilitado mudanças nas atitudes do grupo para que as necessidades das pessoas sejam o foco do cuidado.

Desse modo, a educação em saúde deve ser entendida como prática social, como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando um processo dialógico, vertical e compartilhado. Esse diálogo assume o pressuposto de que todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança[17].

Assim, as várias estratégias que desenvolvem o apoio social buscam ajudar na constituição de sujeitos que tenham capacidade de definir os rumos de suas próprias vidas, de ampliar sua autonomia[16]. Nessa situação, encontramos os Pontos de Cultura como o espaço que propicia a criação cultural e o protagonismo social mediante ações em saúde com o suporte da Educação Popular.

> "[...] nós tínhamos uma boa experiência com relação à educação e a partir de uma perspectiva da educação popular, então nosso projeto se baseou no sentido mais teórico de aproximar a saúde com a cultura por dentro de um conceito chamado cuidado". (C6)

> "[...] saúde envolve a vida das pessoas, a potencialidade das pessoas, a cultura é um elemento fundamental tanto na perspectiva da arte quanto na perspectiva da cultura no sentido das raízes étnicas, das crenças, da questão da cultura que as pessoas trazem do cotidiano, das relações familiares, poderia ser ainda a cultura alimentar ou sobre a cultura no sentido de cuidar e as formas de cuidar, como por exemplo, as práticas populares de cuidado, com ervas e outras coisas, que também fazem parte da cultura e que estão diretamente relacionadas com a construção de saúde". (C3)

É importante compreender que a educação em saúde não deve ser entendida como um modo de fazer as pessoas mudarem seus hábitos para assimilarem práticas de saúde e recomendações, mas como uma possibilidade de educar para ajudar a população a compreender a saúde e a doença. Dentro dessa forma de compreensão, os Pontos de Cultura se tornam o lócus para a articulação dos saberes, como meio para realização de uma Educação Popular em Saúde e ativação dos protagonistas desse fazer.

A Educação Popular se inicia com os saberes prévios das pessoas[16]. Esses saberes são construídos à medida que as pessoas seguem seus caminhos de vida e são fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade. Sua concepção teórica valoriza o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, sendo esta utilizada pelos serviços, pois visa a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas[26].

> "E aí nós víamos uma coisa bem significativa, inclusive com a gurizada entrando no ponto de cultura e se apropriando das coisas, nos ajudando a arrumar e a transformar o espaço e aí quando essas pessoas entram no ponto de cultura e se dispõem a construir o espaço junto conosco, elas já estão levando essa modificação para a comunidade delas, para dentro da casa delas". (C5)

> "[...] as oportunidades que tivemos de vivências com outras pessoas nos teias, fomos em lugares muitos legais e tivemos discussões muito importantes dentro de um esquema de autogestão e auto-organização e as pessoas da rede mesmo organizando aqueles encontros e isso foi super enriquecedor". (C5)

Essa forma de atuação com atenção voltada para a comunidade e sua cultura, Educação Popular, construção de ações coletivas, como pôde ser observado nas falas, requer uma mudança na forma de atuação dos coordenadores. Nesse processo, é preciso sair de um modelo de atenção de base curativa, que tem como foco a cura da doença, para um modelo que passe a focar a promoção da saúde da população, construindo novas práticas e a adoção de uma nova postura. Dentro dessa perspectiva, o maior ganho é a valorização da participação da população e construção coletiva dos fazeres e saberes[16].

> "O processo de elaborar o projeto foi muito interessante, porque envolveu o posto de saúde, lideranças da comunidade, se pensou o nome do ponto de cultura, as oficinas foram construídas de uma forma muito coletiva, para que de fato elas atingissem o público que nós queríamos, o público de mulheres e o público jovem". (C8)

Por meio da participação ativa, os cidadãos tornam-se mais informados acerca do sistema político, desenvolvem um senso maior de sua própria eficácia e ampliam seus horizontes para além de seus interesses pessoais em defesa de um bem público maior. Nesse sentido, a Educação Popular em Saúde estimula a autonomia do indivíduo, sendo fundamental para que não se perca a essência de ser humano, valorizando as escolhas e ações que possam intervir no seu mundo[26,27].

Considerações finais

A análise das ações de saúde nos Pontos de Cultura reflete a importância desses espaços para o exercício da Educação Popular, a qual contribui para a inserção de novos atores nas práticas de saúde e a abertura de canais para a participação da população no seu cuidado. Nesse aspecto, a Educação Popular dispõe de mecanismos que propiciam maior conscientização dos sujeitos com relação às suas condições de saúde, sociais, econômicas e culturais, potencializando a organização popular e as reivindicações pela saúde.

Os dados sugerem que os Pontos de Cultura se constituem como espaços de valorização do diálogo, onde é possível potencializar momentos de fala e escuta, bem como de respeito pelos saberes, experiências e emoções. Aludem que, a partir de tal iniciativa, é possível potencializar o envolvimento popular em ações voltadas à promoção da saúde, fortalecendo assim a participação coletiva e os laços de solidariedade na comunidade. Revelam ainda que, tais pontos funcionam como espaço de criação cultural e protagonismo social, os quais possibilitam o estreitamento dos laços entre cultura e saúde, valorizando as características subjetivas dos sujeitos.

Outra característica a destacar é o potencial dos Pontos de Cultura, a partir da Educação Popular, em possibilitar que os coordenadores incorporem novas práticas, refletindo-se sobre o contexto em que implementam as ações de saúde. Sua concepção científica, valorizando o conhecimento do outro, propicia a construção coletiva das práticas em saúde, na medida em que podem se constituir como ações educativas.

Porém, o fato de tratar-se de estudo com coordenadores restringe a amostra de usuários dos Pontos de Cultura, caracterizando uma limitação. Portanto, surge a necessidade de pesquisas que reflitam quanto às contribuições dos pontos na perspectiva dos participantes das ações, seguindo uma proposta semelhante a esta, com ampliação da população do estudo.

Apesar disso, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para que coordenadores, profissionais e usuários reflitam sobre a importância da Educação Popular como pressuposto de práticas no campo da saúde. Ainda, tem-se a expectativa de contribuir para a construção do conhecimento científico da temática, dando suporte ao desenvolvimento de ações educativas com a comunidade no espaço interno e externo dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, o estudo apresenta avanços em relação ao conhecimento científico produzido, uma vez que se propõe a reorientar as práticas de saúde a partir de iniciativas tais como Pontos de Cultura. Assim, a Educação Popular, desenvolvida nesses espaços, não seria apenas uma oferta pontual nos atendimentos em saúde, mas sim uma estratégia inerente às suas práticas, contribuindo para o fortalecimento de coletividades.

Acredita-se, portanto, que a realização de pesquisas destinadas a analisar as contribuições dos Pontos de Cultura para a Educação Popular em Saúde pode ser uma estratégia no processo de criação e desenvolvimento de ações em saúde, implementadas a partir da cultura da comunidade, permitindo que as pessoas assumam o papel de protagonistas das suas próprias vidas.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Morais P. Os oito anos do governo Lula e os Pontos de Cultura [Internet]. 2010 [acesso 2012 Set 20]. Disponível em: http://pntoporponto.org.br/paulodemorais/blog/os-oito-anos-do-governo-lula-e-os-pontos-de cultura/

2. Lima C, Santini R. Código aberto e produção colaborativa nos Pontos de Cultura. Contemporânea – Comunic Cult. 2007; 5(1):1-17.

3. Catálogo Cultura Viva. Programa Nacional de Arte, Educação, Cidadania e Economia Solidária. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Cultura; 2005.

4. Cultura Viva. Ministério da Cultura. [acesso 2012 Set 20]. Disponível em: http://www.cultura.gov.br/culturaviva/ponto-de-cultura/

5. Cultura Viva. Ministério da Cultura. [acesso 2012 Nov 11]. Disponível em: http://www.cultura.gov.br/culturaviva/category/cultura-e-cidadania/cultura-e-saude/

6. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: participa SUS. Brasília, DF: MS; 2008.

7. Portaria nº. 1256, de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria Executiva [acesso 2010 Jul 24]. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1256-%5B2941-120110-SES-MT%5D.pdf

8. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):307-14.

9. Campos GWS. Sete considerações sobre cultura e saúde. Saude Soc. 2002; 11(1):105-15.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

11. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. 12 Dez 2012.

12. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface (Botucatu). 2004; 8(15):259-74.

13. Vilutis L. Cultura e juventude: a formação dos jovens nos Pontos de Cultura [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2009.

14. Vasconcelos EM. Educação Popular e Atenção à Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 1999.

15. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): MS; 2002. Documento para discussão.

16. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad Saude Publica. 2011; 27(1):7-18.

17. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Cienc Saude Colet. 2011; 16(1):319-25.

18. Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? Rev Bras Enferm. 2011; 64(1):185-8.

19. Hirdes A. Centro de Saúde Mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

20. Munguba MC. Terapia ocupacional em ação interdisciplinar: jogos educativo-nutricionais na prevenção da obesidade infantil [tese]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.

21. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

22. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. Physis. 2004; 14(1):67-83.

23. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reûexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

24. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

25. Valla V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saude Publica. 1999; 15(2):7-14.

26. Jahn AC, Guzzo PC, Costa MC, Silva EB, Guth EJ, Lima SBS. Educação popular em saúde: metodologia potencializadora das ações do enfermeiro. REUFSM. 2012; 2(3):547-52.

27. Ponte HMS, Lopes Filho JO, Feijão JRP, Souza FL, Santos EV, Soares CHA. "O caminho se faz ao caminhar": processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. Saude Soc. 2012; 21(1):234-43.

Nespolo GF, Duarte ÊRM, Rocha CMF, Ferla AA, Ferreira GE, Oliveira GC, et al. Puntos de Cultura: contribuciones para la Educación Popular en Salud en la perspectiva de sus coordinadores. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1187-1198.

El objetivo de este artículo consiste en analizar contribuciones de los Puntos de Cultura para la educación popular en salud, a partir de la visión de sus coordinadores. Se procedió a una encuesta cualitativa y se entrevistaron ocho coordinadores de estos puntos. Los datos sugieren que los Puntos de Cultura constituyen espacios de valorización del diálogo, en donde es posible potencializar momentos en los que se habla y en los que se escucha, así como de respeto por los saberes, experiencias y emociones. A partir de esa iniciativa, es posible potenciar el envolvimiento popular en acciones enfocadas en la promoción de la salud, fortaleciendo la participación colectiva y los lazos de solidaridad en la comunidad. También revelan que funcionan como un espacio de creación cultural y protagonismo social, que posibilitan estrechar los lazos entre cultura y salud y valorizan las características subjetivas de los sujetos.

Palabras-clave: Punto de Cultura. Educación Popular en Salud. Promoción de la salud. Educación en salud.

Recebido em 23/05/2013. Aprovado em 30/11/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0303

Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde:
potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde

Danielly Maia de Queiroz[a]
Maria Rocineide Ferreira da Silva[b]
Lúcia Conde de Oliveira[c]

Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Continuing Education for Community Health Agents: potentialities of an education guided by the framework of Health and Popular Education. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1199-1210.

In Family Health, the community health agent (CHA) is the spokesperson for the care model; however, as he receives incipient education, continuing education must bridge gaps in his work. This study aimed to indicate the steps of the learning process experienced with CHA in the city of Pacoti (Northeastern Brazil): a proposed modus operandi of an education founded on the framework of Health and Popular Education. This is a qualitative study of the type "action research" involving 24 CHA. Eight workshops for shared knowledge construction were held. Based on the choice of themes, on the unveiling of common challenges among peers and on the proposals for overcoming them, causing destabilization of previously consolidated knowledge, it became evident that Health and Popular Education can break with the hegemonic alienating logic, inviting individuals to take risks on new ways of producing health.

Keywords: Community Health Agents. Human resources education. Family Health. Popular education. Continuing education.

Na Saúde da Família, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é porta-voz do modelo de atenção que se implementa; todavia, como recebe capacitações incipientes, é mister a educação permanente suprir gradativamente lacunas identificadas no seu cotidiano de trabalho. Objetivou-se indicar os passos do processo pedagógico vivenciado com os ACSs no município de Pacoti – CE, Brasil, proposta de modus operandi de uma formação alicerçada no referencial da Educação Popular e Saúde (EPS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação, realizada com 24 ACSs. Promoveram-se oito oficinas de construção compartilhada do conhecimento. Desde a escolha dos temas, ao desvelamento de desafios comuns entre os pares e proposições de superação, provocando a desestabilização de conhecimentos previamente consolidados, evidenciou-se quão potente é a EPS para romper com uma lógica hegemônica alienante, instigando os sujeitos a se arriscarem em novas maneiras de produzir saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Formação de recursos humanos. Saúde da Família. Educação Popular. Educação permanente.

[a] Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará. Av. Contorno Oeste, 57, Nova Metrópole. Caucaia, CE, Brasil. 61658-040. daniellymaia@ yahoo.com.br
[b] Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, CE, Brasil. rocineideferreira@ gmail.com
[c] Curso de Serviço Social, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. conde.lucia@gmail.com

Introdução

A Saúde da Família é um campo de saberes e práticas escolhido como estratégia de reorientação do modelo de atenção em saúde no Brasil[1]. Orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Expressa ainda alguns fundamentos e diretrizes: planejamento e desenvolvimento de ações com impacto nos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença de indivíduos e coletividades; acessibilidade e acolhimento; longitudinalidade do cuidado; gestão do cuidado integral; e estímulo à participação dos usuários[2].

Para tanto, as equipes de Saúde da Família (EqSF), compostas por agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal, buscam contemplar, em seu processo de trabalho, algumas características, tais como organização da agenda de trabalho, pautada nas necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, realização de ações educativas, que fomentem a autonomia dos sujeitos, e ainda desenvolvimento de ações intersetoriais[2].

O modo de produzir saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família, precisa ser repensado. Essa iniciativa exige a ruptura com o modo de fazer centrado em procedimentos técnicos, incorporando-se o modo de produção de cuidados. Para tanto, é necessário lançar mão de "dispositivos capazes de provocar a quebra de certezas construídas ao longo do processo histórico"[3] (p. 10). Assim, ao se refletir sobre essas certezas, é possível arriscar novas formas de fazer saúde[3].

Em razão desse desafio, o ACS cumpre papel estratégico junto à EqSF, por ser considerado "o elo inicial do trabalho, aquele que recebe e encaminha as demandas individuais e coletivas da comunidade, bem como aquele que será o principal porta-voz do modelo de saúde que se implementa", como afirmam Malfitano e Lopes[4] (p. 366). Dentre suas atribuições, cabe-lhe desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas a serem implementadas junto às famílias acompanhadas[2].

Investir na formação técnica e na valorização desses trabalhadores é sinônimo de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Todavia, a ausência de proposições de processos pedagógicos, pautados em referenciais que possibilitem aprendizagem significativa e que reúnam qualidade ao trabalho desempenhado pelos ACSs, pode infligir perdas no papel assumido por essa política pública. O fato de não discutir nem saber lidar com problemas identificados no cotidiano de trabalho pode ensejar angústia, fragilizando o acompanhamento e a orientação de famílias sob sua responsabilidade; e ainda contribuir com a manutenção de práticas equivocadas, pautadas no biologicismo e na "medicalização".

As propostas educativas ascendentes, indutoras de mudança no cotidiano dos serviços e que levem em consideração a micropolítica dos contextos locais, estão em disputa no cenário político das esferas de governo, permeado de contradições. Por exemplo, mesmo com os avanços do processo de descentralização, o Ministério da Saúde ainda é o responsável por estabelecer os "conteúdos programáticos" do curso de formação técnica do ACS que vêm sendo desenvolvidos nos estados.

No Ceará, a Escola de Saúde Pública programou a formação técnica em três etapas. A primeira contemplou todos os ACSs do estado, a segunda, apenas uma parcela, e a terceira não aconteceu. Uma pesquisa avaliativa da primeira etapa dessa formação apontou para a complexidade do trabalho proposto para os ACSs e o excesso de atribuições que não podem ser aprendidas por meio de formações pontuais[5]. Pelo contrário, requerem educação permanente protagonizada não só pelos ACSs, mas por toda a equipe de Saúde da Família.

Tratando-se do processo de trabalho do ACS, uma das suas atribuições se refere à realização de ações de Educação em Saúde, ações estas que precisam ser questionadas quanto aos referenciais e às racionalidades que as norteiam. Apesar de iniciativas de mudança, conforme se percebe, a Educação em Saúde, inserida nos processos de formação de profissionais e nas relações firmadas entre estes e os usuários do sistema, ainda está arraigada em uma racionalidade capturada pela razão iluminista predominante na produção do conhecimento da ciência moderna e no jeito de organizar os serviços[6].

Como proposto, a educação permanente se faz necessária, sobretudo como vistas a superar gradativamente as lacunas das capacitações ofertadas aos ACSs[7], aprimorando, assim, o trabalho executado por esses membros híbridos e polifônicos da EqSF[8].

Para tanto, em face da dinâmica das atividades dos ACSs e das atribuições assumidas por eles, a Educação Popular mostra-se como potente ferramenta pedagógica, porquanto os saberes dos sujeitos são valorizados, não se reproduzindo a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais[9], fomentando novas formas de produção de cuidados junto às famílias acompanhadas.

Com o emprego da Educação Popular e Saúde (EPS) como referencial, torna-se possível promover processos formativos que tenham impacto na qualidade do trabalho desenvolvido pelos ACSs. Somam-se, ainda, a valorização dos seus saberes prévios, o fomento à troca de experiências, a identificação de situações-limite, para melhorar o planejamento das ações, a ampliação de visão de mundo, o aumento da autoestima e o convite ao protagonismo, à emancipação e à liberdade.

Ante o exposto, este estudo se propõe responder ao seguinte questionamento: Quais as potencialidades evidenciadas ao se desenvolver uma estratégia de educação permanente com ACS, norteando-se pelo referencial da EPS? Para tanto, objetiva-se indicar os passos de um processo pedagógico vivenciado com ACS em um município de uma região serrana cearense.

Sob norte do referencial citado, foram propostas oficinas de construção compartilhada do conhecimento, baseadas em problemáticas previamente escolhidas pelos sujeitos, propiciando um ambiente dialógico e formativo, que favoreceu discussões, trocas de experiências e reflexões acerca das suas concepções, do seu saber-fazer e de iniciativas necessárias ao cenário de práticas da Saúde da Família.

Educação Popular e Saúde

A Educação Popular traz em sua concepção a valorização do saber do outro e o conhecimento como um processo de construção coletiva. Suas raízes se encontram em Paulo Freire, notável educador brasileiro que, em suas obras, posiciona a educação como instrumento de conscientização, libertação e transformação[10].

Em "Pedagogia do Oprimido", Freire destaca a necessidade de superar a relação desigual entre educador e educando, e propõe diálogo e respeito mútuo como ferramentas indispensáveis para o estabelecimento de relações dialógicas[11]. Em "Pedagogia da Autonomia", ele considera como elementos essenciais da prática educativa o respeito aos saberes dos educandos, criticidade, bom senso, humildade e apreensão da realidade. O educador precisa ter convicção de que a mudança é possível e compromisso com a educação como prática libertadora pautada na ética universal do ser humano[12].

As primeiras experiências de Educação Popular na saúde se reportam ao início da década de 1970, período marcado por experiências alternativas de saúde, reestruturação das comunidades eclesiais de base e ressurgimento de movimentos sociais de luta contra a ditadura militar brasileira[10].

Nesse contexto de lutas pela democratização da sociedade, são gestados vários movimentos, entre estes, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, o qual traz uma proposta de transformação social pensada a partir da questão da saúde. Condicionantes históricos marcam esse processo como uma revolução passiva, ou seja, com mudanças, mas muitas conservações[13]. Isso reitera a necessidade da Educação Popular na saúde como uma estratégia para favorecer a participação popular e rearticular o segmento social que ficou mais frágil nesse movimento.

A Educação Popular propicia a reorientação das práticas dos serviços. Desse modo, contribui para a superação do seu caráter restritamente biologicista, configurando-se como um instrumento para estabelecer uma atenção mais integral e centrada no usuário. Por meio de processos pedagógicos mais horizontais, pautados no diálogo e na troca de saberes, ela fomenta maneiras coletivas de aprendizado que promovam o crescimento da capacidade de análise crítica dos sujeitos sobre a realidade na qual se encontram, para tornar possível o aperfeiçoamento de estratégias de luta e enfrentamento[9].

Tem-se como exemplo de proposta metodológica, baseada no referencial pedagógico da EPS, a oficina de construção compartilhada do conhecimento, uma proposta que parte da realidade local, valoriza a criatividade e o uso de múltiplas linguagens. E ainda se propõe desconstruir conceitos e valores, numa negociação de significados que reforcem o laço social estabelecido com suporte no aprendizado entre sujeitos[14].

Consoante mencionado, a EPS reconhece a dialogicidade e utiliza a problematização como método de compreensão da realidade, no intuito de ensejar processos de ação-reflexão-ação que apontem soluções efetivas de problemas desvelados no cotidiano[15].

No contexto de produção de cuidados, a Educação Popular não deve significar uma atividade a mais a ser efetivada, e sim nortear ações que reorientem as práticas executadas. Com efeito, é considerada como instrumento de formulação de ações de saúde mais integrais e adequadas à vida da população, com vistas a fortalecer e reorientar práticas, saberes e lutas cotidianas[9].

Reconhecer o "popular" do processo educativo na saúde é incorporar, de maneira implícita ou explícita, um projeto de libertação, emancipação, autonomia, cogestão, solidariedade, justiça e equidade, favorecendo o construto de sujeitos sociais[16].

Percurso metodológico

O estudo foi realizado em Pacoti – Ceará, município de pequeno porte, localizado na região serrana cearense, o qual, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, pertence à Macrorregião de Fortaleza e é um dos oito municípios da Microrregião de Saúde de Baturité[17].

Segundo dados disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde[18], Pacoti conta com uma população de 11.684 habitantes, possui cinco equipes de Saúde da Família – duas urbanas e três rurais –, conta com 27 ACSs e cobertura de 100% da população pela Estratégia Saúde da Família. Em 2007, o município assinou o Termo de Compromisso de Gestão em conformidade com as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006.

No estudo ora desenvolvido, de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, pretende-se um exercício de práxis, porquanto se refere a uma ação alicerçada numa teoria e associada a uma estratégia[19], não se admitindo trabalhar "sobre" os outros, mas necessariamente "com" os outros.

Esse referencial requer do pesquisador uma implicação pela estrutura social onde está inserido e, dialeticamente, acaba por implicar os outros por meio do seu olhar e ação singular no mundo. Nesse âmbito, a relação de uma das pesquisadoras com o objeto de estudo se deu mediante sua imersão na Saúde da Família de Pacoti – CE, como interna do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ao longo dos quatro meses em que esteve inserida nesse cenário, ela pôde estabelecer uma relação de confiança com os ACSs e formar parcerias imprescindíveis para a elaboração deste estudo. Uma delas foi a aproximação junto ao sindicato dos ACSs do município, que facilitou o diálogo e o início do levantamento de situações-limite enfrentadas no cotidiano de trabalho. Da pesquisa participaram 24 agentes como sujeitos do estudo, ou seja, 89% do total vinculado ao município.

Segundo Barbier[19], o método em pesquisa-ação dispõe das seguintes etapas: 1. identificação do problema e contratualização; 2. planejamento e ação; e 3. teorização, avaliação e publicação dos resultados.

Durante a imersão no território, algumas atividades implementadas pelas equipes de Saúde da Família foram acompanhadas e, ainda, em conversas com ACSs, apontamentos foram registrados no diário de campo. Essas anotações propiciaram a identificação do problema da inexistência de ações de educação permanente, no âmbito municipal, que contemplassem como sujeitos os ACSs. De acordo com o recomendado, é importante estar atento às reais necessidades identificadas pelo coletivo e não apenas fazer a oferta orientada por aquilo que profissionais externos julgam importante[20].

Em consonância com tal afirmação, a contratualização da proposta de formação foi pautada em problemáticas eleitas pelos ACSs como prioritárias para o seu processo de trabalho. Nesse prisma, a escolha das situações-limite, enfrentadas por eles, ocorreu em uma das suas reuniões do sindicato. Houve visível receptividade, talvez pela falta, até então, de processos formativos baseados na escuta ativa do que eles consideravam como questões relevantes a serem abordadas.

Durante essa conversa com os ACSs, os problemas inventariados foram os seguintes: dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais salutares, em virtude do estresse vivenciado no cotidiano de

trabalho; escassez de ações de promoção da saúde, que deveriam ser prioridade na Saúde da Família; dificuldade no acompanhamento de usuários com doenças crônicas (hipertensos e diabéticos), por não saberem lidar com a falta de adesão ao tratamento proposto.

Foram planejadas e realizadas oficinas de construção compartilhada do conhecimento, balizadas pela Educação Popular e Saúde. Consideradas metodologia ativa e problematizadora do processo educativo, as oficinas possibilitam aos sujeitos a oportunidade de expressar pensamentos e experiências, num ato reflexivo de análise, julgamento e proposição de soluções de maneira coletiva. Trazem para o campo da discussão/reflexão problemáticas pertinentes à realidade vivida[21].

Para nortear as discussões e os construtos do coletivo, durante as oficinas, alguns objetivos foram elaborados: 1 identificar formas potentes de estabelecimento de um bom relacionamento interpessoal; 2 entender as concepções sobre promoção da saúde; 3 propor estratégias para promover a saúde da população; e 4 identificar desafios e possibilidades de cuidado no acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Cada um desses objetivos foi trabalhado em duas oficinas. Uma para discussão e aprofundamento da situação-limite, colocada em pauta, e outra para elaboração e socialização dos materiais produzidos, fruto da construção coletiva realizada pelo grupo. No total, promoveram-se oito oficinas, e a média de participantes foi de 22 ACSs por oficina.

De posse do material sistematizado com apoio nas oficinas, passou-se a organizá-lo por temáticas e a avaliá-lo com suporte no referencial de análise do discurso do sujeito coletivo[22], sendo elaborados textos-síntese e painéis.

Negociou-se com a gestão municipal e com as equipes de Saúde da Família a liberação de todos os ACSs interessados em participar do processo formativo, além do custeio de materiais utilizados durante as atividades. Os resultados foram socializados em reunião no município com a presença das equipes de Saúde da Família e da gestão municipal de saúde, representada pela coordenação da Atenção Básica.

Essa devolutiva trouxe à tona outras problemáticas enfrentadas como, por exemplo, dificuldade em realizar ações intersetoriais, vínculos trabalhistas fragilizados de algumas categorias profissionais e inexistência de uma política municipal de educação permanente. Além disso, reconheceu-se a necessidade de se discutir nas equipes propostas concretas que contemplassem ações de promoção da saúde. Esse momento também representou um convite público à gestão municipal e aos trabalhadores de saúde a se posicionarem igualmente como sujeitos de transformação da realidade na qual estavam inseridos.

Cabe ressaltar que este estudo é um recorte da pesquisa intitulada "Educação popular e promoção da saúde: estratégias para o fortalecimento da participação popular no contexto da Saúde da Família do Município de Pacoti – Ceará"[d], aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

[d] Queiroz DM. Educação popular e promoção da saúde: estratégias para o fortalecimento da participação popular no contexto da Saúde da Família do município de Pacoti - Ceará [trabalho de conclusão de curso]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem; 2011.

Resultados e discussão

Após as devidas negociações com a gestão municipal e as equipes de Saúde da Família, deu-se início às oficinas com os ACSs. Na primeira, estabeleceu-se um acordo de convivência, estipulando-se dias e horários, formação de equipes de acolhida e apresentação da proposta metodológica. Esta consistia em intercalar

uma oficina de problematização e uma de elaboração de propostas de enfrentamento, com base na construção compartilhada do conhecimento.

Mediante a participação em dinâmicas contextualizadas, fortaleceram-se a interação e o trabalho mútuo; as dramatizações propiciaram expressar problemas vivenciados no cotidiano do trabalho; o uso do simbólico desvelou concepções, visões de mundo e afetos; e a elaboração de textos-síntese e painéis permitiu ancorar o conhecimento constituído e circulado durante os encontros.

Com a sistematização do processo vivenciado, buscou-se evidenciar as potencialidades da Educação Popular. Na experiência, destacaram-se os avanços e as questões impulsionadoras de mudança, e, assim, pôde-se delinear uma proposta de modus operandi para ações de educação permanente em outros cenários.

Reflexões sobre relacionamentos interpessoais mais saudáveis

Ao expressarem a dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais salutares, fruto de situações estressantes do cotidiano de trabalho, os ACSs foram convidados pela pesquisadora a refletir sobre o que desencadeava esses sentimentos desgastantes.

Segundo as discussões, os entraves identificados diziam respeito à falta de diálogo na equipe, às relações ruidosas estabelecidas no "acompanhamento" de algumas famílias sob sua responsabilidade ou às situações conflitantes com a gestão municipal. Esses entraves ensejavam incômodos por vezes silenciados.

Contudo, ao socializarem tais situações, segundo se percebeu, os ACSs reconheciam a fortaleza do "encontro", identificando-se com o problema relatado pelo outro e compreendendo a presença de uma dimensão terapêutica protagonizada por eles no ato de falar e de ouvir atentamente.

Alguns demonstraram surpresa, pois apesar de trabalharem em um município pequeno e já terem certa organização da categoria por meio do sindicato, não se reuniam para tratar de problemas inerentes ao processo de trabalho. Isso suscitou o reconhecimento, nos próprios pares, da necessidade de constituírem uma rede de apoio entre si.

Motivados pelo desejo de mudança, diante da síntese de situações-limite que se desdobravam em relações interpessoais adoecedoras, construíram um painel com o que julgavam relevante para firmar relações mais salutares no dia a dia:

> Necessidade de saber ouvir; estar aberto para o diálogo; romper com preconceitos; não negar que o estresse está presente no cotidiano; reconhecer que nas relações, o campo emocional e moral são por vezes afetados e que é possível contar com os colegas de trabalho e com o apoio institucional para enfrentar dificuldades ou incômodos disparados por situações consideradas estressantes. (Síntese do Painel "Estabelecendo relacionamentos interpessoais mais saudáveis" – Coletivo de ACS de Pacoti)

Em face da postura assumida por eles, já nessas duas primeiras oficinas, pôde-se identificar sentimento de pertença, tão necessário para processos formativos pautados no protagonismo dos sujeitos, como o da Educação Popular. Por sua vez, a pesquisadora, ao assumir a posição de facilitadora ou mesmo apoiadora institucional, também pôde compartilhar desse sentimento de pertença.

Conforme ressaltado, a escolha intencional por esse tipo de formação se contrapõe à passividade usual dos processos formativos tradicionais[9], permitindo troca de experiências e identificação de possibilidades de mudança no contexto no qual os sujeitos estão inseridos.

Optar por uma prática pedagógica libertadora admite certas qualidades ou virtudes imprescindíveis, tais como abertura ao novo, respeito aos outros, amorosidade, disponibilidade à mudança e persistência na luta[12]. Assim, convencida da importância dessas qualidades, a pesquisadora tentou estabelecer sua relação com os ACSs, reconhecendo a força propulsora existente nas propostas formativas norteadas pela Educação Popular e Saúde.

Concepções sobre promoção da saúde e sua práxis

Tendo como ponto de partida a problemática da escassez de ações de promoção da saúde, as quais deveriam ser prioridade no contexto da Saúde da Família, buscou-se trabalhar nas quatro oficinas seguintes o alcance de dois objetivos. Primeiramente, entender as concepções dos ACSs sobre promoção da saúde e, em seguida, propor ao coletivo a enumeração de estratégias que contribuíssem com o fomento à promoção da saúde.

Na perspectiva de contribuir com a discussão e o aprofundamento do problema colocado em pauta, os ACSs foram convidados a construir o "Varal da Promoção da Saúde", com a formulação de respostas para o seguinte questionamento – o que é promoção da saúde? Em tarjetas com formato de peças de roupa, eles anotavam seus pontos de vista e, em seguida, penduravam no "Varal". Depois, as respostas eram lidas e discutidas pelo grupo.

Sobre o conceito de promoção da saúde, tem-se, então, o discurso-síntese, sistematizado a partir do "Varal da Promoção da Saúde":

> É busca de qualidade de vida, tendo bons hábitos de alimentação e de higiene, praticar algum tipo de esporte, estar com a família reunida, ter uma moradia digna, paz interior, boa escola para os filhos, ter emprego. É desenvolver ações estratégicas para esclarecer a população sobre um conjunto de cuidados que devem ter para que tenham saúde, cuidados que podem ser individuais e coletivos; é promover grupos de apoio onde todos participem. É quando se tem acesso ao sistema de saúde local e assistência médica de qualidade. É ir ao encontro da população, tentar juntar, organizar, reivindicar seus direitos por melhores condições sanitárias perante os gestores. (Discurso-síntese "O que é promoção da saúde" – Coletivo de ACS de Pacoti)

Essas diversas concepções ratificam a afirmação segundo a qual o campo da promoção da saúde se encontra em elaboração, predominando uma polissemia de significados e conceitos[23]. Admitem-se desde ações voltadas aos indivíduos, suas famílias, condições de trabalho, renda, alimentação, estilos de vida e lazer, decorrentes de formulações de políticas públicas que incentivam escolhas mais saudáveis, a intervenções sustentadas pela intersetorialidade e pela participação social, voltadas para a luta pelo direito à saúde e por melhorias das condições de vida[23].

Nessa ótica, o conceito de promoção da saúde, elaborado coletivamente pelos ACSs, dialoga tanto com a Política Nacional de Promoção da Saúde[24], quanto com a Carta de Ottawa[25]. Está permeado por essas influências.

A Política Nacional de Promoção da Saúde fundamenta-se essencialmente no desenvolvimento de atitudes pessoais, tais como consumo de uma alimentação saudável, realização de atividade física, prevenção e controle do tabagismo e do uso abusivo de álcool, entre outras escolhas individuais, associadas a um estilo de vida saudável[24]. Contudo, essa política é restrita, pois não enfatiza elementos decisivos para a determinação social do processo saúde-doença.

Já a Carta de Ottawa, documento fruto da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, reconhece a promoção da saúde como um processo de empoderamento da comunidade para melhorar sua qualidade de vida. Logo, não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, indo além do incentivo a um estilo de vida saudável. Essa carta de intenções propõe a reorientação dos serviços de atenção primária, com enfoque na promoção da saúde; reforça a ação comunitária por meio do fortalecimento da participação popular; sugere a criação de ambientes favoráveis e o desenvolvimento de habilidades pessoais assumidas na perspectiva intersetorial[25].

Ao se analisar esses referenciais e compará-los com as iniciativas na realidade brasileira, admiti-se existir uma distância para a concretização da promoção da saúde na Saúde da Família. Desvelar essas concepções permite uma tomada de consciência, na perspectiva freiriana. Isso significa se mobilizar para a ação capaz de transformar o cotidiano dos serviços.

Em continuidade, com esteio nas interligações entre teoria e prática, e em face das possibilidades de atuação dos ACSs junto às suas equipes, lançou-se o seguinte questionamento: o que pode ser feito para promover a saúde da população? Nesse intuito, os ACSs elaboraram o painel intitulado "Práxis da Promoção da Saúde", conforme exposto sinteticamente.

> I – Saúde da Família como promotora intensiva da saúde: saber se expressar por meio do diálogo, sendo mais comunicativo, ganhando a confiança, o respeito e a amizade na construção efetiva de vínculos com as famílias; II – desenvolver um trabalho comunitário com simplicidade e humildade, formando grupos que possibilitem falar a linguagem do povo; III – reconhecer a limitação do modelo "medicalizante"; IV – pensar junto com a comunidade e com o poder público soluções para minimizar os fatores que submetem a risco a saúde da população; V – articular-se com as demais políticas públicas, não carregando sozinhos toda a responsabilidade pela luta e garantia da saúde da população; e VI – solicitar aos gestores o cumprimento das ações relacionadas aos serviços de saúde (ex.: cumprimento da carga horária semanal exigida, disponibilidade de medicações receitadas, calendário sistemático de coleta de lixo, acesso à água tratada, etc.). (Síntese do Painel "Práxis da promoção da saúde" – Coletivo de ACS de Pacoti)

Na percepção do coletivo de ACS, a Estratégia Saúde da Família constitui lócus privilegiado para a promoção da saúde. Contudo, estudos já apontam que o exercício de práxis não configura tarefa fácil, sendo necessário o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e contrapor-se à crescente "medicalização" da vida social[26,27].

Ainda, conforme as mesmas fontes, o fomento à autonomia, à concretização de políticas públicas intersetoriais, à interlocução entre saberes científico e popular, dentre outras iniciativas, consiste em etapas importantes para a consolidação da promoção da saúde[26,27].

Dessa maneira, as equipes precisam desviar sua atenção da perspectiva estrita do adoecimento e dos sintomas para o acolhimento das histórias de vida da população, numa mudança de atitude que permita aguçar a visão para as condições de vida em que se encontram as famílias acompanhadas. Portanto, urge deslocar o labor centrado em procedimentos para um processo de trabalho centrado no usuário e em suas necessidades reais de saúde[2].

De acordo com Pedrosa[23], a maior expressão da promoção da saúde é "o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem política e de enfrentamento criativo dos problemas que fazem parte da vida" (p. 626). Na ótica do autor, para o processo de institucionalização da promoção da saúde é mister uma parceria com a sociedade civil, denominada, por ele, de a "micropolítica do encontro". Assim, as avaliações das intervenções efetuadas nesse campo poderão se dar de forma compartilhada, já que a população é interlocutora desse processo[23].

Ao constatarem a escassez de ações de promoção da saúde, os ACSs se permitiram discutir esse ponto nevrálgico, relacionado diretamente a funções assumidas por eles. Construir coletivamente uma concepção sobre promoção da saúde e dispor-se a elaborar um painel, considerando o que poderia ser implementado para dar vida à concepção delineada, foi um relevante exercício.

Em consonância com o propósito maior da Educação Popular e Saúde de ampliar a criticidade e delinear estratégias de luta e enfrentamento[9], segundo foi possível perceber, as reflexões do coletivo de ACS propiciaram a abertura para a ressignificação do seu processo de trabalho, desestabilizando conhecimentos previamente consolidados e ampliando a visão de mundo desses articuladores comunitários, potentes promotores de saúde.

Desafios e possibilidades de cuidado no acompanhamento longitudinal de hipertensos e diabéticos

Nas duas últimas oficinas, a problemática em pauta relacionou-se às dificuldades enfrentadas no acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes. Os objetivos foram identificar junto ao coletivo de ACS desafios concernentes ao acompanhamento desses usuários e elencar possibilidades de cuidado favorecedoras de um acompanhamento longitudinal mais coerente com as necessidades apresentadas.

Para trazer à tona esses desafios, utilizou-se a "Dinâmica da Corda". Nesta, a cada problemática socializada pelos ACSs quanto à falta de adesão ao plano terapêutico, um nó era dado na corda. Ao

final, a grande corda ficou cheia de nós e bem curta. Discutiu-se a importância da socialização dos desafios identificados no cotidiano, os quais, embora no início pareçam enormes e com possibilidade remota de superação, ao serem trazidos para o debate, evidencia-se a oportunidade de planejamento de ações para superá-los. Desse modo, encurta-se a distância entre problemática e proposta de resolução.

Nesse prisma, os participantes também foram convidados a realizar sociodramas para representar situações-limite do seu contexto de trabalho, e apontar possíveis soluções. Neste painel, a questão problematizadora formulada foi a seguinte: em razão das dificuldades enfrentadas pelos usuários hipertensos e diabéticos em aderir ao plano terapêutico, o que é possível fazer para potencializar o cuidado longitudinal? Tem-se, a seguir, parte desse construto coletivo, e nele sobressaem desafios e possibilidades dessa negociação terapêutica:

> Desafios identificados: I – falta de aceitação quanto às limitações impostas pela situação de adoecimento; II – dificuldade na reeducação alimentar e difícil realização de atividade física em locais acidentados (ex.: ladeiras existentes nas localidades do município); III – falta de compromisso de alguns familiares; IV – falta de um grupo de apoio que fale a mesma linguagem e que possibilite a troca de experiências para o enfrentamento das privações cotidianas.
>
> Possibilidades: I – antes de "orientar", é preciso "compreender", reconhecendo as intenções dessas pessoas, numa atitude de respeito e acolhimento; II – identificar, durante as visitas domiciliares, hipertensos e/ou diabéticos que expressem dificuldades na adesão ao tratamento, partilhando os casos com a equipe, identificando faltosos e organizando a agenda de retorno; III – estimular a participação ativa dos familiares ante os cuidados necessários, corresponsabilizando-os pela adesão ao plano terapêutico de seus entes; IV – organizar grupos com a participação dos demais membros da equipe e com a ajuda da comunidade, para fortalecer o suporte a hipertensos e diabéticos. (Síntese do Painel "Desafios e possibilidades na negociação do plano terapêutico com hipertensos e diabéticos" – Coletivo de ACS de Pacoti)

Como observado, a dificuldade quanto à mudança no estilo de vida e aceitação das limitações atreladas ao processo de adoecimento, ligada à fragilidade da rede social de apoio dessas pessoas acometidas por agravos crônicos, é reconhecida pelos ACSs como um grande desafio a ser encarado pelas equipes de Saúde da Família. Segundo Carvalho e Ceccim[28], a possibilidade de alterar padrões e modelos causa medo, desconforto e movimentos de resistência. Faz-se preciso, então, negociar, argumentar, dialogar, em vez de impor sumariamente padrões e prescrições raramente acatados e incorporados à vida das pessoas. É necessário existir uma implicação dialética entre a denúncia de situações desumanizantes e o anúncio de sua superação[12].

Por isso, em razão de um sem-número de problemas enfrentados pelos usuários com hipertensão e diabetes, acompanhados pelas equipes de Saúde da Família, minimamente, deve-se ter respeito às pessoas acompanhadas e cuidadas, pautando-se no fomento à autonomia e à dignidade humana.

Nessa perspectiva, determinados fatores ratificam esse fomento à autonomia e à dignidade humana. Entre estes, os ACSs apontam a necessidade de "compreender", antes mesmo de "orientar", ampliar a abordagem familiar, reorganizar o processo de trabalho, potencializando a corresponsabilidade entre os sujeitos e a formação de grupos que favoreçam o fortalecimento da rede social de apoio. Todos esses elementos foram expostos por eles como possibilidades pertinentes ao campo de atuação da Saúde da Família.

A escuta ativa, descrita por Freire[12] como a disponibilidade permanente por parte do sujeito para a abertura à fala, ao gesto e às diferenças do outro, é ferramenta-chave para estabelecer vínculos efetivos e para a negociação terapêutica, tão essencial entre profissionais de saúde e indivíduos em situações de adoecimento crônico. Para o trabalho "com" as pessoas se requer a instalação de um diálogo permanente, sendo então a dialogicidade um potente instrumento para que os sujeitos aprendam e cresçam na diferença.

Nesse processo de construção coletiva, segundo se identificou, os ACSs almejavam uma atuação mais integral, sobretudo em face da dinâmica familiar e comunitária, em detrimento de um olhar estritamente biologicista. Esse aspecto configura campo fértil para novas maneiras de produção de cuidados, delineando possibilidades de ruptura com lógicas hegemônicas "medicalizantes", as quais ainda persistem em disputar o ordenamento do processo de trabalho na Saúde da Família.

Considerações finais

A vivência de uma formação com ACSs, alicerçada na práxis da Educação Popular e Saúde, mostrou-se estratégia político-pedagógica em consonância com o que se pretende alcançar com a Política de Educação Permanente no contexto da Saúde da Família. Ademais, propiciou condições objetivas de aprendizado significativo, baseadas em discussões coletivas e processos reflexivos de situações concretas emergentes do cotidiano de trabalho.

Reconhecer a fortaleza do encontro, valorizar as trocas de experiências, ampliar a análise crítica dos fatos, sentir-se sujeito do processo de transformação da realidade, permitir-se colocar em pauta situações desafiadoras e dispor-se a delinear propostas de luta e enfrentamento foram algumas das potencialidades evidenciadas por meio da sistematização do processo formativo partilhado.

O poder decisório dos ACSs na escolha dos problemas trabalhados nas oficinas, além do desvelamento de desafios comuns e possibilidades de superação construídas entre os pares, foram aspectos que favoreceram a desestabilização de um conhecimento tido como consolidado do modo de entendimento, de atuação, de produção de cuidados e das interações estabelecidas no cotidiano. Essa proposta de modos operandi permite romper com uma lógica hegemônica alienadora e convida os sujeitos a se arriscarem em novas maneiras de produzir saúde.

Esse convite à reconstrução de saberes e práticas no contexto da Saúde da Família se deu com o uso de múltiplas linguagens e com o incentivo à criatividade dos participantes em suas diferentes formas de expressão – dinâmicas, dramatizações, elaboração de textos-síntese, dentre outras.

Cabe destacar, também: esse percurso se tornou possível em razão da escolha pela pesquisa-ação, a qual tem a capacidade de identificar situações-problema latentes do contexto de estudo para o desencadeamento de propostas de pesquisas aplicadas que se façam relevantes, tanto para os sujeitos envolvidos quanto para cenários diversos onde se verifiquem desafios semelhantes.

Fica, pois, o convite à elaboração de mais estudos que apliquem os referenciais aqui citados em outros cenários de prática, utilizando-os como potenciais ferramentas de transformação da realidade. Além disso, é recomendável a produção de ensaios analíticos sobre o impacto de processos pedagógicos como o socializado nesse recorte. Neles poder-se-á avaliar se ocorreram mudanças significativas na forma de atuação do ACS junto às famílias acompanhadas, ou se foi possível potencializar seu trabalho como educador popular, como incentivador da organização e participação comunitária, enfim, um sujeito eminentemente "promotor de saúde".

É premente o reconhecimento do ACS como "sujeito de escolha", "sujeito da história", que, ao escolher como bandeiras de luta a saúde, como direito, e a concretude do verdadeiramente proposto na Estratégia Saúde da Família, percebe não ser possível aceitar uma adaptação ao saber hegemônico cartesiano, biologicista e reducionista. É preciso, então, inserir-se numa luta cotidiana para não ser objeto nem objetificar seus semelhantes, porquanto o compromisso consigo e com a humanidade exige responsabilidade e liberdade, em contraposição à pseudoneutralidade e ao determinismo daquele que, ao deter o poder equivocadamente, ainda insiste em querer naturalizar tal ação.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N, organizadores. Epidemiologia & Saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 567-71.

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): MS/SAS/DAB; 2012 [acesso 2013 Dez 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

3. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):9-24.

4. Malfitano APS, Lopes RE. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. Cad CEDES. 2009; 29(79):361-72.

5. Ávila MMM. Avaliação da formação técnica do agente comunitário de saúde no Ceará. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará; 2010.

6. Pedrosa JIS. A educação popular e a formação dos trabalhadores de nível médio da saúde. Trab Educ Saude. 2007; 5(1):125-38.

7. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Cienc Saude Colet. 2008; 13(1):51-60.

8. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saude Publica. 2002; 18(6):1639-46.

9. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): MS/SGEP/DAGEP; 2007. p. 18-29.

10. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface (Botucatu). 2004; 8(15):259-74.

11. Freire P. Pedagogia do oprimido. 54a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.

12. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

13. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EdUFBA; 2008.

14. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-14.

15. Carvalho MAP. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): MS/SGEP/DAGEP; 2007. p. 91-101.

16. Pedrosa JIS. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. Interface (Botucatu). 2001; 5(8):137-8.

17. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Plano Diretor de Regionalização. [Internet]. Fortaleza: SESA; 2006 [acesso 2013 Dez 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_2006_ce.pdf

18. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica [Internet]. Brasília (DF): MS; 2013 [acesso 2013 Dez 10]. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/

19. Barbier R. A pesquisa-ação. Brasília (DF): Líber Livro Editora; 2007.

20. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Rev Bras Enferm. 2010; 63(4):567-73.

21. Damasceno AM, Said FA. O método problematizador no cuidado educativo com mulheres no preparo ao parto. Cogitare Enferm [Internet] 2008 [acesso 2013 Dez 10]; 13(2):173-83. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/12433/8548

22. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface (Botucatu). 2006; 10(20):517-24.

23. Pedrosa JIS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. Cienc Saude Colet. 2004; 9(3):617-26.

24. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 3a ed. Brasília (DF): MS/SVS/SAS; 2010 [acesso 2013 Dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

25. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde [Internet]. Brasília (DF): MS/SPS; 2002 [acesso 2013 Dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

26. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 43-57.

27. Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 145-64.

28. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 137-70.

Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Educación permanente con Agentes Comunitarios de Salud: potencialidades de una formación regida por el factor de referencia de la Educación Popular y Salud. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1199-1210.

En la Salud de la Familia, el agente comunitario de salud (ACS) es portavoz del modelo de atención implementado; no obstante, recibe capacitaciones incipientes y es necesario que la educación permanente cierre gradualmente brechas identificadas en su cotidiano de trabajo. El objetivo fue indicar los pasos del proceso pedagógico vivido con los ACS en el municipio de Pacoti, Ceará, Brazil, propuesta de modus operandi de una formación basada en el factor de referencia de la Educación Popular y Salud (EPS). Se trata de una investigación-acción con 24 ACS. Se promovieron ocho talleres de construcción compartida del conocimiento. Desde la elección de los temas a la revelación de desafíos comunes y propuestas de superación, causando la desestabilización de conocimientos consolidados, quedó claro el poder de la EPS para romper con una lógica hegemónica enajenante, instigando a los sujetos a que se arriesguen en nuevas formas de producir salud.

Palabras-clave: Agentes Comunitarios de Salud. Formación de recursos humanos. Salud de la Familia. Educación Popular. Educación permanente.

Recebido em 18/05/2013. Aprovado em 01/12/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0479

Almanaque do Agente Comunitário de Saúde:
uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos

Regina Maria Marteleto[a]
Helena Maria Scherlowski Leal David[b]

Marteleto RM David HMSL. Community Health Agent's Handbook: an experience of shared knowledge production. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1211-1226.

The Community Health Agent's Handbook was produced as an information, communication and popular education device, grounded on the handbooks' utilitarian and dialogical tradition. It was based on the premise that the agents' narratives are a privileged cultural field to understand the cultural dynamics of knowledge production on healthcare, due to their mediating role between health professional teams and the communities where they live and work. A qualitative sample was selected among Community Health Agents in three regions in Brazil, and also among healthcare professionals, coordinators and educators. Data collection was developed through narrative interviews, reading workshops and appropriation of handbooks. In addition, data were obtained from an extensive compilation of iconographic and textual sources. This paper presents the construction method and thematic structure of the Handbook, emphasizing its narrative character of a "popular encyclopedia".

Keywords: Information. Popular Education and Healthcare. Community Health Agent. Handbook.

O Almanaque do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi produzido como um dispositivo de informação, comunicação e Educação Popular em Saúde, fundamentado na tradição utilitária e dialógica dos almanaques. Baseou-se na premissa de que as narrativas dos agentes constituem um campo cultural privilegiado para a compreensão da dinâmica cultural de produção de conhecimentos sobre saúde, devido ao seu papel mediador entre as equipes de profissionais e as comunidades nas quais vivem e atuam. Para compor a amostra qualitativa, foram selecionados Agentes Comunitários de Saúde em três regiões do país, além de profissionais, coordenadores e formadores. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas narrativas e oficinas de leitura e apropriação de almanaques, além da extensa compilação de fontes textuais e iconográficas. Apresenta-se o modo de construção e a estrutura temática do Almanaque, ressaltando o seu caráter narrativo de "enciclopédia popular".

Palavras-chave: Informação. Educação Popular e Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Almanaque.

[a] Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict/MCTI), em convênio com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rua Lauro Muller, 455, 4º andar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22290-160. reginamarteleto@ibict.br
[b] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. helenad@uerj.br

[c] O artigo apresenta resultados do projeto de pesquisa "Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: produção sistematização e difusão de conhecimentos numa perspectiva da informação", financiado com recursos do Ed. Universal nº 14/2008 do CNPq/MCTI, desenvolvido entre 2008 e 2010. A pesquisa foi coordenada por Regina Maria Marteleto, com a participação dos seguintes pesquisadores: Helena Maria Scherlowski Leal

Introdução

David; Nanci G. da Nóbrega, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI), Universidade Federal Fluminense (UFF); Vera Joana Bornstein, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz/Recife); Renata Pekelman, Grupo Hospitalar Conceição, Ministério da Saúde; Tereza Cristina Neves, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz); Mariana Nogueira, EPSJV/Fiocruz. Atuaram ainda a mestranda Marcela Abrunhosa, do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Saúde, Icict/Fiocruz e os bolsistas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MCTI): Danielle Torres; Josiane Roberto; Kennya Torres Andrade; Luciana Barbio.

> O Almanaque, como gênero, recusa-se àquelas friezas intelectuais, cerebralistas e isoladoras e é, no mundo contemporâneo, um dos últimos herdeiros do Humanismo; da posição daqueles que procuravam ser fiéis, ao mesmo tempo, ao conhecimento e à beleza; à filosofia e à poesia; à ciência e à arte; ao claro real e ao enigma sombrio; ao cotidiano e ao sonho [...][1].

O Almanaque do Agente Comunitário de Saúde (ACS) insere-se num esforço coletivo e compartilhado de construção de conhecimentos, no âmbito de parcerias estabelecidas entre grupos interdisciplinares e interinstitucionais de pesquisa das áreas de informação, comunicação e Educação Popular em Saúde.

O pressuposto geral da pesquisa que levou à sua produção se baseou na formulação de que as narrativas dos Agentes Comunitários de Saúde constituem um campo cultural privilegiado para a compreensão da dinâmica de produção de conhecimentos em saúde, a partir do trabalho cotidiano. Estudos mostram que as tensões que caracterizam esses agentes, como mediadores, apontam para a emergência de um conjunto de saberes imediatos, de base empírica, e, ao mesmo tempo, também referidos ao campo profissional da saúde, que esse profissional passa a (re)produzir por meio dos processos de formação, capacitação e trabalho.

A sistematização dos cabedais de saberes-conhecimentos-informações, presentes nas práticas e representações dos ACSs sobre o seu trabalho, sob a forma de um almanaque, podem fornecer subsídios e elementos para a sua formação e atuação crítica, investindo-se ainda nas potencialidades e efeitos multiplicadores do Almanaque do ACS junto a outros espaços de atuação e vivência de outros Agentes Comunitários de Saúde.

A produção de um almanaque, como proposta que permite avançar numa compreensão sobre as formas de produzir conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde, apoia-se na centralidade da narrativa como subsídio para a pesquisa em saúde, enquanto expressão coletiva de uma cultura, ressaltando o aspecto da permanência da palavra trazida por aqueles que narram suas histórias e experiências. Entendendo a produção de informações e de saberes como fenômeno cultural, a proposta de análise ancorou-se principalmente na proposição de uma abordagem socioantropológica com vistas à produção compartilhada de um dispositivo de informação, comunicação e Educação Popular em Saúde: o Almanaque do ACS.

Delineou-se uma amostra qualitativa de Agentes Comunitários de Saúde, profissionais, coordenadores de equipes, formadores e lideranças, em capitais de três grandes regiões do país: Rio de Janeiro; Porto Alegre e Recife. Os instrumentos empregados para a coleta de dados foram: entrevistas narrativas, oficinas de leitura e apropriação de almanaques, além da compilação extensa de dados e fontes escritas e iconográficas em mídias impressas e digitais. Todo esse material foi classificado e sistematizado num banco de dados com disponibilização *on-line* aos membros do grupo da pesquisa.

De forma a compor um todo coerente, foram selecionados alguns fios condutores do roteiro e, em seguida, selecionados os temas geradores dos conteúdos do Almanaque do ACS, que orientaram a sua estrutura textual.

Na perspectiva de perpetuar, modernizando a estrutura secular dos almanaques, e tendo em vista a construção de um dispositivo de informação, comunicação e Educação Popular útil às reflexões e ao aprendizado dos agentes, a configuração narrativa dos conteúdos não ocorreu de forma linear e sequencial.

De forma diferente, optou-se em salvaguardar uma estrutura hipertextual, como se espera de uma obra popular-erudita ou uma enciclopédia popular, como sempre foram e continuarão sendo os almanaques.

No recorte apresentado, é destacada a dimensão de forma e de conteúdo do Almanaque, enquanto dispositivo inserido em contexto cultural, social, técnico e histórico de produção, sujeito a múltiplas leituras, narrativas, apropriações e ressignificações.

O Agente Comunitário de Saúde

O ACS é um trabalhador de saúde cujo processo de profissionalização é recente e permeado por dificuldades, avanços e retrocessos. Seu papel de mediador entre os serviços e o território onde trabalha, embora consensual como pressuposto e justificativa para a existência dessa profissão, não é claro no que tange ao escopo dessa mediação e à sua intencionalidade: mediar o que, para quem?

Nas tensões existentes entre as demandas sociais e a dimensão técnica e assistencial do trabalho em saúde, configura-se o que Silva e Dalmaso consideram o dilema do trabalho do ACS[2]. Mas, como contraponto, entende-se que o potencial de atuação desses agentes reside na mediação entre saberes e lógicas distintas, capaz de apontar para a superação da dicotomização das relações entre profissionais de saúde e população, que Valla denomina *crise de compreensão*[3], e Vasconcelos de *fosso cultural*[4].

Seu trabalho se faz nas fronteiras históricas e sociais da cidade, nos limites entre favelas e bairros, periferia e centro urbano, precarização e profissionalização, resposta e descaso por parte do Estado[5]. Fronteira também entre os saberes instituídos e aqueles que se produzem no cotidiano das relações e processos de superação das desigualdades, mediando contradições, o que contribui para a indefinição do seu perfil e atribuições – um profissional em permanente constituição.

A atuação dos agentes é marcada pela mediação entre lógicas distintas e, com frequência, conflitantes: do Estado, representado pelas diretrizes e normas de trabalho no âmbito das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a comunidade, com sua cultura e dinâmicas próprias em relação às representações, vivências e demandas de saúde.

No que se refere à produção de conhecimentos sobre saúde, há de se considerar a ambiguidade e a diversidade que marcam essa mediação. Longe de se constituir em dimensão conflituosa, a ser negada ou neutralizada, as mediações marcam processos e relações plenos de significados e sentidos, que, ainda, apresentam-se opacos às análises e que podem balizar necessidades em saúde da comunidade, assim como formas de enfrentamento criativas e participativas.

Apesar de seu processo de profissionalização, marcado pelo conflito e disputas ideológicas e políticas, o Agente Comunitário de Saúde constitui-se hoje em força de trabalho expressiva, com mais de duzentos mil profissionais atuando em todo o Brasil. Seu trabalho tende a sofrer mudanças rápidas, em função dos contextos políticos locais, das novas regras jurídico-administrativas e da própria dinâmica das comunidades às quais se encontram vinculados.

Nesse contexto, é importante reconhecer que as relações entre profissionais e população são historicamente marcadas por uma assimetria, que tende a excluir ou desqualificar o mundo da cultura popular. As práticas de informação, comunicação e educação constituem o espaço que torna mais evidentes esses processos de hierarquização de saberes, questão que passou a ser mais discutida no contexto da Reforma Sanitária, a partir dos anos de 1970, no país.

A crítica, então, desloca-se dos sujeitos-educandos (população, supostamente ignorante) para os profissionais, para o enfrentamento daquilo que Valla denomina de *equação distorcida*, na qual apenas o profissional-educador tem a palavra e o saber sobre a saúde[6].

Nas relações entre as equipes de ESF e do Pacs, essa assimetria também está presente: o trabalho dos agentes está, por assim dizer, subsumido aos demais processos de trabalho de saúde. Ao assumir um papel preponderantemente educativo e de supervisão do trabalho dos agentes, os profissionais de saúde podem optar por manter uma postura compreensiva, que busca incluir os elementos que estão fora da lógica da organização dos serviços, ou podem continuar reproduzindo uma relação assimétrica com os agentes – e com frequência, as duas coisas estão presentes no cotidiano do trabalho. No

entanto, os resultados parecem indicar que as práticas e processos de informação, comunicação e educação conformam um espaço ao mesmo tempo interativo e conflitual de produção de novos saberes para o enfrentamento das questões.

Os almanaques

Os almanaques, em geral, são definidos como publicações anuais generalistas e utilitárias que, por norma, incluem um calendário completo com referência a assuntos recreativos, humorísticos, religiosos, científicos, literários e informativos[7]. Caracterizam-se pela diversidade, pelo caráter enciclopédico de suas informações, diferentes tipos de conhecimentos, não apenas populares, mas também científicos e literários, organizados sob a forma de narrativas diversas. Na sua origem, que remonta ao século XV, na França, as marcas da passagem do tempo já constituíam o espírito dos almanaques: fases da lua, eclipses, previsões, astrologia, santos do dia, festas religiosas.

Além desses temas, desde o século XVII, os almanaques passam a incluir informações científicas – curiosidades da natureza, conselhos sobre saúde – além de anedotas e casos, provérbios, conselhos culinários e domésticos, religião, fábulas. É evidente que se trata de uma sistematização da cultura oral em transição para a escrita, um tipo de leitura que busca a relação saber-mundo[8]. Um texto autoexplicativo dos almanaques comprova ainda a presença de literatos em suas páginas, sejam autores gerais ou de pequenos textos:

> Um almanaque não tem autor se este não é um escritor que se faz o eco de uma longa memória popular. De dia a dia, de semana a semana, de mês a mês, o almanaque compila esses saberes amontoados ao longo dos anos e que cobrem talvez séculos. O almanaque, vasta lição de coisas, é uma modesta enciclopédia da vida cotidiana[9]. (p. 5)

Pellegrini Filho estudou uma amostra de 15 almanaques produzidos em nove países, em épocas diferentes, classificando os assuntos mais recorrentes nesses dispositivos: astrologia, astronomia, religião/religiosidade, saúde, curiosidades e passatempos, culinária, conselhos, misticismo/predições, literatura (contos e poesias), cidadania, calendário/tempo, cartas de leitores, clima, cultura erudita, datas comemorativas, humorismo, nacionalismo/regionalismo, tábua de marés, vida rural/agricultura, dentre outros assuntos. No assunto saúde, destacam-se as propriedades de espécies vegetais benéficas à saúde humana, o corpo humano, a medicina social[10].

Segundo Ceia[11], um expressivo texto teórico sobre a importância e a história do almanaque continua a ser o prefácio que Eça de Queirós escreveu para o *Almanaque Enciclopédico* (1896), onde o escritor descreve um dos aspectos mais representativos do almanaque – o de conter um certo tipo de verdades reconhecidas por determinados grupos como universais e essenciais:

> O almanaque contém essas verdades iniciais que a humanidade necessita saber, e constantemente rememorar, para que a sua existência, entre uma Natureza que a não favorece e a não ensina, se mantenha, se regularize e se perpetue. A essas verdades, chamam os Franceses, finos classificadores, "verdades de almanaque"[12]. (p. 3)

No Brasil, acompanhando os ideais de modernização que marcaram a virada para o século XX e a implantação da Velha República, a informação científica médica passa a ser o ponto central dos almanaques de farmácia, cada vez mais populares. A partir de 1920, surge o Almanaque do Biotônico Fontoura, o mais popular deles no país, cuja tiragem, em 1970, chegou a alcançar três milhões e meio de exemplares. É no Almanaque do Biotônico que se apresenta o personagem criado por Monteiro Lobato, o Jeca Tatuzinho, para exemplificar o caipira cheio de crendices, atacado por moléstias e, segundo a concepção da época, doente porque pobre, evidenciando a limitada visão sobre saúde como direito, e reforçando uma postura de *culpabilização da vítima*[8,9,10,11,12,13,14].

Mesclando saberes antigos e proposições modernas, segundo Chartier[15], a originalidade dos almanaques de farmácia está ligada a três características principais: a) todos foram ou são ainda publicados por laboratórios farmacêuticos, como formas publicitárias de medicamentos e produtos de beleza; b) sua distribuição foi ou é feita gratuitamente nos balcões das farmácias; c) aceitam e incentivam as cartas de seus leitores, transformados em coautores. Muitas dessas cartas apresentavam testemunhos dramáticos de leitores nos quais narram seus males e doenças, e a cura com o uso dos remédios, objeto das propagandas veiculadas nos almanaques, incentivando outros leitores e reforçando o *marketing* dos laboratórios[13].

Configura-se, assim, o almanaque, como uma publicação de ampla circulação, promotora de práticas de leitura e escrita, construída a partir de elementos textuais cujas características se situam nas fronteiras entre as formas de sistematização científica, apropriadas pela concepção popular de "informação útil". E servindo, ao mesmo tempo, como espaço de expressão da cultura popular naquilo que esta conserva, cria e recria do mundo da vida, da ciência, das mídias.

Elementos teóricos e metodológicos

Por meio das parcerias, já de longa data, entre os grupos de pesquisa da informação e da Educação Popular e Saúde, desenvolveu-se um arcabouço teórico-conceitual que permite repensar relações e representações entre sujeitos, com vistas à produção de novos saberes sobre condições de vida, adoecimento e saúde.

A ideia de construção compartilhada de conhecimento[16] converge com a de conhecimento social[17] na perspectiva da construção de processos emancipatórios e participativos. Nessa perspectiva, os campos da saúde e da informação recolocam em discussão os seus objetos a partir de novos paradigmas orientadores, no contexto das redes e das novas e tradicionais formas de ler, escrever, compartilhar os saberes.

Baseados na experiência de produção compartilhada do Almanaque da Dengue[7,18], em pesquisa anterior, buscou-se avançar na construção de um processo participativo de análise dos saberes criados nas redes sociais dos Agentes Comunitários de Saúde.

Do ponto de vista metodológico, a conformação de um almanaque, como um dispositivo de informação, comunicação e Educação Popular em Saúde, permite avançar numa compreensão sobre as formas de produzir conhecimento, sustentada na centralidade da narrativa como subsídio para uma leitura socioantropológica sobre a circulação e transformação social dos significados culturais. Mencionando o filósofo W. Benjamin, Marteleto e Nóbrega[19] argumentam em favor da narrativa como expressão coletiva de uma cultura e visão de mundo, ressaltando o aspecto da permanência da palavra trazida pelo narrador, comparando-a à do informante: "a palavra do primeiro permanece, enquanto a do segundo se esvai" (p. 65).

Assim como feito no Almanaque da Dengue e nos almanaques em geral, tanto as narrativas populares quanto as informações científicas, os textos literários e a multiplicidade temática, ocupam papel de relevo nesse novo dispositivo[(d)], o que permitiu apreender as múltiplas dimensões da cultura e do trabalho dos ACSs, tendo em vista: a) a aproximação dos seus conhecimentos e práticas em saúde, empregados e recriados no cotidiano do trabalho; b) a percepção dos elementos religiosos, lúdicos e identitários presentes em suas narrativas; c) a visão

[(d)] Os dispositivos são configurados por zonas de mediações presentes em sua constituição. O dispositivo infocomunicacional está associado aos quadros de ação dos sujeitos que o constituem, inseridos em determinadas estruturas e redes de relações e limitações que circunscrevem os usos e as apropriações dos conhecimentos, das técnicas e das informações. Por isso é relevante indagar a respeito dos sujeitos e como eles intervêm na construção ou na desconstrução dos dispositivos enquanto uma rede de elos sociais que ligam o produtor da informação, aquele que permite a circulação por meio de artefatos técnicos, o qual intervém para facilitar a sua difusão, e aquele que se apropria da informação. Um dispositivo infocomunicacional apoia-se numa rede, ou estrutura de interconexão instável, composta de elementos em interação, cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento[20,21].

da produção, sistematização e difusão de saberes, conhecimentos e informações como processos que permitem ampliar a compreensão sobre a produção social da saúde e avançar na concretização, tanto dos princípios de integralidade e participação popular no SUS (Sistema Único de Saúde), quanto da promoção democrática da produção, acesso e uso de dispositivos de informação, comunicação e Educação Popular.

A pesquisa de campo foi aplicada nas cidades do Rio de Janeiro, Recife e Porto Alegre com: a) Agentes Comunitários de Saúde nas seguintes categorias: ativos, lideranças, membros históricos/fundadores; b) com profissionais de saúde da família, no caso os enfermeiros, que são os que se dedicam à supervisão do trabalho dos agentes; c) com estudiosos e responsáveis por cursos de formação dos agentes.

Foram empregados dois instrumentos de coleta de dados principais: a) entrevistas narrativas; b) oficinas de leitura e apropriação de almanaques. O foco empírico foi dirigido para as narrativas dos Agentes Comunitários de Saúde, as quais expressariam o embate dialógico de seus saberes acumulados em suas práticas de trabalho e de vida comunitária com os diferentes discursos que alimentam a produção de uma "informação em saúde".

O referencial teórico-metodológico associa-se à pesquisa etnográfica com enfoque hermenêutico crítico, voltado para um olhar ao mesmo tempo dinâmico e aprofundado sobre a questão da diversidade cultural, no qual o pesquisador "abre-se para o horizonte do outro, consciente dos seus próprios ancoramentos culturais"[22] (p. 377).

A ideia de etnografia como *descrição densa*[23], em Geertz, sustenta a centralidade da narrativa proposta pela abordagem socioantropológica da informação. A leitura crítica, pelo processo de aproximação-análise-distanciamento-ressignificação, configura a possibilidade de o pesquisador aprofundar uma compreensão, que inclui os tensionamentos presentes nas relações que se constroem em rede, a partir da centralidade do trabalho e das questões de saúde, pela identificação de contradições, diferenças, contrastes, dissensos e rupturas de sentido no contexto dos sujeitos/grupos[24].

A realização de entrevistas e de oficinas de leitura e apropriação de almanaques sobre os temas ligados às práticas e aos saberes do cotidiano do ACS permitiram a reflexão crítica e as trocas entre os sujeitos de pesquisa, fortalecendo, assim, o processo de coletivização e de circularidade de saberes, e se constituíram em espaços coletivos dialógicos privilegiados, que permitiram avançar na direção dos objetivos do estudo, ao adentrar as narrativas como registro de saberes e experiências.

A participação dos ACSs, nesse processo, pautou-se em diálogo efetivo, e não se configurou como um simulacro, ou seja, buscou-se o apoio reflexivo dos envolvidos, e não a construção de dispositivos metodológicos ou analíticos externos aos pesquisados[25]. O conceito de diálogo, em Freire, também expressa a opção de relação narrativa entre pesquisadores e pesquisados, que se procurou empregar, ou seja, a palavra viva como diálogo existencial – reconhecer o outro, e a si próprio, em si e no outro[26].

Essa opção metodológica participativa se fundou nos seguintes pressupostos: a) a pesquisa é um processo social capaz de gerar mudanças coletivas. A abordagem etnográfica participativa que se estrutura numa perspectiva hermenêutica crítica pode colaborar para fazer avançar processos de reflexão-ação centrados no trabalho e nos saberes dos agentes; b) o aspecto mediador e relacional do trabalho dos ACS se dá em condições que não são bem conhecidas e as relações que eles estabelecem com os serviços, os gestores e a comunidade são singulares.

O estímulo a essa explicitação coletiva, do ponto de vista da pesquisa, favoreceu a construção de um processo dialético que reconhece o trabalho como práxis e permite ampliar a compreensão sobre como, nas ações cotidianas, constroem-se e relacionam-se as redes de informações e conhecimentos; c) as vivências cotidianas são fontes potenciais de dados, não exploradas, de conhecimentos sobre trabalho e saúde, e apontam, em determinadas circunstâncias, para questões relevantes para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Quando analisados como eventos isolados, essas fontes de dados perdem sua potencialidade para provocar a reflexão dos agentes como sujeitos-trabalhadores nos planos individual e coletivo, e para ressignificar a sua prática; d) o resgate dos saberes construídos pelos agentes no contexto do seu trabalho favorece a identificação de processos emancipatórios. Nesse sentido, pode-se entender este resgate de práticas como parte de uma reconstrução social mais ampla.

Trata-se, portanto, de uma reconfiguração epistemológica em relação à qual as abordagens metodológicas tradicionais apresentam limites, uma vez que não permitem apreender os processos sociais e o contexto cultural nos quais se produzem saberes e informações. Em relação às áreas da Saúde Coletiva e da Informação, reconhece-se essa "epistemologia social" como campo privilegiado para reunir elementos narrativos para a construção de um dispositivo informacional como o Almanaque do Agente Comunitário de Saúde, uma vez que as definições sobre o que se constitui em necessidade em saúde e os conceitos sobre saúde e vida produzem-se no âmbito de uma leitura do mundo profundamente enraizada na cultura dos grupos populacionais.

No caso dessa opção metodológica, vale ressaltar que, embora "profissionalizados", os Agentes Comunitários de Saúde são, antes de tudo, sujeitos imersos em uma cultura local que se contrapõe à lógica organizacional e disciplinar dos serviços de saúde.

Almanaque do ACS – estrutura e composição

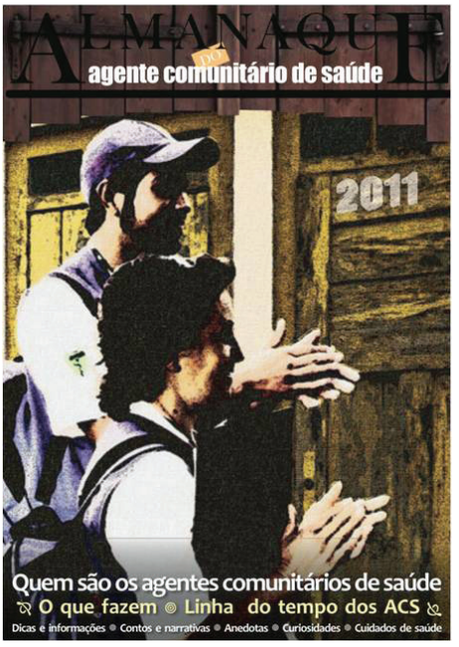


Figura 1. Capa do Almanaque do ACS.

A experiência prévia em pesquisa sobre os almanaques, somada à ampla base de dados construída sobre os Agentes Comunitários de Saúde e ao trabalho da equipe interdisciplinar e interinstitucional permitiram que diferentes olhares especializados, estéticos, discursivos e narrativos se projetassem sobre a construção do Almanaque do ACS. Isso representou um grande desafio para a equipe do projeto, composta por especialistas em informação, comunicação e Educação Popular em Saúde, escritor e contador de histórias, ilustrador, designer gráfico, bolsistas e estudantes, sintonizados com o universo de saberes e experiências dos Agentes Comunitários de Saúde e com a lógica conversacional dos almanaques.

A primeira etapa do processo de construção compartilhada do almanaque, a partir das narrativas dos agentes, profissionais, educadores e lideranças, foi a de estabelecer uma subdivisão em blocos

temáticos, de forma a permitir o desenho das questões fundamentais a serem abordadas. Os subtemas selecionados foram os seguintes:

a) o que é saúde; o que é um trabalhador da saúde;
b) quem é o ACS; o que ele faz;
c) o ACS como mediador: a relação com a equipe profissional do PSF e a visita domiciliar (VD);
d) linha do tempo da formação e legislação da profissão;
e) onde começou o Pacs; políticas e programas nacionais e internacionais de saúde e o lugar dos ACSs;
f) os ACSs e seus saberes: práticas de informação e comunicação;
g) os ACSs e a comunidade: cultura, memória e identidade.

Cada um desses blocos temáticos mereceu um tratamento textual para harmonizar as narrativas e as falas especializadas, com a captura de jogos, anedotas, textos literários, material iconográfico, poesia, literatura, em fontes impressas e digitais, como *blogs* e sítios da internet.

A pesquisa de imagens foi realizada nos arquivos de unidades da Fiocruz, como a Casa de Oswaldo Cruz/COC e a revista Radis/Ensp, além de publicações do Ministério da Saúde e de sítios da internet de uso livre.

A categorização e posterior análise interpretativa dos dados extraídos das oficinas e entrevistas realizadas na pesquisa, cujas linguagens se configuram como narrativas, e o confronto das falas com o referencial teórico da informação, comunicação e Educação Popular em Saúde, levaram a resultados mais gerais a respeito da vida comunitária e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com as categorias de análise empregadas, as quais dariam origem à pauta temática e aos conteúdos do Almanaque. Dessa forma, as narrativas dos agentes constituíram os elementos desencadeadores das questões e temas tratados de forma relacional com outras fontes de dados.

Narrativas e memórias de vida e de trabalho

Figura 2. A linha do tempo do ACS.

> "Eu considero o trabalho do agente muito importante. Porque o agente é aquele que entra dentro da casa da pessoa. A pessoa entra no consultório e conversa com o médico, mas o médico não consegue ver a relação do que está acontecendo na casa da pessoa, para que aquela doença, aquela dor não cure. Digamos assim, a importância do agente é que ele vai lá, ele entra, ele vai conversar. Ele vai captar...um leva e traz saudável [...]". (ACS, Porto Alegre)

O agente é oriundo da comunidade na qual se inscrevem as suas práticas de trabalho. Antes da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, os quais preveem uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade e respeitando os princípios de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas práticas de assistência à saúde eram realizadas pelos membros das comunidades.

Algumas delas se davam de maneira combativa e de luta pelo reconhecimento da dignidade e das necessidades de saúde da população, aliando-se às práticas culturais e tradicionais de cuidados como as das parteiras, raizeiras, rezadeiras. Os dados das entrevistas corroboram esse contexto, uma vez que a maior parte deles afirma que tinha experiências comunitárias, de cuidados ou de luta em movimentos associativos antes de se tornarem agentes.

Outros tinham empregos mal remunerados e viram, na oportunidade de passarem e serem aprovados no exame de ACS, uma via para um trabalho posteriormente melhor remunerado e constante.

Para as mulheres, que são maioria absoluta nessa categoria de trabalho, o fato de poder atuar na própria comunidade de moradia permite o acompanhamento paralelo da família e dos filhos, além dos cuidados com os afazeres domésticos. Por esse motivo, a palavra *cuidado* é recorrente nas falas desses agentes, por ser uma característica de atenção à vida e aos outros, assumida culturalmente e socialmente pelas mulheres.

Os saberes dos agentes

Figura 3. Os saberes na formação do ACS.

> "[...] o que é ruim na Saúde da Família é que quem vem de fora não vem disposto a trocar, a aprender [...]. Nós sabemos que nós temos muito a aprender, mas também temos muito a ensinar a eles e eles não se dão, assim, a humildade de aprender com a gente as coisas da comunidade, do cotidiano, das famílias [...]". (ACS, Rio de Janeiro)

Um dos pontos mais frágeis e criticados pelos agentes é a precariedade da formação que recebem para exercer suas funções. O Ministério da Saúde prevê um curso de formação em nível técnico com três módulos, porém apenas o primeiro foi oferecido até o momento, em poucas regiões do país. Os ACSs mais antigos parecem mais satisfeitos com a sua formação, a qual incluía um curso introdutório ou preparatório de curta duração, antes do exercício das atividades.

Essa preparação é cada vez mais rápida e, na maior parte das vezes, os agentes aprendem na prática do serviço e por meio de rápidas capacitações em cuidados e doenças, como atenção materna, saúde infantil e juvenil, controle de carteira de vacinação, doenças crônicas; como diabetes e hipertensão; sazonais, como alergia e asma; contagiosas, como tuberculose e outras.

Os dados mostram que os agentes precisam conhecer mais sobre doenças, mas, sobretudo, sobre as formas de prevenção e atenção à saúde, uma filosofia que sustenta o próprio SUS e a Estratégia de Saúde da Família. Apesar das diferentes situações nas três cidades consideradas, percebe-se uma condição comum de carência de formação dos agentes, que se associa à necessidade de ter seus saberes construídos na prática e no contato direto e frequente com a população, valorizados pelas equipes técnicas das unidades de saúde: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, etc. É visível nas falas a tensão existente na relação hierárquica dos saberes dos ACS e os saberes técnicos dos membros das equipes de saúde da família.

Modos de produzir e se apropriar de conhecimentos

Figura 4. A jornada de trabalho.

> "Quando surge dúvida eu procuro a enfermeira e quando ela me dá uma resposta que não é suficiente eu vou na Internet. Eu tenho uma prática constante de pesquisar, todo dia [...]. E leio também, muito". (ACS, Recife)

> "A gente aproveita todos os momentos [...]. Desde a receita do chazinho daquela vovó que tu foi fazer a visita, ao médico que tu foi trocando opinião". (ACS, Porto Alegre)

> "Eu recebo informações não só de jornais e televisão, mas também nós temos o Observatório da Maré [...]. Eu frequento também a Casa de Cultura, o Museu da Maré, que têm essa relação de informação". (ACS, Rio de Janeiro)

Diante de um quadro de formação ainda precário, os agentes buscam complementar seus saberes pelo acesso a livros, revistas especializadas, boletins, folhetos do Ministério da Saúde. Uma boa parte tem acesso e costuma utilizar a internet, o que foi verificado sobretudo nos agentes de Recife, os quais consideram uma excelente fonte de informação. Em algumas unidades de saúde, existem pequenas salas de leitura ou bibliotecas.

Suas fontes principais para obter informações são: os próprios ACSs; os técnicos da equipe de saúde da família à qual estão vinculados; a própria comunidade. Parece existir uma troca saudável durante os encontros de capacitação ou em reuniões de equipe, pois normalmente trabalham em microáreas diferentes, ainda que próximas, e não têm ocasião de interagir de forma constante em sua rede de contatos.

Foi observado, em pesquisa paralela em fontes virtuais, que existem vários sítios da internet e *blogs* de Agentes Comunitários de Saúde, o que constitui uma forma de comunicação e informação entre eles. Sobre se obtêm muitas informações no contato com os técnicos das equipes, sobretudo os enfermeiros, responsáveis pelo acompanhamento do trabalho dos ACS, as respostas são variadas e dependem do modo como se estruturam e se relacionam os membros das equipes.

A maior parte procura esclarecer dúvidas pontuais do cotidiano com médicos e enfermeiros das equipes. Já o contato e o acompanhamento diário das famílias representam as fontes de informação e de saberes em geral mais valorizadas pelos agentes, os quais reconhecem o valor do conhecimento das pessoas idosas e das mães, por exemplo, nos cuidados com a família e com os filhos, principalmente.

Condições de trabalho, participação e organização

O trabalho dos ACSs configura-se como marcado pela precariedade, uma vez que a profissão foi recém-regulamentada por decreto federal, mas o piso salarial e o respectivo plano de carreira ainda não foram aprovados. Os agentes encontram-se representados politicamente pela Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs) e começam a se organizar regionalmente em associações e sindicatos a fim de lutar pelos seus direitos.

Apesar de existir uma regulamentação sobre as funções dos Agentes Comunitários de Saúde, no cotidiano do seu trabalho, eles são levados a executar inúmeras tarefas não previstas, o que é caracterizado por eles como "desvio de função". São inúmeras as manifestações de queixa, que incluem sempre a falta de equipamento para o trabalho: uniforme, protetor solar, chapéu, calçado apropriado para as caminhadas por morros, becos e vielas, etc.

Outra queixa frequente em seus relatos é a quantidade de fichas que são levados a preencher nas visitações diárias às famílias, destinadas a alimentar o Sistema de Atenção Básica de Saúde (Siab), o que compromete o tempo necessário de dedicação ao acolhimento na unidade de saúde e às Visitas Domiciliares (VD), as quais configuram o pilar do trabalho dos agentes: a prevenção e a atenção básica à saúde.

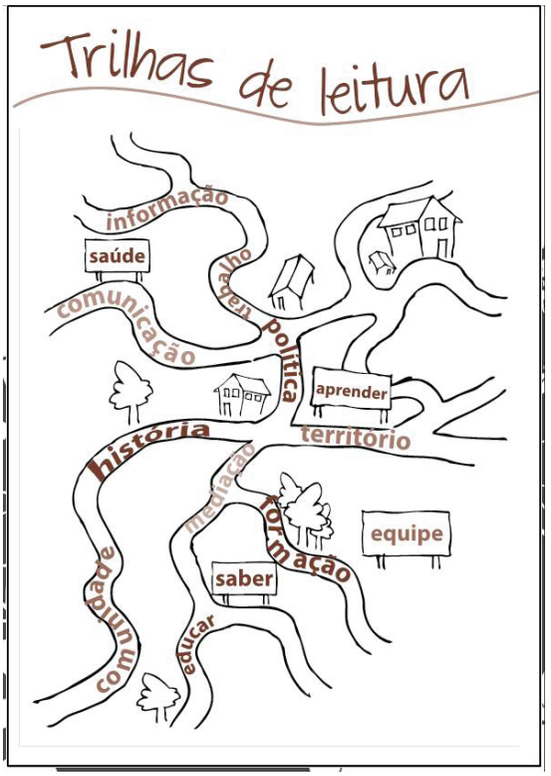


Figura 5. O ACS como mediador.

Outro aspecto importante relativo ao trabalho é de se tratar de uma categoria essencialmente feminina, porém com a presença relativa de trabalhadores homens. Respeitando as devidas exceções, os relatos mostram que os homens são mais ativos quanto às exigências de melhores condições de trabalho e de salários, impondo limites à comunidade em relação ao tempo de duração de sua jornada de trabalho.

Já as mulheres assumem o papel social a elas atribuído de cuidadoras do lar, da família e das pessoas comunidade, relatando pouca participação nos movimentos associativos da classe trabalhadora e multiplicando o seu tempo de trabalho com a atenção à comunidade, além da jornada diária a ser enfrentada na própria família.

O Almanaque do ACS

Os agentes responderam às entrevistas depois de participarem de "Oficinas de leitura e apropriação do Almanaque da Dengue", quando puderam refletir sobre as origens, os usos e as serventias dos almanaques ao longo dos tempos e principalmente referenciar os conteúdos e questões da sua leitura com os seus contextos de atuação na área da saúde.

Conversaram sobre suas expectativas e sugestões em relação ao "Almanaque do Agente Comunitário de Saúde", que seria construído como um dos produtos da pesquisa.

Em primeiro lugar, observaram que o almanaque deveria ter linguagem leve, lúdica, objetiva, com ênfase educacional e de divulgação do trabalho dos ACSs, mas dividiram opiniões sobre o almanaque ser destinado à leitura das comunidades ou dos próprios agentes. No entanto, realçam que ele teria serventia especial no processo de formação e de luta pelo reconhecimento profissional, destacando as

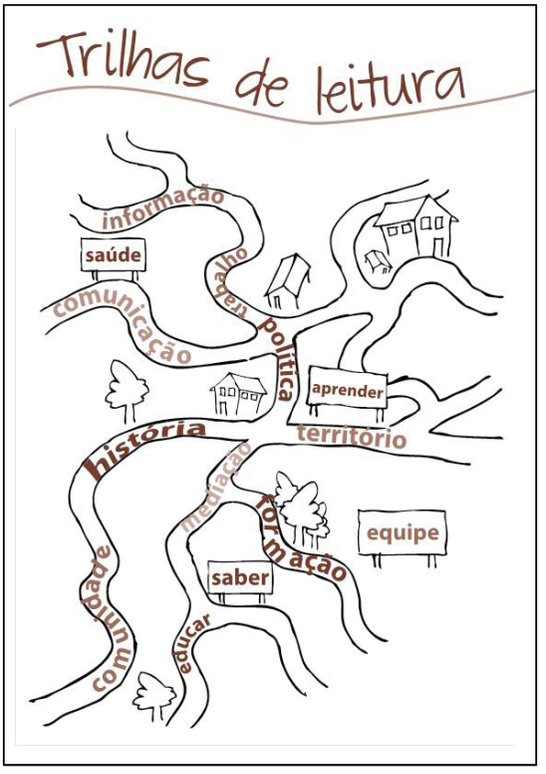


Figura 6. Trilhas de leitura do Almanaque do ACS.

condições adversas do trabalho e a necessária atenção à saúde dos agentes, que enfrentam situações limite no cotidiano das visitas domiciliares, como o consumo de drogas e os conflitos familiares.

Os elos complexos, porque humanos, que se formam com as comunidades levam à obtenção de certos dados, informações e saberes sobre as pessoas que somente os próprios agentes têm acesso, de forma diferente dos médicos e enfermeiros, que se relacionam com os pacientes no espaço do consultório ou do posto de saúde. Esse parece ser um trunfo de conhecimento e de afeto dos agentes em relação aos conhecimentos técnicos das equipes de saúde para merecer destaque no almanaque.

Considerações finais

No processo de sistematização de diferentes narrativas e de formas diferenciadas de saberes, buscou-se contemplar o universo de significações sobre saúde, a partir da centralidade do trabalho na vida dos agentes, reconhecendo-o como espaço de produção de conhecimento em saúde, e não apenas como reprodução de práticas prescritas. No que se refere à difusão de saberes, comprovou-se o pressuposto deste estudo de que um arsenal importante de conhecimento está presente no cotidiano das relações e redes sociais construídas no trabalho dos agentes.

Com base nesses resultados, assume-se que o trabalho dos ACSs se realiza num campo de disputas políticas, cognitivas e simbólicas entre diferentes formas de conhecimentos, mediações e apropriação de informações. Seus cabedais culturais e cognitivos são compostos, por outro lado, pelas experiências cotidianas nas comunidades e suas habilidades na vivência prática dos problemas de saúde e na apropriação do conhecimento profissional dos técnicos e gestores.

Conta-se ainda o conhecimento histórico recolhido da memória pessoal ou de relatos biográficos, que contêm narrativas e memórias das comunidades na lida com as doenças e com o seu mundo vivido.

A possibilidade de que o próprio ACS vocalize com suas narrativas as suas necessidades e dificuldades, no entanto, não está dada, e tem de ser reconstruída em espaços diversos, tais como associações profissionais, encontros, oficinas de capacitação e conferências de saúde, entre outros, o que se buscou configurar no Almanaque, enquanto um dispositivo de informação, comunicação e Educação Popular em Saúde.

Por isso mesmo, a participação do ACS como mediador de saberes passa a "regular" as relações entre os profissionais e a comunidade pela disseminação de informações sobre os modos de viver das famílias, as facilidades e dificuldades para a circulação na comunidade, os recursos existentes e não imediatamente visíveis. De certa maneira, os agentes educam os profissionais para um certo "jeito" de se trabalhar dentro da comunidade, lançando mão de um saber construído a partir da cultura local, de forma a amenizar as tensões com vistas à obtenção dos recursos de saúde pela população.

O Almanaque do ACS, um dispositivo de informação, construído de forma compartilhada, pretende indicar os caminhos de constituição de um campo de saberes em saúde e informação que visa ultrapassar, tanto as vertentes tecnicistas da saúde e dos sistemas de informação, como o imobilismo reducionista de determinadas macroanálises de base econômica e social. Desse modo, permitindo a visualização de possibilidades para a construção de processos de conhecimento, informação e trabalho em saúde mais solidários, e em condições emancipatórias.

Financiamento

O artigo apresenta resultados do projeto de pesquisa "Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: produção sistematização e difusão de conhecimentos numa perspectiva da informação", financiado com recursos do Ed. Universal n° 14/2008 do CNPq/MCTI, desenvolvido entre 2008 e 2010. A pesquisa foi coordenada por Regina Maria Marteleto, com a participação dos seguintes pesquisadores: Helena Maria Scherlowski Leal

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Suassuna A. Elogio do Almanaque. Folha de São Paulo, Caderno Ilustrada, 2000 [acesso 2013 Ago 30]. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1707200019.htm

2. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

3. Valla VV. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle da dengue. Cad Saude Publica. 2001; 17 Supl.:77-88.

4. Vasconcelos EM, organizador. A saúde através da palavra e do gesto, reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.

5. Martins JS. A sociabilidade do homem simples. 2a ed. São Paulo: Contexto; 2010.

6. Valla VV. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle da dengue. Cad Saude Publica. 2001; 17 Supl.:77-88.

7. Marteleto RM, Guimarães C, Nóbrega N. Almanaque da dengue: informação, conhecimento e narrativas de saúde. In: Marteleto RM, Stotz E, organizadores. Informação,

saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 83-106.

8. Park MB. Histórias e leituras de almanaques no Brasil. São Paulo: Mercado das Letras, Associação de Leitura do Brasil, Fapesp; 1999.

9. Almanach de l'Ouest. St. Quentin: La Compagnie Européenne de Reportage et d´Édition; 2006.

10. Pelegrini Filho A. Comunicação popular escrita. São Paulo: Edusp; 2009.

11. Ceia C. Almanaque [Internet]. In: Ceia C, organizador. E-dicionário de termos literários [acesso 2013 Jun 14]. Disponível em: http://www.edtl.com.pt

12. Queiroz E. Obra completa. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 2000. [Biblioteca Luso-Brasileira, Série Portuguesa, v. 3]

13. Gomes ML. Vendendo saúde! Revisitando os antigos almanaques de farmácia. Hist Cienc Saude - Manguinhos. 2006; 13(4):1007-18.

14. David HMSL. Do povo de Deus à institucionalização domesticadora: duas décadas de trabalho e educação popular com agentes comunitárias de saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 217-35.

15. Chartier R. Introdução: o livro dos livros. In: Park MB, organizador. Histórias e leituras de Almanaques no Brasil. São Paulo: Mercado das Letras, Associação de Leitura do Brasil, Fapesp; 1999. p. 9-13.

16. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz E. O processo de construção compartilhada de conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-14.

17. Marteleto, RM, Valla, V. Informação e educação popular - o conhecimento social no campo da saúde. Perspect Cienc Inf. 2003; 8 n. esp.:21.

18. Marteleto RM, Nobrega NG, Guimarães C. Almanaque da dengue. Rio de Janeiro: Ibict/MCT, Elos/Ensp/Fiocruz; 2004.

19. Marteleto RM, Nóbrega NG. Les documents et leurs appropriations. Refléxions sur "information-document" et "réserve symbolique". Sci Soc. 2006; 68:29-43.

20. Barel Y, Cauquelin A. Concepts transversaux. In: Sfez L, organizer. Dictionnaire critique de la communication. Paris: Presses Universitaires de France; 1993. p. 179-290.

21. Marteleto RM, Couzinet V. Mediações e dispositivos de informação e comunicação na apropriação de conhecimentos: elementos conceituais e empíricos a partir de olhares intercruzados. Rev Eletr Com Inf Inov Saude [Internet]. 2013 [acesso 2013 Jun 14]; 7(2):8. Disponível em: http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/810

22. Costa MCS. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2002 [acesso 2013 Jun 14]; 10(3):372-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

23. Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.

24. Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 19-51.

25. Reyes R, organizador. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2004.

26. Freire P. Extensão ou comunicação? 7a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

Marteleto RM David HMSL. Almanaque del Agente Comunitario de Salud: una experiencia de producción compartida de conocimientos. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1211-1226.

El Almanaque del Agente Comunitario de Salud (ACS) se produjo como dispositivo de información, comunicación y educación Popular en Salud, basado en la tradición utilitaria y dialógica de los almanaques. Su premisa es que las narraciones de los agentes constituyen un campo cultural privilegiado para la comprensión de la dinámica cultural de producción de conocimientos sobre salud, debido a su papel mediador entre los equipos de profesionales y las comunidades en que viven y actúan. Para componer la muestra cualitativa, se seleccionaron Agentes Comunitarios de Salud en tres regiones del país, además de profesionales, coordinadores y formadores. Para recolectar datos, se realizaron entrevistas narrativas y talleres de lectura y apropiación de almanaques, además de amplia compilación de fuentes textuales e iconográficas. Se presenta el modo de construcción y la estructura temática del Almanaque, subrayando su carácter narrativo de "enciclopedia popular".

Palabras-clave: Información. Educación Popular en Salud. Agente Comunitario de Salud. Almanaque.

Recebido em 28/08/2013. Aprovado em 06/12/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0359

O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil

Welington Serra Lazarini[a]
Francis Sodré[b]
Maristela Dalbello-Araujo[c]

Lazarini WS, Sodré F, Dalbello-Araujo M. The debate on health education in the scope of the Municipal Health Council of Vitória, Southeastern Brazil. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1227-1240.

We analyzed the relationship between health education and the politics of participation and social control in health of the Municipal Health Department of Vitória, from 2005 to 2012. A documental analysis was performed in the Municipal Health Plans, Management Reports and in 139 proceedings of the Municipal Health Council (MHC). The results showed that the management guided its politics according to participation, but restricted itself to the MHC. Health education was partially treated during the meetings. When it was debated, it was as the traditional model, being configured as a strategy for population surveillance. Popular Health Education was mentioned only in the second term, but it was not accompanied by a redefinition of practices. The conclusion is that it is necessary to recognize different forms of social participation in Vitória and to further discuss the dialogic model of health education.

Keywords: Health education. Social participation. Health Council.

Analisou-se a relação entre educação em saúde e a política de participação e controle social em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES, Brasil, entre 2005 e 2012. Realizou-se análise documental nos planos municipais de saúde, relatórios de gestão e em 139 atas do Conselho Municipal de Saúde. Evidenciou-se que a gestão orientou sua política pela participação, mas restringiu-se ao Conselho Municipal de Saúde. A educação em saúde foi tratada pontualmente durante as reuniões. Quando debatida, foi como modelo tradicional, configurando-se em estratégia para vigilância. A Educação Popular em Saúde foi mencionada no segundo governo, mas sem a redefinição das práticas. Sinaliza-se a necessidade de reconhecer as diferentes formas de participação social em Vitória e ampliar o debate acerca do modelo dialógico da educação em saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Participação social. Conselho de Saúde.

[a] Prefeitura Municipal de Vitória. Rua Santana, 96, São Geraldo, Cariacica-ES, Brasil. 29.146-490. Welingtonsl@hotmail.com
[b,c] Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vila Velha, ES, Brasil. francisodre@uol.com.br; dalbello.araujo@gmail.com

Introdução

Os conselhos de saúde se configuram em um dos principais mecanismos de participação institucionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS)[1]. Sua dinâmica representativa envolve diversos atores e traz, para a agenda de debates, temas importantes que afetam as relações entre o Estado e a sociedade, como é o caso da educação em saúde produzida nos serviços.

Desse modo, esse artigo tem por objetivo analisar a relação entre a educação em saúde e a política de participação e controle social promovida na cidade de Vitória-ES, no período compreendido entre 2005 a 2012. O foco da pesquisa dirige-se à frequência na qual as práticas educativas são discutidas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, sua forma de apresentação e as principais concepções que caracterizam a práxis dessas ações.

Embora esteja posto que a educação em saúde, no âmbito dos serviços, seja essencial para a melhoria da saúde individual e coletiva, nem sempre suas práticas são conduzidas de maneira satisfatória, uma vez que a diversidade de objetivos e metodologias, que são postas no cotidiano, não favorecem a promoção de uma ação compartilhada de saberes, calcada no diálogo[2].

Vários estudos[3-6] apontam para a fragilidade dessas ações, em parte pelo descaso que as instituições do SUS vêm tratando o tema. Assim, a postura política contida nessas concepções revelam determinados interesses e incidem sobre os diferentes arranjos de poder que envolvem o homem e a sociedade[7].

Em virtude do seu caráter polissêmico, compreende-se a educação em saúde como um conjunto de saberes e práticas diversas, que se estabelecem no encontro entre os trabalhadores da saúde e a população, no âmbito individual ou coletivo. Essa interação pode ocorrer tanto no interior dos serviços quanto na comunidade, de maneira formal ou não, cujo propósito visa a um modelo dialógico "que favorece o reconhecimento dos usuários como sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida"[4] (p. 50).

Nesse sentido, o esforço de tornar a educação em saúde uma prática central para o processo de produção de saúde, entendida como estratégia mediante o processo de construção da autonomia dos sujeitos e coletividades, passa pela necessidade de politização da sociedade brasileira, sobretudo no que tange ao debate acerca da importância da participação social na saúde.

Ao longo do século XX, entretanto, as práticas educativas foram conduzidas pelo Estado com o objetivo central de atender aos interesses políticos e econômicos das elites. Até a década de 1970, essas ações eram orientadas pela unilateralidade, ou seja, pautavam-se pela imposição de normas, sem exercer qualquer atitude crítica acerca do contexto sociopolítico[8].

Contrariando o regime repressor instalado no período, começaram a surgir novas experiências de educação em saúde justamente durante o governo militar, cuja lógica orientadora era inversa a das práticas hegemônicas. Esse novo método recebeu a influência da obra de Paulo Freire e deu origem a Educação Popular em Saúde, que ganhou força com o Movimento Sanitário[8].

A Carta de Ottawa, lançada em 1986, considerou a educação em saúde como uma das estratégias básicas para a promoção da saúde em sua proposta teórica e política. Destaca em sua diretriz a necessidade de realizar uma prática desvinculada da doença e que tenha um caráter participativo, construtivista e transversal[2].

Com a criação do SUS no Brasil, estruturado a partir dos pilares democráticos da universalidade, equidade e da integralidade, fez-se necessário a reorientação do modelo assistencial vigente, que primava pela dicotomia entre assistência e prevenção[4].

Ao começar a ser produzida por essa nova tendência, a educação em saúde passou a ser apontada como uma importante estratégia de mudança na sociedade. Contribuiu para fermentar as lutas sociais, não apenas para defender questões relativas às condições estritas de saúde, mas também para proporcionar a garantia de um debate amplo acerca do respeito à conquista da cidadania, de modo a observar todos os fatores que impactam diretamente na vida dos indivíduos como, entre outros, moradia, cultura, lazer, trabalho e educação[9].

Para que essa realidade se torne possível, a participação da comunidade adquire fundamental importância. Definida na Lei nº 8.142/90, essa diretriz tem tido papel relevante na luta pela efetivação do SUS, pois adquire um sentido de participação política. Exemplo disso são as decisões tomadas pelos conselhos municipais sobre a política de saúde[10].

Os conselhos de saúde são espaços deliberativos que compõem o arcabouço da máquina político-institucional do SUS, configurando uma importante inovação do processo de democratização das decisões setoriais[11]. Todavia, sua prática concreta é marcada por um processo paradoxal, que mescla conquista e imposição. Tal situação ocorre, pois, embora tenham sido legalmente estabelecidos a partir de um processo de luta política, muitos conselhos municipais de saúde são instituídos meramente como obrigação legal ou iniciativas isoladas de alguns gestores[10].

Nesse sentido, o texto discorre sobre as características do debate acerca da educação em saúde, ocorrido nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES – espaço este entendido como instância institucionalizada da participação e do controle social em saúde[12].

Percurso metodológico

O campo da educação em saúde tem fundado suas bases de produção de conhecimento por intermédio de metodologias qualitativas. Os debates teóricos que embasam os mais diversos modos de se operacionalizar essas práticas são frutos de análises qualitativas[3].

Segundo Minayo[13], tal método "se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam" (p. 57).

Este estudo teve como cenário a cidade de Vitória-ES, cuja organização compreende seis regiões de saúde, onde estão inseridas 28 unidades de saúde. Além disso, a rede de saúde conta ainda com dez centros de referências, dois pronto atendimentos, um laboratório central municipal, serviço de vigilância sanitária e orientação ao Exercício[14].

A técnica empregada para a coleta de dados foi a pesquisa documental. Tal escolha parte da premissa que ela "permite identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse"[15] (p. 38). Além disso, torna-se possível fazer inferências sobre questões específicas acerca de determinados problemas de pesquisa.

Uma minuciosa investigação foi realizada nos planos municipais de saúde 2006-2009 e 2010-2013, nos relatórios de gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e em 139 atas produzidas pelo Conselho Municipal de Saúde entre 2005 e 2012, referentes a 91 reuniões ordinárias e 48 oriundas de reuniões extraordinárias. Esses documentos são compreendidos como relevantes para a educação em saúde de Vitória, já que foram elaborados pela própria Secretaria Municipal de Saúde e discorrem sobre seus planos e metas, bem como suas realizações e dificuldades. Em relação às atas produzidas pelo conselho, particularmente, são consideradas como fontes passíveis de investigação acerca das concepções dos conselheiros municipais sobre as práticas educativas em saúde.

A escolha do período justifica-se pelo interesse em compreender o modo como as práticas de educação em saúde foram pautadas nos debates do conselho municipal de saúde de Vitória-ES, em duas gestões consecutivas de governos com ordenação de centro-esquerda, que possuem como uma de suas prerrogativas a participação popular. O primeiro governo (2005-2008) foi conduzido pela coligação Movimento Vitória de todas as Cores, formada pelos partidos PT/PSB/PDT/PC do B/PHS/PAN/PV. Já o segundo (2009-2012) pela coligação Todos Por Vitória, formado pelo PT/PMDB.

Durante o processo de pré-análise, as atas do Conselho Municipal de Saúde foram lidas e a exploração do material ocorreu mediante a busca do termo evocador "educ". Na primeira etapa, os trechos que continham o termo foram selecionados para posterior análise.

A fim de identificar os temas, as relações e as contradições pertinentes ao entendimento das práticas de educação em saúde, a presente pesquisa procedeu à análise qualitativa dos dados. Desse modo, como estratégia metodológica foi utilizada a análise de conteúdo, definida por Bardin[16] como:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. [16] (p. 42)

Esse método permite encontrar significados profundos presentes no campo das comunicações, subjacentes à superfície da mensagem emitida[17], ou ainda, "produzir inferências de um texto para seu contexto social de maneira objetivada"[18] (p. 191).

A construção das categorias respeitou as diretrizes metodológicas da análise de conteúdo temático, uma vez que esse é o método de análise geralmente utilizado para pesquisas documentais[15,16]. Sua formulação se deu com base nos sentidos presentes nas frases ou parágrafos, nos quais estavam inseridos o termo evocador.

As categorias foram analisadas à luz do conceito foucaultiano de biopoder, que discorre sobre a concepção de um poder que se constitui na articulação entre a tecnologia disciplinar, aplicada sobre os corpos dos indivíduos, e a biopolítica, dirigida à regulamentação da população, como poder de gestão e maximização da vida[19].

No que concerne aos procedimentos éticos, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, pela Coordenação de Pesquisas da Prefeitura de Vitória e pela Secretaria Municipal de Saúde.

A fim de sistematizar a crítica aos dados desta pesquisa, estruturou-se três categorias de análise que serão detalhadas a seguir, a saber: A política de participação e controle social da Semus, educação em saúde, como recurso para vigilância da população, e, por fim, educação popular em saúde na gestão municipal: estratégia de gestão participativa ou nova forma de controle?

A política municipal de participação e controle social

Os documentos oficiais analisados evidenciaram a opção por uma gestão participativa e democrática em ambos os governos, diferentemente dos modelos liberais anteriores. Especificamente nos planos municipais de saúde, formulados no primeiro ano de cada administração, e nos relatórios de gestão, produzidos anualmente, a participação cidadã e o controle social estão elencados entre os valores que orientam e servem de sustentação à política municipal de saúde.

> A estratégia de gestão definida nesta administração é de um planejamento democrático e participativo, colegiado, sistemático e contínuo, integrado, baseado na intersetorialidade e na participação popular, partindo-se da democratização interna, no âmbito da Prefeitura e externa, da sociedade civil e movimentos organizados.[20] (p. 7)

A aposta em tal estratégia mostra-se coerente com o processo que conduziu a construção da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, cuja origem teve como alguns de seus pilares as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde e as orientações do Conselho Nacional de Saúde, além dos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS[21].

O ParicipaSUS engloba o:

> conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando maior eficiência, eficácia e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.[21] (p. 15)

Intimamente atrelada à concepção de gestão participativa, a educação em saúde é destacada pelo ParticipaSUS, que adverte para o compromisso ético e institucional em prol do resgate da prática educativa como produtora de qualidade de vida. Manifesta-se em todos os atos de promoção, proteção, cuidado e recuperação da saúde, presente desde o cuidado básico ao mais complexo e contempla as dimensões do indivíduo, dos grupos e das comunidades[2].

> Na dimensão mais geral, a educação em saúde se expressa nas relações sociais como amalgamadora da interação entre os indivíduos, quando da adesão à propostas libertadoras como democracia, participação e direitos de cidadania. É nesta sociedade globalizada que emergem novas referências tais como a solidariedade, o acesso às oportunidades e o direito de ser diferente. Na dimensão particular das políticas de saúde em cada contexto, a proposta de educação em saúde incorpora princípios como intersetorialidade, equidade, participação e controle social, onde suas especificidades decorrem de sua acepção enquanto educação para a cidadania, ou seja, a instrumentalização da sociedade para participar de intervenções na realidade, buscando a qualidade de vida.[2] (p. 26)

Os esforços empreendidos em direção à participação cidadã e ao controle social são direcionados quase exclusivamente a sua forma institucionalizada, ou seja, aos conselhos de saúde, cuja composição, organização interna, normas de funcionamento e atribuições, foram determinadas pela Lei municipal nº 6.606/06 e pelo Decreto nº 12.325, de 29 de junho de 2006.

> O Sistema Público Municipal de Saúde estará aberto ao controle da cidadania, representada nos Conselhos de Saúde. Grande prioridade será dada ao fortalecimento do Conselho Municipal e Locais de Saúde, mas envolverá outras ações: a instituição dos Fóruns Regionais de Saúde; o desenvolvimento da ouvidoria de saúde, a colaboração com o Ministério Público para facilitar o exercício de sua função de garantia da relevância pública das ações e serviços de saúde; a oferta, através do Polo de Capacitação Permanente, de um programa de educação continuada dos conselheiros de saúde locais e municipais.[20] (p. 51)

Essa postura contradiz o que está posto na estratégia de gestão, uma vez que as formas não-institucionalizadas de participação, como os movimentos populares, as organizações não-governamentais e as reuniões com a comunidade são pouco valorizadas ou, até mesmo, desqualificadas pela maneira como ocorrem. Um olhar atento e uma escuta aguçada vão apontar que a população participa da construção do sistema de saúde, mesmo que nem sempre de forma organizada, isto é, em espaços instituídos.

Como afirmam Dalbello-Araujo[22] e Quintanilha[23], as realidades produzidas pelos usuários trazem inúmeros desconfortos para os serviços e produzem diversas interferências em seu funcionamento, porque sua existência foge à regra e sua presença produz tensão, gera conflito, exige mudança de posturas. Quintanilha[23] mapeou os jogos de força que perpassam as relações entre profissionais e usuários no cotidiano dos serviços e percebeu que eles se utilizam de diversos meios para anunciarem o que pensam e querem. Por isso, as autoras afirmam que há uma participação que se produz no cotidiano de cada serviço de saúde, não instituída e até mesmo desqualificada.

Nos documentos oficiais e na prática, o que se apresenta é uma espécie de modelo a seguir, destinado àqueles que querem contribuir com o setor saúde. Todavia, espera-se que todas as práticas que não obedeçam a "formalidade" do funcionamento dos conselhos de saúde não sejam reconhecidas como mecanismos legítimos de participação. De modo contrário, podem inclusive ser interpretadas como manifestações sem propósito, perturbadoras da harmonia e do funcionamento dos serviços de saúde.

Conforme salienta Foucault[24], a perspectiva de se promover a liberdade é própria do liberalismo, ainda que não a aceite. Na medida em que ele fabrica essa liberdade, ocupa-se em manipulá-la a cada instante em nome da segurança da população, garantindo assim a manutenção dos seus interesses.

Logo, os conselhos de saúde simbolizam a materialização dessa liberdade relativa à participação no sistema de saúde e estão ligados diretamente à estrutura hierárquica das secretarias municipais. É justamente esse jogo de liberdade e segurança que se apresenta no reconhecimento dessa forma de participação. Ou seja, aquilo que é passível de controle pelo governo é reconhecido, mas as demais formas de manifestação não são valorizadas.

Esse cerceamento e/ou limitação da participação cidadã e do controle social refletem diretamente sobre as práticas educativas desenvolvidas no SUS. O apoio aos movimentos sociais que se organizam e lutam pelo direito a saúde praticamente inexiste por parte dos serviços de saúde. Uma educação

em saúde alicerçada pelos valores da Reforma Sanitária precisa estar comprometida com a formação política, quer no âmbito local ou municipal.

Entretanto, o que se percebe nos conselhos de saúde é o predomínio do caráter fiscalizador dessa instância sobre a pedagogia cidadã da participação[12]. Isto é, um espaço que deveria ser referência para a democracia deliberativa, onde toda a população pudesse de fato se manifestar, vem cada vez mais se impregnando da estrutura rígida e morosa que é a máquina burocrática, ficando muito aquém do que poderia contribuir para o desenvolvimento de um sistema de saúde comprometido com as necessidades da população.

Educação em saúde como recurso para vigilância da população

Ao longo da análise das atas do conselho municipal de saúde, o termo educação em saúde foi mencionado em diversas vezes no período (Tabela 1), merecendo destaque o ano de 2010, no qual o assunto foi citado mais vezes devido aos convites recebidos pelo conselho para a participação em eventos relativos ao tema.

Tabela 1. Número de atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e citações do termo educação em saúde entre 2005 e 2012.

Ano	Ordinárias		Extraordinárias	
	Nº de atas	Nº de citações	Nº de atas	Nº de citações
2005	10	2	7	0
2006	12	0	6	2
2007	12	1	6	0
2008	12	1	4	1
2009	12	2	4	2
2010	11	7	7	1
2011	12	2	9	1
2012	10	6	5	2
Total	91	21	48	8

Entretanto, por se tratar de um conceito polissêmico, há que se considerar o sentido que lhe é atribuído pelos presentes e o lugar que ocupa na pauta de reuniões. Nesse sentido, observou-se que a maioria das menções ao termo educação em saúde, identificada no texto, fazia alusão ao chamado modelo tradicional da educação em saúde[4].

Esse modo de compreender a práxis educativa se ancora na transmissão de informações, neste caso, informações sobre doenças pautadas no referencial biologicista. O modelo de educação em saúde priorizado nesse contexto é marcado por um discurso higienista e normalizador, em que, por intermédio dos profissionais de saúde, os sujeitos são civilizados e moralizados, são induzidos a adotarem atitudes e comportamentos individuais, supostamente capazes de manter sua saúde. Dessa forma o entendimento sobre educação em saúde se restringe à transmissão de informação. Considera-se, portanto, que o problema é a falta de informação e que, formando multiplicadores, é possível mudar comportamentos.

Conforme assinala Iglesias[25], os profissionais, munidos dessa convicção, frequentemente utilizam um modelo educativo behaviorista, que entende que cabe a eles ensinar ao usuário o modo ótimo de estar na vida. Nesse contexto, o usuário é envolvido no cumprimento das determinações e como propagador das informações passadas pelos profissionais de saúde, como "multiplicadores".

As referências à educação em saúde presentes nas atas das reuniões do Conselho Municipal mencionam um entendimento que se caracteriza pela normativa das ações e pela transmissão vertical das informações, no qual o saber técnico sobrepõe-se ao saber popular[8]. Além disso, traz o pressuposto de que a prevenção das doenças deriva da mudança de atitude e dos comportamentos individuais.

Esse modelo de ação educativa vai ao encontro daquilo que Foucault[26] convencionou chamar de normalização disciplinar. O mecanismo consiste em colocar um modelo ótimo, cujo arcabouço é estruturado em função de certo resultado. Logo, "procura tomar as pessoas, os gestos, os atos, conforme a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz"[26].

> O conselheiro [...] lembrou que é importante a educação da comunidade para criação de bons hábitos.[27] (p. 3)

> Apresentou a proposta dos indicadores para os anos de 2010-2011 [...] realizar atividade educativa sobre a temática nutricional com relação ao consumo de sódio, açúcar, gordura, para o setor produtivo e população – a meta para 2010-1011 é desenvolver um programa de educação sanitária.[28] (p. 2)

Essa concepção hegemônica de educação em saúde esteve presente desde o início da primeira gestão, mantendo sua frequência ao longo dos dois governos. Surge geralmente como pauta nas reuniões, tanto das ordinárias quanto das extraordinárias. Entretanto, embora sua importância seja ressaltada, sua menção ocorre pontualmente, com pouco conteúdo e sem qualquer debate ou reflexão acerca de sua operacionalização.

Outra questão pertinente diz respeito ao atrelamento das ações educativas aos programas de saúde e/ou agravos específicos. São comuns algumas menções como:

> Disse que estão implementando as ações de educação em saúde sobre a tuberculose nas Unidades de Saúde.[29] (p. 2)

> A conselheira [...] acredita que as ações educativas são de grande importância para a população na prevenção da dengue.[30] (p. 1)

> Falou que o Plano de Ações e Metas para DST/AIDS está dividido em 3 eixos temáticos: Promoção; Diagnóstico, Tratamento e Assistência; Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional. No ponto de promoção destacam-se: elaboração de material gráfico educativo para três populações.[31] (p. 2)

Embora as ações do Ministério da Saúde para a atenção básica preconizem, entre outros, a participação popular, o controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, torna-se evidente a perpetuação de práticas assistencialistas, compartimentalizadas e medicalizantes nos serviços de saúde.

Conforme advertem Albuquerque e Stotz[3], essas atividades de educação em saúde são geralmente realizadas conforme o programa da ocasião ou a epidemia em curso no momento. Logo, não há uma preocupação com a continuidade das ações, tampouco com a integralidade dos processos.

Outra questão que cabe ressaltar é que grande parte das ações propostas para a educação em saúde possui como cenário de desenvolvimento o ambiente escolar.

> O conselheiro [...] falou da importância da educação em saúde ensinada nas escolas e veiculada na mídia.[32] (p. 3)

> A Drª. [...] apresentou dados epidemiológicos relativos à AIDS no município de Vitória. Em sua apresentação falou que na área de promoção à saúde é proposto a produção de material informativo para a população, além de palestras educativas na rede educacional do município.[33] (p. 3)

> [...] as propostas para o programa (Saúde Escolar) são: [...] ações de promoção da saúde e prevenção de doenças: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva, cultura da paz e prevenção das DST/AIDS, uso indevido de drogas e violências.[34] (p. 1)

Em relação ao privilégio da infância e da medicalização da família, Foucault[35] afirma que "não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida". Percebe-se, na análise dos documentos, que a escola continua sendo considerada como o espaço da educação por excelência, ou seja, o local onde se normatiza a infância, com o objetivo de viabilizar as condições necessárias para garantir a sobrevivência das crianças, a fim de que o seu desenvolvimento se torne útil para a sociedade.

Ao contrário do discurso pautado no que diz respeito à cidadania e no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, essa concepção de educação formal, ou seja, gerida no ambiente escolar e que almeja reger o modo de ser e viver dos indivíduos adquire contornos de vigilância. Ao se propor a disciplinar os corpos, coloca-os diante a conformidade da regra e submetem-nos "a uma perpétua pirâmide de olhares"[35] (p. 106).

A administração municipal espera reproduzir práticas de educação em saúde dentro do ambiente escolar, reforçando que a relação ensino-aprendizagem se dá, por excelência, nos espaços formais e instituídos da educação. A escola passa assim a representar o lócus do ensino em saúde. Daí, então, que as práticas esperadas pelo município também se balizam por uma experiência professoral, pautada na transmissão de conhecimentos considerados "corretos", destinados a crianças que deverão "aprender" e consumir o discurso da saúde de forma normativa.

Desse modo, a educação em saúde segue impregnada por sua concepção tradicional, sendo estrategicamente utilizada como mecanismo de controle da sociedade. Torna-se, sobretudo, endereçada às populações mais pobres, com o objetivo de garantir manutenção da força de trabalho e a proteção contra os perigos gerais causados, interesse último das classes políticas e econômicas com maior poder aquisitivo.

Educação Popular em Saúde na gestão municipal: estratégia de gestão participativa ou nova forma de controle?

Mesmo com a orientação do Ministério da Saúde de fortalecer os processos que envolvem o desenvolvimento do controle social e das práticas de educação em saúde em perspectiva dialógica nos serviços, por intermédio da criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa em 2005, embasada pelos pressupostos da Educação Popular, a Semus não pautou essa questão ao longo da primeira gestão de governo em análise.

Embora a maioria das menções relativas a educação em saúde, presentes nas atas ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde, façam alusão a ações pontuais e direcionadas a programas e/ou agravos específicos, constatou-se a presença de algumas inserções da temática da Educação Popular em Saúde a partir de 2009, ano de início da segunda gestão.

Segundo Vasconcelos[36], a Educação Popular tem por finalidade trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, de modo a desenvolver estratégias coletivas de aprendizado e investigação, cujo objetivo seria promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Configura-se, portanto, em uma maneira de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

Inicialmente, o tema Educação Popular em Saúde figurou na pauta de uma reunião extraordinária por intermédio de um convite recebido pelo Conselho Municipal de Saúde, solicitando o envio de representantes para um congresso, onde o assunto seria discutido.

> O Secretário Executivo informou que o Conselho Municipal de Saúde recebeu um convite para participar do 8º Congresso Nacional da Rede Unida [...]. A SEMUS participará com um representante da gestão. Falou que a temática é educação, trabalho e cidadania. Uma das discussões centrais é o debate sobre educação popular. Falou da importância de discutir a implantação da educação popular pela Secretaria Municipal de Saúde. Sugeriu um membro para participar do congresso para se apropriar desta discussão e que no retorno possa começar a discutir ações para a política de educação popular.[31] (p. 3)

Posteriormente, esse assunto voltou a ser mencionado em duas ocasiões no ano de 2010. Em ambas as oportunidades, o tema novamente foi colocado em pauta mediante o recebimento de convites para a participação em eventos, a saber: o Encontro Regional de Educação Popular em Saúde e o III Encontro Nacional da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (Aneps). Nesse sentido, tal qual a representação do Conselho Municipal nos eventos, o repasse das informações dos congressos ao conselho também é de fundamental importância. No entanto, quando ocorre, é de modo muito frágil.

Mesmo que o plano de governo da segunda gestão tenha se comprometido em "promover espaços de participação e articulação dos profissionais com os movimentos de educação popular em saúde"[37] (p. 100), o que se constatou, nas atas do Conselho Municipal, foram apenas menções pontuais ao termo, que não alcançaram a profundidade necessária. Sem debater a questão com maior amplitude, despreza-se a oportunidade de refletir sobre o reconhecimento, a importância e, sobretudo, o desenvolvimento de práticas educativas orientadas pelos princípios da Educação Popular em Saúde, desvirtuando seu sentido.

A aposta teórica e prática da Educação Popular visa superar o próprio setor saúde ao propor a formação crítica dos representantes da sociedade civil de caráter popular, no sentido de ampliar a consciência e compreensão das condições de vida, bem como as relações existentes com a saúde, configurando-se em esteio para os movimentos e lutas em defesa da qualidade de vida, cidadania e controle social[38].

Passados dois anos sem citação nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Vitória, o tema foi retomado, em 2012, em algumas oportunidades. Primeiramente, surge como tema do ciclo de palestras promovido pela Escola Técnica do SUS – ETSUS, que convida os conselheiros municipais para o evento. Logo após, surge o convite e a indicação dos membros do conselho para o Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde (Eneps), cujo tema foi "Educação popular como estratégia de controle social no SUS". Durante o repasse das informações sobre o evento na reunião seguinte, os representantes afirmaram que o Eneps "foi muito rico e permitiu a convivência com parteiras, umbandistas, benzedeiras, ou seja, uma riqueza de Brasil"[39] (p. 4).

Ainda que timidamente e aproximando-se do final do mandato da gestão 2009-2012, o Conselho Municipal de Saúde

> sugeriu a constituição de um comitê estadual de educação popular sediado e mantido pelo Conselho Municipal de Saúde de Vitória. A intenção é organizar e ter um espaço de diálogo e discussão sobre todas as iniciativas de educação popular em saúde no município. A ideia é que o comitê organize essas atividades e amplie esse movimento. O presidente sugeriu a realização do encontro municipal de educação popular em dezembro, onde poderia ser criado o comitê.[40] (p. 5)

Nesse processo que conduziu a realização do I Encontro de Educação Popular em Saúde de Vitória, algumas inquietações figuram como objeto de reflexão: Por que fomentar um encontro dessa natureza apenas no final da gestão, ainda que o tema estivesse pautado desde o início no Plano Municipal de Saúde? Qual a motivação do Conselho Municipal de Saúde em propor um evento que não constava em sua programação anual e que ocorreu de maneira tão rápida entre sua concepção e realização? Como esse comitê poderá ser de fato um espaço de diálogo, troca de experiência, respeito à cultura popular e de gestão participativa se, diferentemente de outras experiências do país, ele não foi concebido nos movimentos populares de saúde, pois já nasce institucionalizado, ou seja, está ligado aos interesses da máquina administrativa? Como ampliar o debate sobre a Educação Popular para além do comitê, de modo a envolver todos os trabalhadores dos serviços de saúde da Semus?

Torna-se evidente, portanto, que não se trata apenas de caracterizar a Educação Popular em Saúde como uma realidade na capital capixaba. Para que se torne de fato uma estratégia de gestão participativa[41], é preciso, anteriormente, ter o zelo necessário de apresentar a lógica de seus pressupostos, tanto para os conselheiros de saúde quanto para os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e, sobretudo, para a população.

Outra análise refere-se à organização do processo de trabalho, que caracterizou a educação em saúde como uma ação de "vigilância" no período de 2005 a 2012. Esse deslocamento feito pela

Secretaria Municipal de Saúde implica na realização de uma ação, mensurada a partir de indicadores estatísticos: índices, metas, número de ações, entre outros.

Do ponto de vista no qual se entende a educação em saúde como uma prática dialógica, é possível inferir que a ação deverá ser cobrada como um número (ou indicador) e não por meio de uma perspectiva que vise ao encontro de pessoas, suas histórias e experiências. Quando a educação em saúde se torna um indicador a ser perseguido pela vigilância, retira-se a perspectiva dialógica e qualitativa da ação e insere-se a perspectiva numérica e quantitativa das metas a serem alcançadas pela administração municipal.

Esse deslocamento, proposto na organização do trabalho da Secretaria Municipal, irá implicar diretamente o debate no Conselho de Saúde. Uma vez que a educação em saúde se torne uma ação "de vigilância", o conselho deverá se posicionar sobre ela com o papel fiscalizador, esvaziando, ainda mais, o caráter político de discussão e debate sobre as práticas político-pedagógicas de educação em saúde com caráter de Educação Popular.

A estratégia de deslocar a educação em saúde para uma área organizacional da vigilância parece algo que pertence somente a um novo arranjo da organização do processo de trabalho. No entanto, entende-se que essa estratégia sugere a ratificação de um processo que já vinha há tempos se projetando para tal: a) organiza-se a educação em saúde por doenças ou agravos; b) considera-se somente as práticas produzidas nos espaços formais da educação (unidades de saúde e escolas) e, por último; c) organizam-se ações a partir de indicadores numéricos a serem fiscalizados pela vigilância.

Essa estratégia biopolítica de transformar em "processos" práticas que se davam em uma relação "inteira" com seres humanos, acabam por transformar a educação em saúde em algo esvaziado de sentido pelos trabalhadores do SUS, uma vez que a prática se torna uma série de "procedimentos" a serem acompanhados de forma processual. E, ainda, dos conselhos de saúde será pautada uma agenda fragmentada, desvinculada de lutas políticas maiores ou como se não pertencessem a uma dimensão maior de trabalhar em prol da saúde como uma militância política que defende a vida.

Quem perde com isso são os usuários do sistema público de saúde, que, cada vez mais, demandam informações e diálogo como uma boa prática e exercício de democracia no sistema de saúde brasileiro.

Conclusões

Os documentos oficiais, produzidos entre 2005 a 2012, evidenciaram a opção da política municipal pela construção de uma gestão participativa e democrática, acompanhando as diretrizes do Ministério da Saúde expressas em políticas como o ParticipaSUS.

Embora estivessem resumidas, as atas das reuniões do Conselho de Saúde analisadas apresentaram boa organização em sua estrutura. Os pontos de pauta estavam separados dos informes e os autores das principais falas estavam identificados, possibilitando que esses documentos fossem eleitos como fonte de dados para esta pesquisa. Cabe ressaltar que não houve qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso ao material e que as atas mais recentes estão disponíveis por meio eletrônico na internet.

Assim, observou-se que, cada vez mais o Conselho de Saúde se torna parte da engenharia política da máquina administrativa, corroborando com Vasconcelos[42] quando afirma que essa estrutura juntamente com as conferências de saúde têm se empenhado, sobretudo, a temas relativos à gestão e ao planejamento das políticas de saúde. Não contempla a articulação e o apoio às práticas em uma perspectiva dialógica e participativa de enfrentamento das necessidades de saúde na sociedade.

A principal concepção de educação em saúde que emana das atas se orienta pelo modelo hegemônico, tradicional, caracterizado pelo emprego de ações pontuais, verticalizadas e ancoradas no saber técnico. Esse entendimento das práticas educativas não favorece a autonomia e o respeito à subjetividade dos sujeitos. Configura-se, portanto, como estratégia de vigilância de Estado, uma vez que disciplina os corpos individuais, impondo-lhes um "modelo correto" a ser seguido, traduzido pela "indiscutível" adoção do hábito saudável de vida.

Somente durante a segunda gestão, outra concepção de ação educativa foi mencionada nos debates do Conselho Municipal. A Educação Popular em Saúde, orientada pelo processo dialógico,

figura esporádicas vezes, geralmente de modo pontual e ligada a convites a participação em eventos da área. No fim do último ano de governo, é proposta a criação do Comitê de Educação Popular em Saúde e a realização do I Encontro Municipal de Educação Popular em Saúde de Vitória, sem que houvesse maior amplitude na discussão sobre o assunto.

Nesse sentido, ampliar e reconhecer as diferentes formas de participação e controle social no município de Vitória faz-se necessário para o fortalecimento do sistema de saúde local. Além disso, é preciso ampliar o debate acerca do modelo dialógico da educação em saúde, referenciado no ParticipaSUS pelos pressupostos da Educação Popular, de modo a promover um sistema mais justo, equânime, participativo e em sintonia com as reais necessidades da população.

Por ora, cabe ainda considerar que o deslocamento das ações de educação em saúde para a vigilância posiciona o debate sobre o tema dentro dos conselhos como algo que deve ser regulado ou fiscalizado. Perde-se a dimensão que a participação popular é algo que dá a diretriz na gestão social da política pública e sugere uma proposta política de controle ou unicamente "monitoramento" do cumprimento ou não da prática em si. Isso esvazia o caráter de qualificar a política pública que o Conselho de Saúde tem, transferindo até mesmo as práticas mais fundamentadas nas relações humanas para números a serem quantificados, cabendo ao conselho conferir se a meta foi alcançada dentro de indicadores preestabelecidos, o que caracteriza um conselho de saúde como "externo", "exógeno" à criação e a gestão das políticas públicas de saúde.

Colaboradores

Welington Serra Lazarini foi responsável pela concepção, análise e escrita do artigo. Francis Sodré participou como orientadora da pesquisa. Maristela Dalbello-Araújo contribuiu fortemente com a revisão final do texto.

Referências

1. Côrtes SMV. Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 102-28.

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS: Síntese do Relatório. Brasília (DF): MS; 2008.

3. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface (Botucatu). 2004; 8(15):259-74.

4. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):39-52.

5. Besen CB, Souza Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Peres MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. Saude Soc. 2007; 16(1):57-68.

6. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Malhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2539-50.

7. Schall VT, Stuchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas [editorial]. Cad Saude Publica. 1999; 15(2):4-5.

8. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

9. Pedrosa JI S. Educação Popular, saúde, institucionalização: temas para debate. Interface (Botucatu). 2001; 5(8):137-8.

10. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2455-64.

11. Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Manuel Suárez J, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 353-83.

12. Escorel S, Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 229-47.

13. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

14. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. Relatório de gestão 2009 [Internet]. Vitória; 2010 [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2009.pdf

15. Lüdke M, André MEDA. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: Lüdke M, André MEDA, organizadores. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. p. 25-44. cap. 3.

16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.

17. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ. 2008; 16(4):569-76.

18. Bauer MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 189-221.

19. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

20. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. Plano Municipal De Saúde 2006-2009 [Internet]. Vitória; 2005 [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2006_2009.pdf

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. 2a ed. Brasília (DF): MS; 2009.

22. Dalbello-Araújo M. O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social [tese]. Vitória (ES): Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo; 2005.

23. Quintanilha BC. Participação rizomática: um modo de participação social no sistema Único de Saúde [dissertação]. Vitória (ES): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo; 2012.

24. Foucault M. O nascimento da Biopolítica: curso no Collège de France, 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

25. Iglesias A. Em nome da Promoção à Saúde: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES [dissertação]. Vitória (ES): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

26. Foucault M. Segurança, território, população: curso no Collège de France, 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

27. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Secretaria de Saúde. Ata da 66ª reunião ordinária realizada no dia 09 de setembro. Vitória; 2010.

28. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Secretaria de Saúde. Ata da 60ª reunião ordinária realizada no dia 11 de março. Vitória; 2010.

29. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Ata da 47ª reunião ordinária realizada no dia 08 de janeiro. Vitória; 2009.

30. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Ata da 27ª reunião extraordinária realizada no dia 17 de abril. Vitória; 2009.

31. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Ata da 45ª reunião ordinária realizada no dia 13 de novembro. Vitória; 2008.

32. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Secretaria de Saúde. Ata da 62ª reunião ordinária realizada no dia 13 de maio. Vitória; 2010.

33. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Ata da 32ª reunião ordinária realizada no dia 11 de outubro. Vitória; 2007.

34. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Ata da 26ª reunião extraordinária realizada no dia 25 de novembro. Vitória; 2008.

35. Foucault M. Microfísica do poder. 8a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

36. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis. 2004; 14(1):67-83.

37. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. Plano Municipal De Saúde 2010-2013 [Internet]. Vitória; 2009 [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf

38. Valla VV, Stotz EN. Apresentação. In: Valla VV, Stotz EN, organizadores. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 7-8.

39. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Ata da 89ª reunião ordinária realizada no dia 16 de agosto. Vitória; 2012.

40. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Ata da 51ª reunião extraordinária realizada no dia 25 de setembro. Vitória; 2012.

41. Pedrosa JI S. Educação Popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Rev APS. 2008; 11(3):303-13.

42. Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato L VC. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 270-88.

Lazarini WS, Sodré F, Dalbello-Araujo M. El debate sobre educación en salud en el ámbito del Consejo Municipal de Salud de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1227-1240.

Se analizó la relación entre educación en salud y la política de participación de control social en salud de la Secretaría Municipal de Salud de Vitória, Espírito Santo, Brasil entre 2005 y 2012. Se realizó un análisis documentario en los ámbitos municipales de salud, informes de gestión y en 139 actas del Consejo Municipal de Salud. Quedó claro que la gestión orientó su política por la participación, pero se limitó al Consejo Municipal de Salud. La educación en salud se trató puntualmente durante las reuniones. Al ser debatida, se consideró como modelo tradicional, configurándose en estrategia para vigilancia. La educación popular en salud se mencionó en el segundo gobierno, pero sin redefinición de las prácticas. Se muestra la necesidad de reconocer las diferentes formas de participación social y ampliación del debate sobre el modelo dialógico de la educación en salud.

Palabras clave: Educación en salud. Participación social. Consejo de Salud.

Recebido em 31/05/2013. Aprovado em 08/12/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0322

Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero:

contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista

Sônia Maria Dantas Berger[a]
Regina Helena Simões Barbosa[b]
Cecília Teixeira Soares[c]
Cláudia de Magalhães Bezerra[d]

Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, Bezerra CM. Educating Community Health Agents to face gender violence: contributions from Popular Education and feminist pedagogy. Interface (Botucatu). 2014;18(supl):1241-1254.

Partial results of an action research that investigated gender violence in the Family Health Program are presented. Special attention was given to the Community Health Agents, considered as strategic actors in the assistance provided for women who are involved in violent relationships. Among the research and educational activities that were developed, workshops were held to discuss research results with the Community Health Agents. Taking popular education and feminist pedagogy as conceptual premises, we concluded that the workshops represented a useful political-pedagogic resource that facilitated a fertile dialogue between academia and health services. In addition, they offered visibility and recognition to the Community Health Agents' voices and also to their rich life and work experiences, contributing to a collective construction of knowledge that strengthens a praxis committed to transformations in health assistance and in the broader social relations.

Keywords: Gender violence. Community health agent. Action research. Popular health education. Health education.

Apresentam-se resultados parciais de uma pesquisa-ação que investigou a violência de gênero na Estratégia Saúde da Família, com especial atenção sobre as Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs), atores estratégicos na atenção a mulheres em situação de violência. Dentre as atividades de pesquisa e intervenção desenvolvidas, incluem-se oficinas com as ACSs para a discussão dialogada dos resultados da pesquisa. Tomando-se como referência os pressupostos da Educação Popular e da pedagogia feminista, conclui-se que as oficinas representaram um valioso recurso político-pedagógico, permitindo uma fecunda interação dialógica entre academia e serviços de saúde e oferecendo visibilidade e reconhecimento às vozes e às ricas experiências de vida e trabalho das ACSs contribuindo, assim, para uma construção compartilhada do conhecimento que fortalece práxis comprometidas com transformações na assistência à saúde e nas relações sociais mais amplas.

Palavras-chave: Violência de gênero. Agente Comunitária de Saúde. Pesquisa-ação. Educação popular em saúde. Educação em saúde.

[a] Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF). Rua Marquês de Paraná, 303 (anexo), 3º andar, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24030-215. sdantasberger@gmail.com
[b] Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. reginacasa@gmail.com
[c] Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. tsoares_cecilia@ yahoo.com.br
[d] Doutoranda, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. claudiabez@gmail.com

Apresentação

O tema das violências perpetradas contra crianças, adolescentes e mulheres, em especial das violências baseadas em gênero, vem adquirindo crescente importância nas agendas de saúde, com ênfase sobre o papel estratégico de equipes de saúde na identificação, acolhimento e encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados. Porém, apesar de alguns avanços nas políticas públicas para redução da morbimortalidade por violências, promoção da saúde e garantia dos direitos humanos, ainda se constata uma atuação desarticulada entre o setor saúde e as redes intersetoriais de atenção à violência, além de uma formação profissional limitada para lidar com os complexos e delicados problemas sociais que perpassam a assistência à saúde, em especial o da violência.

Neste artigo serão apresentados e discutidos resultados parciais de uma pesquisa-ação (PA)[e] orientada por um conceito crítico de gênero[1,2] e pelos pressupostos político-epistemológicos da Educação Popular e da pedagogia feminista que, entre outros objetivos, desenvolveu, com as ACSs[f] da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro, um processo de construção compartilhada de conhecimento que contribuiu para o reconhecimento e fortalecimento do trabalho dessas profissionais diante do problema da violência de gênero. Considerou-se a relevância desse tema para a formação profissional diferenciada desses atores que, em sua maioria, são mulheres as quais vivem e convivem com situações de precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional[4]. Assim, mediante um rico e intenso processo de interação relacional e dialogada, buscou-se contribuir para o processo de integração da violência de gênero na ESF a partir do "olhar", da experiência e do trabalho das ACSs, aqui reconhecidas como simultaneamente sujeito e objeto do conhecimento e das ações na atenção básica em saúde.

A PA interagiu e articulou ACSs de algumas áreas programáticas do Rio de Janeiro em situações e momentos de pesquisa individuais e coletivos diversos, realizando-se entrevistas semiestruturadas, seminários de restituição de dados, levantamento situacional, oficinas de reflexão e visitas de intercâmbio a serviços da rede de violência, entre outros. Neste artigo, será privilegiada a análise das oficinas temáticas voltadas tanto para a devolução dialogada e ampliada (com entrevistadas e não entrevistadas) dos resultados da primeira etapa da PA, como para uma intervenção educativa voltada para a construção compartilhada de conhecimentos sobre gênero, violências e saúde, partindo-se da visão e experiências dos sujeitos-participantes.

O pano de fundo teórico e metodológico apoia-se tanto na extensa experiência do movimento de mulheres com o corpo e a saúde, como nas concepções pedagógicas de Paulo Freire, teórico da educação que compreende que o processo educativo deve estar referido a uma "visão de mundo" – simbólica e concreta – comprometida com o alargamento da consciência crítica dos sujeitos e, como decorrência, com seu engajamento em ações de transformação social[5].

Assim, ao longo do processo de PA, reconhecendo-se os saberes e experiências dos atores envolvidos no processo de investigação e intervenção, dando voz e vez às suas questões e demandas, foi possível construir coletivamente alguns caminhos para a transformação da realidade social. No que diz respeito ao enfrentamento das situações de violência de gênero no cotidiano de vida e trabalho das equipes da ESF, destaca-se a importância da Educação Popular em Saúde (EPS) na gestão cotidiana do SUS, tendo-se em conta especialmente os princípios ético-políticos do direito universal à saúde e da integralidade do cuidado.

[e] Pesquisa-ação "A violência de gênero e o trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família: o papel do/a Agente Comunitário/a de Saúde na mudança do modelo assistencial", implementado por meio do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).

[f] Por tratar-se de uma categoria profissional majoritariamente constituída por mulheres, e considerando-se ser esta uma profissão atravessada pelas relações de gênero[3], usaremos a referência no feminino. Quando, e se, houver alguma situação em que a identificação do gênero masculino seja relevante, a distinção será feita.

A atenção às violências e à formação em saúde: o papel da ESF e das ACSs

Apesar de os profissionais de saúde, em especial os que atuam na ESF, estarem em posição privilegiada para identificação e acolhimento das pessoas em situação de violência, inclusive a violência doméstica e sexual, nem sempre foram devidamente sensibilizados, capacitados e/ou reconhecidos em suas potencialidades para a abordagem de temáticas complexas como as envolvidas nesse tipo de atendimento[6].

Além dos aspectos clínicos e epidemiológicos, pouco se tem preparado qualitativamente profissionais e equipes de saúde para abordagem de temas delicados que demandam saber lidar com as próprias emoções, percepções e experiências sobre o problema, o que transcende, em larga medida, os limites da formação biomédica, centrada nas dimensões biológica e individual e voltada para a busca de patologias bem definidas, o que não é o caso da violência, uma "dor sem nome"[7] (p. 94).

Um dos aspectos centrais nas propostas de capacitação para acolhimento da violência entre parceiros íntimos, que irrompe nos serviços de saúde com frequência, diz respeito à necessidade de maior reflexão e compreensão dos profissionais sobre os limites das intervenções com mulheres que vivem com parceiros autores de agressão: os médicos e a equipe de saúde são impotentes para tratar, medicar ou tentar "consertar" tal situação. Muitas vezes, precisam aprender a não "julgar" as atitudes daquelas agredidas que, embora peçam ajuda, optam por permanecer na relação. Caberá ao profissional de saúde apoiar a mulher em suas decisões, buscando aumentar sua proteção e segurança, assim como a de filhos porventura envolvidos, e seu acesso a recursos como, por exemplo, aconselhamento jurídico e orientação profissional para inserção no mercado de trabalho[8].

Por essa razão, na literatura internacional, as experiências de formação de equipes de saúde para o enfrentamento das situações de violência recomendam estratégias pedagógicas que incorporem a reflexão coletiva calcada nas vivências e crenças dos profissionais, com o intuito de promover maior implicação destes com o problema e proporcionar uma atenção que vai além da atuação "técnica", e obrigatória, de notificação dos casos e da medicalização dos agravos e sofrimentos[9].

Porém, ao se atentar para algumas experiências brasileiras, observa-se que, em todos os níveis de atenção, ainda prevalece uma visão reducionista dos processos saúde-doença-cuidado, que limita as possibilidades de acolhimento das pessoas em situação de violência. Portanto, cabe problematizar se a estratégia de preconizar uma "cultura de paz" – que orienta a Política de Promoção da Saúde no SUS, assim como as ações dos núcleos locais e regionais que integram a Rede Nacional de Prevenção às Violências[10] – tem valorizado o diálogo com a população e com os profissionais de saúde, especialmente as ACSs, para melhor compreender como esses atores estão vivendo a vida e, em especial, como as violências nela se inserem.

Além disso, vale também questionar se os modelos de formação em saúde, frequentemente baseados em uma concepção pedagógica vertical e hierárquica, têm colaborado para as mudanças necessárias, no sentido de se fortalecer e articular esses profissionais-cidadãos nas lutas para transformar os determinantes sociais da saúde aí envolvidos.

No que se refere às capacitações das equipes de ESF que atuam em áreas violentas, o relatório do Conselho Nacional de Secretários de Saúde sobre o enfrentamento das violências destaca que essas equipes deveriam "desenvolver habilidades cognitivas para identificar possíveis violências no ambiente familiar e na comunidade"[11] (p. 43). Mais uma vez, valoriza-se a racionalidade e a cognição em detrimento de um olhar que, ao considerar a integralidade da questão, possa acolher o "sofrimento" dos/as trabalhadores/as de saúde que também lidam, em sua vida pessoal e profissional, com situações diversas de violência (social, urbana, institucional, estrutural, relacional).

Perguntamos: como ficam as ACSs, em sua maioria mulheres que, pelo atravessamento das questões de gênero, classe e raça, podem sofrer todo tipo de discriminação, exploração e opressão, tanto em suas vidas públicas, no trabalho e na comunidade, como no âmbito privado de suas relações familiares e afetivas, chegando, por vezes, a vivê-las nas duas esferas ao mesmo tempo?[12].

Valla et al.[13], em pesquisa sobre serviços de saúde situados nas favelas da Leopoldina/RJ, evidenciaram o quanto a violência, entrelaçada às situações de pobreza e privação, pode agravar as condições de saúde da população e afetar a saúde dos próprios profissionais. Segundo os autores,

[...] a combinação de ambos os fatores, pobreza e violência, geram condições de vida tão adversas para a saúde dos moradores dessas áreas que atender a essa população com resolutividade constitui-se num impasse para os profissionais que atuam nos serviços públicos. A convivência com tal desafio gera angústias [...], daí a necessidade de uma reflexão mais aprofundada e ampla sobre a saúde nestes contextos de violência.[13] (p. 281)

Em geral, observa-se que pouco se tem discutido, nas equipes da ESF, as especificidades e potencialidades decorrentes do fato das ACSs encontrarem-se em uma dupla vinculação – moradoras e trabalhadoras – com a unidade de saúde. Como pontuam Feuerweker e Almeida[14],

> Os agentes comunitários conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção.[14] (p. 23)

Essa posição singular – e contraditória – das ACSs no processo de trabalho em saúde as levam a conhecer e enfrentar, como membros da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e resolutividade que perpassam o sistema público de saúde e as políticas de proteção social em geral. Por outro lado, de modo nem sempre legitimado, tornam-se integrantes de uma equipe de saúde que reproduz as relações sociais de classe presentes em nossa sociedade[3]. Frequentemente, seus saberes são desconsiderados na produção do cuidado, quando não reduzidos a atividades burocratizadas de cadastramento das famílias.

Simões-Barbosa et al.[3], em pesquisa sobre o trabalho de ACSs sob uma ótica crítica de gênero, consideram "uma modalidade de trabalho precarizado, que se apropria da força de trabalho de mulheres pobres em países periféricos"[3] (p. 753). Para as autoras, existem vantagens relativas nesse trabalho que permitem às trabalhadoras conciliar tarefas produtivas e reprodutivas, mas que utilizam a ideologia da "mulher cuidadora" para manter aspectos de exploração. Na pesquisa,

> Os dados revelaram que as ACS se empenham para tentar responder – com os precários recursos de que dispõem – às enormes demandas e carências sociais de suas comunidades, o que gera estresse, sofrimento e doenças relacionadas, além de extensivas jornadas de trabalho, com baixa remuneração e vínculo precário.[3] (p. 751)

Por fim, é fundamental relacionar o trabalho de ACSs ao ideário do feminismo e dos princípios do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tão caros aos/às que são comprometidos com a promoção dos direitos das mulheres.

Segundo Villela e Monteiro[15], o "foco na família, a fragmentação das ações voltadas para a mulher" (p. 22), assim como o tipo de treinamento dado aos agentes comunitários que investe em um "desempenho técnico" e prioriza ações de saúde materno-infantil, vêm diluindo os pressupostos do PAISM[16]. Aquino[17], no mesmo sentido, resgata o importante papel dos movimentos sociais, com destaque para o feminismo, na valorização de conhecimentos críticos e práticas transformadoras em gênero e saúde, o que, ao nosso juízo, vem se tornando crescentemente ausente do cotidiano do SUS em tempos de políticas neoliberais, de mercantilização da vida e de esgarçamento dos coletivos de ação.

Os pressupostos feministas e freirianos: um diálogo fecundo para o acolhimento de pessoas em situação de violência

Em levantamento realizado entre os trabalhos de Educação Popular apresentados em evento da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação no período compreendido entre 2002 e 2006, Backes[18] constatou que, entre os 66 textos encontrados, apenas cinco fizeram alguma referência

a gênero, o que mostra que "o caminho para articular Educação Popular e gênero ainda está para ser construído"[18] (p. 8). Sendo assim, qual diálogo é possível?

No plano epistemológico, a elaboração conceitual e política da categoria "gênero" – que deu visibilidade a questões até então referenciadas à esfera do natural, do biológico – partiu da reflexão coletiva de mulheres sobre seus corpos, vivências e emoções enquanto mulheres para, posteriormente, gerar teorizações. Essa trajetória, que vai do concreto ao abstrato, do corpo para a razão, da experiência para a teoria, levou as mulheres a questionarem, entre outros paradigmas científicos, a própria racionalidade dicotômica do conhecimento ocidental, que separa razão e emoção[5,19]. Assim, o enfoque de gênero pressupõe, implícita e explicitamente, uma visão integrada, coletiva, crítica e transformadora do processo social, abarcando todas as dimensões da vida.

No plano pedagógico, as experiências das mulheres em grupos de reflexão, onde as (difíceis) vivências relacionadas ao corpo e à sexualidade, as conflituosas relações sociofamiliares e a problemática inserção no mundo do trabalho eram compartilhadas, problematizadas e, assim, compreendidas enquanto processos sociais amplos que afetam todas as mulheres, consubstanciaram-se em uma proposta educativa, cunhada como "oficinas de reflexão". Segundo Giffin[20], no campo da saúde, esse modelo inova pedagogicamente ao enfraquecer a hierarquização do processo educativo e valorizar o saber de cada um/a, além de operar um nivelamento entre os/as participantes.

Tais princípios ético-político-pedagógicos, oriundos do movimento de mulheres, guardam, assim, intensas afinidades com os pressupostos da "educação como prática de liberdade", como proposto por Freire[21].

A pedagogia freiriana apoia-se na concepção da educação enquanto um processo transformador, ancorado em uma relação baseada no diálogo, na escuta e no profundo respeito entre educador e educando, o que implica no reconhecimento e valorização da cultura do educando. Assim, o saber popular, forjado nas experiências de vida, é valorizado, respeitado e incorporado enquanto uma das dimensões (valiosas) do processo de construção do conhecimento. A criticidade e, correlatamente, a problematização do mundo "dado" são, assim, suas premissas[5].

Nesse contexto, o educador deve sempre ter consciência de seus condicionamentos – culturais, de classe, morais – e pensá-los (auto)criticamente, no sentido de evitar uma imposição cultural. Compreender e respeitar a cultura do educando é um desafio permanente que exige compromisso afetivo, além de uma relação de permanente diálogo, o que implica na desafiadora postura do "saber escutar".

Esse é um ponto central para o processo educativo relacionado à saúde e, particularmente, ás temáticas sensíveis envolvidas na atenção a situações de violência, pois estas remetem às dimensões subjetivas, emocionais, relacionais e culturais da vida humana, incluindo a sexualidade e as relações amorosas, o que pressupõe a reflexão sobre questões como diálogo, confiança, fidelidade e companheirismo, entre outras tão caras aos seres humanos[5].

Assim, ao buscarmos incrementar e articular o diálogo entre as perspectivas críticas de gênero e da Educação Popular, em sua essência potencialmente transformadora das relações e realidades sociais – incluindo-se as relações entre homens e mulheres –, apostamos na possibilidade de um caminho pedagógico que passa pelo indissolúvel vínculo entre teoria e práxis, racionalidade e emoção e, por fim, entre ciência, educação e política, o que implica no projeto de um mundo mais justo e solidário.

Aspectos metodológicos

A presente pesquisa dá continuidade a uma pesquisa-ação interinstitucional e interdisciplinar que explorou a dimensão de gênero no trabalho de ACSs[22].

Em consonância com a proposta metodológica do projeto original, adotou-se uma triangulação de métodos que combina abordagens qualitativas e quantitativas, capitaneadas pela PA[23,24]. A PA, como aqui compreendida, possibilita que os sujeitos sociais produzam, mediante um processo de construção compartilhada, um conhecimento crítico o qual, ao problematizar aspectos naturalizados da vida cotidiana, estimulam uma práxis coletiva que busca transformar uma realidade que passa a ser percebida como opressora e/ou injusta.

Na etapa de investigação formal, foram adotadas várias técnicas e estratégias metodológicas: entrevistas estruturadas (questionário) com gestores; entrevistas semiestruturadas com Agentes Comunitárias/os de Saúde; grupos focais com profissionais da Estratégia Saúde da Família; e análise documental. O uso do diário de campo norteou o registro das observações no cotidiano das unidades básicas e/ou clínicas da família e nas demais atividades de campo do projeto.

Além dos dados colhidos por meio de instrumentos formais de pesquisa, buscamos levantar informações e provocar reflexões em interação e diálogo permanente com os sujeitos da pesquisa, produzindo conhecimentos valiosos, gerados pelo próprio processo de PA que, assim, produz, além de um conhecimento "alargado", um "conhecimento em relação"[25].

Nas etapas iniciais, primeira e segunda, foi aplicado um questionário com 18 gestores da ESF e realizadas 18 entrevistas semiestruturadas com ACSs de áreas selecionadas, explorando seus conhecimentos e práticas sobre gênero e violência e sua avaliação crítica da formação profissional para acolhimento dos casos, constituindo-se um momento fundamental de reflexão conjunta entre pesquisadoras e ACSs, que respaldou e orientou o processo de intervenção educativa posterior.

A terceira etapa, cujos resultados serão aqui parcialmente apresentados e discutidos, incluiu um amplo programa educativo participativo, iniciado com a restituição dos resultados da pesquisa. Foram realizados cinco seminários para disseminação e discussão dos resultados preliminares com profissionais de três CAPs, envolvendo 161 participantes, dentre os quais 69 ACSs. Nesses encontros, já ficou nítido o interesse de ACSs, técnicos e gestores pelo tema.

Por fim, no desdobramento desse processo de restituição, foi possível avançar na proposta de formação diferenciada para qualificação do trabalho de ACSs na temática da violência de gênero. Por meio do Grupo Articulador Local de Violência (GAL) de uma das CAPs[g], envolvida em todas as etapas do projeto, foram planejadas e realizadas visitas de intercâmbio a serviços da rede de violência e duas oficinas temáticas, cujas dinâmicas e resultados serão discutidos a seguir.

[g] Coordenadoria de Saúde da AP 2.1- CAP 2.1/SMSDC/ RJ que abarca bairros e comunidades de Copacabana, Cosme Velho, Ipanema, Gloria, Gávea, Humaitá, Laranjeiras, Leblon, Jardim Botânico, Flamengo, Lagoa, Leme, São Conrado, Urca, Vidigal, Botafogo, Rocinha e Catete.

Resultados e discussão

As visitas de intercâmbio enquanto atividades de educação, intervenção e pesquisa

Durante a primeira etapa da pesquisa e nos debates dos seminários, foi identificada a limitação do conhecimento das ACSs e equipes da ESF sobre a rede de atenção a mulheres em situação de violência. Na intenção de propiciar uma aproximação com essa rede, o primeiro passo foi organizar "visitas de intercâmbio" a variados serviços e instâncias da atenção. Assim, formou-se um comitê com cinco duplas de ACSs da área da CAP 2.1 que visitaram diferentes serviços da rede. As duplas, duas contando com ACSs homens, foram selecionadas pelas respectivas gerências a partir do interesse e engajamento prévio no tema da violência doméstica.

Após orientações, e de posse de um roteiro elaborado pela equipe de pesquisa, cada dupla visitou um dos cinco serviços de referência, a saber: Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM/Centro, Centro Integrado de Atendimento à Mulher/CIAM Márcia Lyra, Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher da

Defensoria Pública/NUDEM, I Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães.

As visitas de intercâmbio trouxeram resultados significativos, pois produziram saberes baseados em experiências próprias das ACSs, que se envolveram e, posteriormente, compartilharam com as demais, de forma lúdica (uma dramatização), os novos conhecimentos. O roteiro de perguntas lhes deu segurança para obterem os dados necessários no processo de investigação-intervenção, facilitando posteriormente o compartilhamento das informações com suas equipes.

Posteriormente, em reunião de trabalho com a equipe de pesquisadoras e gestores da área programática, cada dupla apresentou sua visita, demonstrando vívido interesse, com críticas e sugestões que deram visibilidade às potencialidades e deficiências de cada instituição visitada, construindo-se, assim, um conhecimento coletivo situado e realista sobre a rede. Nesse processo, as ACSs sentiram-se valorizadas por serem recebidas pelas coordenações dos serviços e, certamente, os contatos estabelecidos passaram a fazer diferença nos encaminhamentos das mulheres em situação de violência.

Vale registrar que, na última oficina, um ACSs relatou ter voltado a um dos serviços para buscar cartilhas sobre a Lei Maria da Penha, que distribuiu na sua comunidade. A iniciativa desse profissional revela um avanço desde a situação inicial, em que as ACSs não tinham conhecimento nem acesso à rede, o que confirma as valiosas contribuições da EPS para a promoção da autonomia "possível" dos sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde[26].

As oficinas sobre gênero, violência e saúde com as ACSs: articulando gênero e Educação Popular

As oficinas foram planejadas de forma participativa, a partir da restituição dos resultados da pesquisa, acolhendo e incorporando as demandas de ACSs, técnicos e gestores. Os gestores e gerentes envolvidos, já sensibilizados pela proposta metodológica, identificaram locais apropriados para a realização das oficinas, selecionaram e convidaram equipes e ACSs com perfil multiplicador e/ou que já houvessem participado de alguma atividade prévia da pesquisa.

Foram realizadas duas oficinas com ACSs da CAP. 2.1, com o título "Gênero, saúde e violência: onde estamos metendo a colher?". Cada oficina contou com a participação de 25 a trinta ACSs, a maioria (cerca de 90%) mulheres, dois representantes da gerência (GAL), as pesquisadoras e as assessoras técnicas da pesquisa.

A primeira dinâmica, apelidada "O gênero em nossas vidas", promoveu a apresentação das participantes e uma sensibilização para o tema "gênero". Cada participante deveria identificar, a partir das letras de seu nome, duas características pessoais, uma feminina e outra masculina. Ao apresentá-las ao grupo, os estereótipos puderam, então, ser identificados e problematizados. A cada qualidade categorizada como masculina ou feminina, o grupo ria e questionava se tais traços eram realmente exclusivos de homens ou mulheres.

Assim, o grupo, de forma interativa, foi construindo o conceito de gênero, o qual pôde ser sentido, elaborado e posteriormente, resgatado em seu sentido histórico, conceitual e metodológico, seguindo o desafio apontado por Simões-Barbosa de "integrar teoria e práxis num processo contínuo e dialético, onde a teoria inspira um caminho inicial que vai sendo enriquecido e transformado pela experiência-ação"[5] (p. 130).

Essa dinâmica estimulou a participação de cada uma em seu próprio processo educativo, levando ao descobrimento de novos conteúdos e experiências[20]. Também propiciou a construção conjunta do conceito de violência de gênero, a partir dos "princípios essenciais para a educação popular em Saúde", conforme sistematizados por Pekelman[26]:

> [...] ser essencialmente participativa; explorar a percepção complexa do processo saúde-doença; valorizar o cotidiano; ampliar o campo de atuação em todas as ações cotidianas dos profissionais de saúde; incentivar a construção da autonomia dos sujeitos/atores.[26] (p. 296)

Valla et al.[13] refletem sobre a importância de se adotar metodologias que fomentem a reflexão e envolvam também a emoção dos participantes de tal forma que "pensem sobre o que veem e sentem, que se sintam desafiados, incomodados, indignados (no sentido freireano) pela não mobilização pessoal e coletiva"[13] (p. 282). Nesse sentido, durante as oficinas, pudemos perceber o fortalecimento de cada participante ao constatar seu saber valorizado, sentir-se à vontade para expor seus pensamentos, angústias e descobrir suas capacidades.

A referência ao sofrimento masculino em relação às questões de gênero foi um contraponto que fomentou e enriqueceu um possível (e desejável) diálogo entre homens e mulheres. Concluiu-se que, de formas e intensidades diferentes, todos sofrem com as desigualdades de gênero. Assim, os poucos homens participantes se sentiram contemplados em algumas de suas angústias, abrindo-se um espaço para se colocarem enquanto sujeitos de gênero.

As diversas formas de manifestação da violência de gênero na sociedade, sua abordagem nos serviços de saúde e o papel dos movimentos de mulheres foram analisados e discutidos em cinco subgrupos. Esse momento de trabalho em subgrupos foi nomeado "As violências contra as mulheres como questões de gênero, saúde e direitos humanos: o que dizem as e os Agentes Comunitários, as pesquisas e os movimentos sociais".

Cada subgrupo debateu um tema, uma vez que parte das frases e textos disparadores de reflexão eram trechos (anônimos) de depoimentos de ACSs entrevistadas na fase inicial da pesquisa, uma estratégia metodológica que ampliou e deu legitimidade à visão de mundo dos atores envolvidos. Após acaloradas discussões, cada grupo expôs suas reflexões utilizando outras linguagens, como cartazes feitos com recortes de revistas ou pequenas dramatizações. Assim, os/as participantes puderam manifestar sua criatividade e reelaborar no e com o coletivo, seus conhecimentos, ansiedades e expectativas.

Durante a discussão a respeito da violência entre parceiros íntimos, refletimos sobre os sentimentos de impotência e insegurança vivenciados pelas ACSs ao tentarem intervir em um conflito conjugal. Uma participante relatou que, ao entrar na residência de um casal e presenciar uma ríspida discussão, ofereceu-lhes o agendamento de atendimento médico e psicológico. Mesmo assim, essa profissional se sentiu frustrada porque, como avaliou, sua ajuda não foi eficaz nem suficiente.

Essa autoavaliação negativa foi questionada pelo grupo, que valorizou sua coragem de entrar na casa, mesmo sentindo a hostilidade do ambiente, de conversar com o casal e ainda oferecer assistência. Com o reconhecimento de seu trabalho pelo grupo, a ACSs pode ressignificar sua atuação profissional.

A partir dessas reflexões coletivas, concluiu-se que a violência é um fenômeno complexo que exige um longo processo para sua superação. Segundo Vasconcelos[27], alguns problemas são muito profundos para serem "curados", mas não para serem "cuidados":

> Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, colocando-se à disposição de acordo com as condições exigidas pelos mesmos e não com aquelas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida da família.[27] (p. 53)

Nesse processo, percebeu-se que não é possível resolver os problemas pelos outros, mas apoiá-los durante o processo de resolução, de forma que cada um/a escolha o seu caminho para superar uma relação marcada pela violência. Dessa forma, evidenciamos, como Rotelli apud Vasconcelos[27], o quanto o trabalho de apoio a famílias em situação de risco é dinâmico, perpassado por erros e acertos e com objetivos fluidos que vão sendo gradativamente modificados pelos sujeitos em processo de reflexão e mudança[27].

Essa problematização do tema resultou na ampliação da compreensão do conceito de violência, pois propiciou que os participantes identificassem outras formas de violência presentes no cotidiano, geralmente não percebidas porque naturalizadas, tais como a sobrecarga feminina com os trabalhos domésticos, a deficiência de serviços de saúde e o mau atendimento em serviços públicos em geral.

Na discussão sobre sexo forçado, se seria uma forma de violência nas relações conjugais, uma ACSs, que viveu essa situação com seu companheiro, relatou que sempre a considerou uma violência, revelando uma consciência crítica que percebe tal violência onde ela costuma estar banalizada. Uma

das situações que melhor ilustram o alargamento da compreensão crítica do mundo foi quando uma ACSs apontou, como uma das manifestações de violência, opressão e discriminação contra as mulheres, a "ditadura da magreza" que, ao impor um padrão de beleza inalcançável para a maioria das mulheres, provoca sofrimento e (auto)rejeição. Essa ACS foi ovacionada pelas companheiras, que certamente se identificaram com o problema.

A próxima etapa da oficina foi denominada "Agentes Comunitários em ação: conhecendo e entendendo a rede de atendimentos a mulheres e famílias em situação de violência", na qual os dez ACSs, que visitaram serviços da rede, criaram uma dramatização a partir de um caso real, baseada no depoimento de uma ACS participante que viveu e superou uma situação de violência conjugal. Ela própria não participou da encenação, pois foi a responsável pelo roteiro e direção da dramatização, tendo o seu "papel" (real) representado por outra ACS.

A abertura foi feita por uma narradora, que contava a história de vida dessa mulher, mostrando que a violência já estava presente em seu meio sociofamiliar desde antes do seu nascimento. A encenação inicia-se com uma briga entre a ACS, jovem adulta, e seu companheiro, que a agride fisicamente porque ela insiste em querer estudar. Os principais ingredientes de uma história de violência conjugal estão presentes, como as dúvidas quanto a denunciar ou não, onde procurar ajuda e sobre permanecer ou romper a relação, entre outros. Em seguida, são encenados atendimentos em alguns dos serviços da rede, quase sempre de forma acolhedora e resolutiva.

Após a encenação, esta ACS, protagonista do "caso", relatou sua experiência positiva quando buscou ajuda na rede, onde foi muito bem atendida: sentiu-se compreendida e fortalecida pelos profissionais, que incluíram sua família nos atendimentos visando ajudá-los a melhor compreendê-la, ampará-la e apoiá-la nas decisões e encaminhamentos para realizar mudanças em sua vida. Todas as vezes que relatou sobre sua história, ressaltou ter conseguido, junto com o companheiro, superar a violência sem a separação, frisando ser este um dos finais possíveis para as relações violentas.

Esse grupo se mostrou solidário, sensibilizado pelo tema, unido e empenhado em compartilhar seus conhecimentos, como se o tema difícil os unisse para seu enfrentamento. A apresentação também mobilizou os demais colegas de trabalho e transcorreu praticamente sem intervenção dos "especialistas" presentes, o que confirma a autonomia conquistada pelo grupo.

Podemos afirmar que essa fase da oficina foi um treinamento de escuta e acolhimento para o atendimento às pessoas em situação de violência. Nesse sentido, esse grupo poderá se transformar em um comitê organizador sobre assuntos de violência doméstica que possa multiplicar conhecimentos e seguir em frente com seus próprios recursos, já independentes da equipe de pesquisa.

Com as informações e contatos obtidos nas visitas e o depoimento da ACS, que deu mais credibilidade à atenção prestada por serviços da rede local de violência, o grupo poderá realizar acolhimentos e encaminhamentos com maior segurança, fazendo parte dessa rede e atuando como referência nas comunidades onde vivem e trabalham.

No momento de avaliação, ao final da oficina, uma ACS relatou, com franqueza, que inicialmente não via sentido em participar de um evento com esse tema, mas, aos poucos, foi se (auto)identificando enquanto uma mulher em situação de violência e sentiu-se à vontade para compartilhar com o grupo sua experiência atual de violência conjugal. O grupo acolheu com carinho e solidariedade seu relato e respeitou seu momento de "desabafo". Posteriormente, o coordenador do grupo articulador realizou os encaminhamentos adequados para essa ACS. Dessa forma, elas puderam experimentar a importância de se valorizar a história de cada pessoa e aprenderam, vivenciando, como ouvir, respeitar e encaminhar.

Na visão das pesquisadoras, o cuidado durante todo o processo de planejamento e realização das oficinas trouxe resultados positivos de confiança e valorização do trabalho das ACSs. Como "cuidado", entendemos aqui, por exemplo, a atenção às especificidades do grupo, respeitando-se profundamente seus valores, crenças e dificuldades; a metodologia baseada no diálogo e no mútuo reconhecimento, que valorizou seus saberes e possibilitou sua participação de formas diversas (falando, escrevendo, atuando, colando figuras, declamando, representando, expondo-se); a preocupação com questões práticas, como o preparo antecipado do material (textos para serem distribuídos, crachás

personalizados, lanchinhos carinhosamente preparados para cada oficina); e a escolha de espaços apropriados e confortáveis para realização das oficinas, próximos aos seus locais de trabalho.

Algumas dificuldades relacionadas à atenção às mulheres e famílias em situação de violência foram identificadas e trabalhadas durante as oficinas, sendo a maioria relacionada às peculiaridades do trabalho das ACSs. Entre elas, destacam-se: (1) são moradoras/es da comunidade onde trabalham e, portanto, entram na casa dos usuários/as e, apesar de serem respeitadas, algumas vezes são discriminadas, vistas como intrusas ou "olheiras"; (2) antes de tudo, são vizinhas e vivem angústias parecidas, particularmente em relação à saúde ou à falta de serviços adequados; (3) o tema da violência é delicado e, geralmente, difícil de ser trabalhado, principalmente dentro de uma situação, também violenta, de precariedade, instabilidade, exploração no trabalho e, por fim, da violência social que tanto afeta os moradores das comunidades populares do Rio de Janeiro, território onde vivem e trabalham as ACSs; (4) a tarefa (nem sempre bem discutida dentro das equipes de saúde) de identificar e notificar casos suspeitos ou confirmados de violência e a possibilidade (real ou imaginária), sempre presente, desse tipo de atuação ser percebida como uma denúncia do agressor, o que pode representar um risco (por vezes, de vida) para as profissionais envolvidos, especialmente quando estas moram na mesma comunidade, o que as colocam diante de um dilema, inclusive ético.

Apesar das dificuldades para se abordar o tema da violência de gênero com as ACSs, avaliamos que o grupo passou a melhor reconhecer essa ação como necessária, já que são profissionais que convivem com a população e que podem (aprender a) identificar, acolher e encaminhar situações de violência, rompendo com o histórico silêncio sobre essa questão e assumindo o compromisso de enfrentá-la, de "meter a colher", porém, com formação profissional qualificada e suporte adequado.

A dinâmica final de avaliação remeteu à formação da rede de atendimento, que deve ser "tecida" e "cuidada" com o objetivo de acompanhar as mulheres em situação de violência em suas trajetórias de superação. Desse modo, a força e a fragilidade dessa rede devem sempre ser identificadas e monitoradas, assim como a função e importância de cada um de seus membros (sejam serviços ou pessoas). Enquanto as ACSs "teciam" simbolicamente uma rede[h], avaliavam as intensas trocas durante a oficina, tão enriquecedora e prazerosa, que, podemos dizer, encerrou-se em torno da afirmação de uma noção-síntese central na atenção às violências: a da "superação", no sentido da construção do "inédito viável" no cotidiano de suas vidas e do trabalho em saúde.

[h] Para esse encerramento, foi realizada uma dinâmica em que o grupo de participantes vai tecendo uma rede com um barbante, o que exige cooperação e solidariedade.

Considerações finais

O tema da violência de gênero, no âmbito da assistência à saúde, especialmente na atenção básica, é uma complexa questão que não tem recebido a devida atenção por parte da gestão e da atenção em saúde. Portanto, a atuação dialógica e problematizadora desta pesquisa-ação levantou expectativas, identificou problemas e questões e, consequentemente, gerou inúmeras demandas por parte dos sujeitos de pesquisa implicados: profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde e gestores da Estratégia Saúde da Família.

A exposição dos resultados da pesquisa, as dinâmicas de integração, as atividades mais informativas, as trocas e os debates formaram um conjunto

harmonioso que, certamente, levaram à descoberta, pelas ACSs e pelo Grupo Articulador Local/GAL, de novas formas de pensar/trabalhar o tema da violência de gênero.

A realização das oficinas se configurou em uma oportunidade de aprendizagem, formação e fortalecimento profissional enriquecedora para todos os envolvidos (ACSs, gerentes e pesquisadoras), além de emocionante e prazerosa. A experiência das oficinas, assim como ocorreu na pesquisa de Vasconcellos[27] "alimentou o ânimo e a criatividade de vários profissionais, ajudando a transformar dificuldades em desafios"[27](p. 53).

Importante destacar a emoção que as atividades despertaram em todo o grupo. Foi especialmente tocante para as pesquisadoras e assessoras técnicas a postura da agente que, generosamente, compartilhou sua história de vida com o grupo, assim como o interesse e compromisso demonstrados pelo grupo em superar as dificuldades para incorporar as questões de violência no seu cotidiano de trabalho.

Outro impacto importante foi a possibilidade de superação da violência na relação conjugal sem o desfecho da separação, trazida, ressaltada e valorizada por aquela agente. No "senso comum", e até mesmo na visão de algumas feministas, a expectativa é de que a mulher que sofre violência procure apoio para romper a relação com o agressor. Porém, essa mulher encontrou, na rede, um serviço que possibilitou seu fortalecimento para fazer outra escolha, aquela em que ela e seu parceiro consideraram a melhor para ambos. Como Valla[28] tanto nos alertava, devemos fazer um grande esforço para compreender o "outro" por meio de suas lógicas e valores, que estão dentro de um contexto de vida que nos é desconhecido...

Na observação dos resultados das oficinas, destaca-se a importância da vivência, participação, escuta e respeito ao outro nas ações educativas. Assim, as ACSs sentiram-se respeitadas em suas opiniões e crenças, mas foram também instigadas, a partir de novos conhecimentos, dos diálogos e trocas no grupo, a pensarem, questionarem e refletirem. Desse modo, tornam-se "instrumentalizadas internamente" para agirem de formas semelhantes com as mulheres atendidas.

Vale ainda registrar que nesse processo exitoso, em consonância com recomendações da literatura[29], foram incorporadas ao grupo de pesquisa, enquanto colaboradoras/assessoras nas oficinas, duas profissionais com expertise na implementação de políticas de enfrentamento e atenção às violências, o que se traduziu em uma experiência inovadora no âmbito da formação em saúde o qual, além de envolver a tríade gestão-serviço-academia, propiciou uma articulação da rede intersetorial de violência do município do Rio de Janeiro, desde o momento inicial de capacitação dos atores envolvidos, o que certamente tem potencial de propiciar um acolhimento mais qualificado dos casos de violência sob as perspectivas da integralidade e da intersetorialidade em saúde.

Este trabalho de pesquisa, ação, compartilhamento e diálogo mostrou, mais uma vez, que podemos – e devemos – "meter a colher" na violência de gênero de forma qualificada, segura e comprometida com a transformação de uma sociedade baseada na injustiça, na violência e na opressão. Apostamos que "um outro mundo é possível", baseado em relações fraternas e solidárias, e essa experiência foi mais um passo nessa direção.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Simões-Barbosa RH, Giffin K. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. Interface (Botucatu). 2007; 11(23):549-67.

2. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad Saude Publica. 2002; 18 Supl 1:S103-12.

3. Simões-Barbosa RH, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(42):751-65.

4. Castel R. Da indigência à exclusão, à desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A, organizador. Saúde loucura: grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 21-48.

5. Simões-Barbosa RH. Educação e saúde reprodutiva: análise preliminar de uma experiência numa comunidade favelada do Rio de Janeiro. In: Silva DPM, organizador. Sexualidade em diferentes enfoques: uma experiência de capacitação no campo da saúde reprodutiva. Niterói: PEGGE, UERJ; 2001. p. 123-31.

6. Angulo-Tuesta AJ. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.

7. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. Unesp; 2005.

8. Giffin K, Dantas-Berger SM. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: Taquette S, organizador. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2007. p. 55-60.

9. Arcas CC, Ellsberg M, organizadores. Informe final: sistematización del proyecto de OPS: hacía un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2001.

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília (DF): MS; 2009.

11. Conselho Nacional de Secretaria da Saúde. O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas. Brasília (DF): CONASS; 2008.

12. Dantas-Berger SM. Violência sexual contra mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

13. Valla VV, Stotz EN, Lima CM. Pobreza e violência: desafios para os profissionais de saúde. Rev APS. 2008; 11(3):273-84.

14. Feuerweker LCM, Almeida MJ. O Programa de Saúde da Família e o direito à saúde. Olho Magico. 2000; 6(22):22-5.

15. Villela W, Monteiro S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: Arbeit; 2005. p. 15-31.

16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): MS; 2004.

17. Aquino EML. Desafios e limites no ensino de gênero em saúde coletiva: a experiência do MUSA. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: Programa de Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005. p. 141-53.

18. Backes JL. Gênero e educação popular: uma leitura do GT da Anped [Internet]. In: Anais do 16º Congresso de Leitura do Brasil; 2007; Campinas, SP. Campinas: Unicamp; 2007. [acesso 2013 Jan 25]. Disponível em: http://alb.com.br/arquivomorto/edicoes_anteriores/anais16/sem03pdf/sm03ss01_05.pdf

19. Giffin K. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 79-91.

20. Giffin K. Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. Saude Debate. 1995; (46):29-33.

21. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

22. David HMSL. Abordagem interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007.

23. Denzin NK. The research act. Chicago: Aldine Publishing Company; 1973.

24. Minayo MC. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MC, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 19-51.

25. Giffin K, Simões-Barbosa RH. Sujeitos do conhecimento do gênero. In: Marteleto RM, Stotz EN, organizadores. Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 65-82.

26. Pekelman R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. Rev APS. 2008; 11(3):295-302.

27. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cad Saude Publica. 1998; 14 Supl 2:39-57.

28. Valla VV. Procurando compreender a fala das classes populares. In: Valla VV, Algebaile E, Guimarães MB, organizadores. Classes populares no Brasil: exercícios de compreensão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 91-104.

29. Dantas-Berger SM. Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. Rev Bras Educ Med. 2011; 35(4):526-34.

Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, Bezerra CM. Formación de Agentes Comunitarios de Salud para enfrentar la violencia de género: contribuciones de la Educación Popular y de la pedagogía feminista. Interface (Botucatu). 2014;18(supl):1241-1254.

Se presentan resultados parciales de una investigación–acción sobre la violencia de género en la Estrategia Salud de la Familia, con atención especial sobre las Agentes Comunitarias de Salud (ACS), actores estratégicos en la atención a las mujeres en situación de violencia. Entre las actividades desarrolladas se incluirán talleres con ACS para la discusión de los resultados de la encuesta. Tomando como referencia los supuestos de la educación popular y de la pedagogía feminista, se concluye que los talleres representaron un valioso recurso político-pedagógico que permitió una fecunda interacción dialógica entre el sector académico y los servicios de salud. Proporcionó visibilidad y reconocimiento a las voces y ricas experiencias de vida y trabajo de las ACS y contribuyó para una construcción compartida del conocimiento que fortalece praxis comprometidas con transformaciones en la asistencia a la salud y en las relaciones sociales más amplias.

Palabras-clave: Violencia de género. Agente Comunitaria de Salud. Investigación-acción. Educación popular en salud. Educación en salud.

Recebido em 29/04/2013. Aprovado em 11/12/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0344

Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?

Tácia Maria Pereira Flisch[a]
Rodrigo Henrique Alves[b]
Thiara Amanda Corrêa de Almeida[c]
Heloísa de Carvalho Torres[d]
Virginia Torres Schall[e]
Dener Carlos dos Reis[f]

Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. How do primary care professionals perceive and develop Popular Health Education? Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1255-1268.

The aim of this study was to analyze the perceptions and experiences of Health Education amongst 166 professionals of Family Health teams in the city of Contagem, State of Minas Gerais, Southeastern Brazil. Participants answered a questionnaire about Health Education practices. When reporting practices aimed at quality of life and human education, they considered issues beyond the informational purpose. All professional categories mentioned greater participation in groups for controlling hypertension and diabetes mellitus. Use of Paulo Freire's pedagogy was reported by 4.7% of the respondents. Terms indicating political intentionality, such as "social control" and "Popular Health Education", were not mentioned. It was noticed that continuing education processes need to be offered to Family Health professionals and that a national policy for popular Health Education must be implemented.

Keywords: Health Education. Health Promotion. Family Health. Primary Health Care.

O objetivo do estudo foi analisar percepções e experiências em Educação em Saúde de 166 profissionais de equipes de Saúde da Família de Contagem (MG, Brasil), que responderam um questionário sobre práticas de Educação em Saúde. Os participantes consideraram aspectos além da finalidade informativa, ao relatar práticas voltadas à qualidade de vida e à formação humana. Todas as categorias profissionais mencionaram uma maior participação em grupos de controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Utilizam a pedagogia de Paulo Freire 4,7% dos entrevistados. Termos que demonstram a intencionalidade política, como "controle social" e "Educação Popular em Saúde" não foram mencionados. Foi constatada a necessidade de processos de educação permanente para os profissionais e implementação da política nacional de Educação Popular em Saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

[*] Elaborado com base em Flisch[1], estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

[a,f] Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Rua Peru, 233, Eldorado. Contagem, MG, Brasil. 32340-070. taciaflisch@gmail.com; denercarlosreis@ yahoo.com.br
[b] Instituto de Ciências Biológicas, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. alvesrodrigoh@ yahoo.com.br
[c,d] Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. thiaramanda@hotmail.com; heloisa.ufmg@gmail.com
[e] Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente (LAESA), Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil. vtschall@cpqrr.fiocruz.br

Introdução

A Educação em Saúde (ES) é uma atividade essencial para a promoção da saúde das populações[2]. Apresenta-se como um campo de teoria e prática interdisciplinar, comprometido com a implementação e avaliação de processos educativos voltados para a promoção da autonomia, da participação e da postura ética, corresponsável e segura dos indivíduos e das comunidades diante de suas questões de saúde e de meio ambiente[3,4]. A Atenção Básica é o nível de atenção à saúde mais profícuo para o desenvolvimento da ES por visar ao desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A Saúde da Família é a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica, que, nas atuais concepções, considera-se equivalente ao termo Atenção Primária à Saúde[5].

Acredita-se que um caminho possível para potencializar as práticas coletivas de ES, na Atenção Primária à Saúde (APS), seria privilegiar as ações longitudinais. Essas se traduzem em práticas que não se limitam a ações pontuais, pois são conduzidas de forma periódica com o mesmo grupo de participantes. Por essa característica, acredita-se que elas criariam espaços mais permanentes para que os sujeitos possam ressignificar e coproduzir conhecimentos necessários ao alcance do processo de emancipação ou de empoderamento esperados como resultados dessas ações[6,7].

As ações de ES no Brasil têm, em suas raízes, estratégias tecnicistas, biologicistas e pouco participativas, que privilegiam ações voltadas para um viver higiênico e saudável, direcionadas para as classes populares, vistas como incapazes de iniciativas próprias para a manutenção da saúde individual e coletiva[3,8].

A mudança desse contexto ocorreu na década de 1970, por meio de uma proposta de medicina comunitária que valorizava os aspectos preventivos da saúde. Nesse período, os profissionais de saúde incorporaram conceitos da pedagogia de Paulo Freire nas ações de ES. Isso resultou em uma relação menos vertical entre os profissionais e a sociedade nessas práticas[3].

A partir desse cenário, intensificou-se a produção de conhecimentos vinculados à Educação Popular em Saúde (EPS). Hoje, essa área representa um espaço importante de articulação política, de troca de experiências e de formulação de teorias e propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde[9,10].

A EPS favorece a compreensão da realidade no campo da saúde e do meio ambiente e auxilia a população a se organizar para modificá-la. Suas práticas buscam o desenvolvimento de atitudes mais políticas nas comunidades, com a finalidade de ampliar o exercício da autonomia e do controle social[8,11]. A política pública de EPS em vigor propõe a participação social como uma diretriz nas ações educativas da APS. Essa perspectiva pressupõe a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores e tem como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos[5,12]. Entretanto, questiona-se se as recomendações dessa política estão sendo implementadas de forma adequada pelos profissionais da APS[3,13].

Diante desse cenário, o estudo teve como objetivo analisar as percepções e experiências em ES de profissionais da atenção primária à saúde.

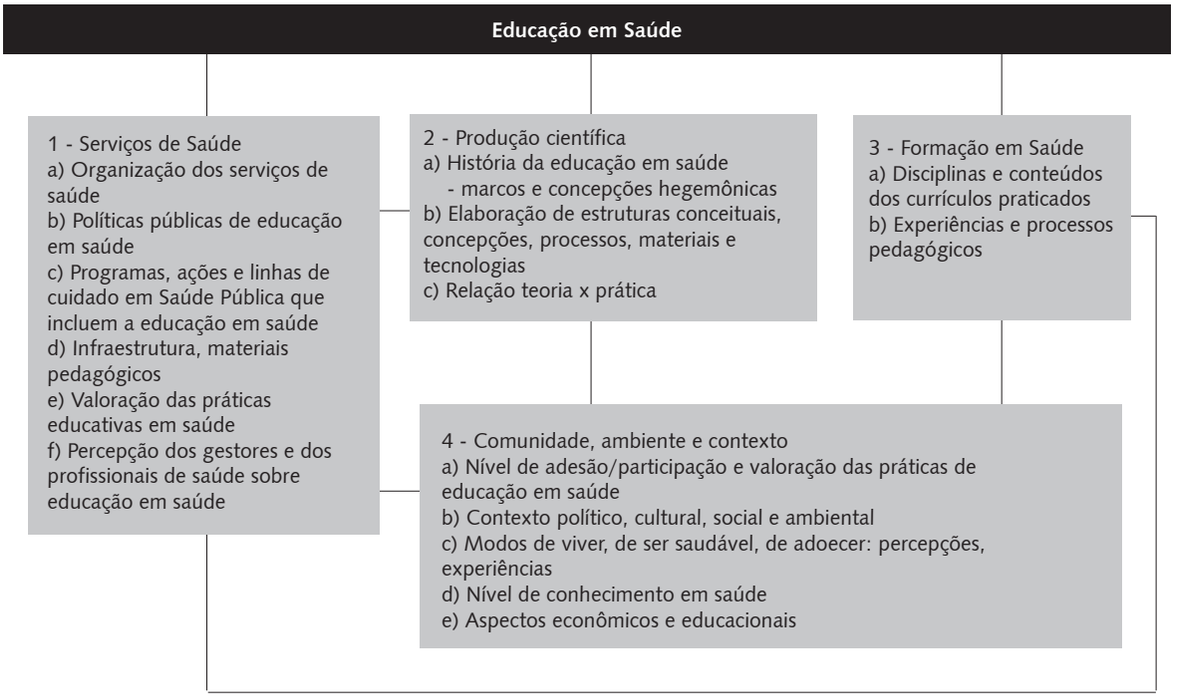
Metodologia

Características do estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com métodos de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos.

Há diversos aspectos que podem influenciar na forma como a ES vem sendo pensada, planejada e operacionalizada no âmbito da APS. A Figura 1 demonstra, de forma esquematizada, que a ES é resultado de diversas dimensões inter-relacionadas, e, dentro de cada uma delas, os seus principais aspectos, que podem influenciar o alcance de seus resultados. Dentre esses aspectos estão os serviços de saúde, os quais envolvem políticas, programas, infraestrutura, materiais e a valoração de práticas

educativas no cotidiano dos profissionais de saúde. A formação em saúde pode ser decisiva para o desenvolvimento de competências e de incorporação de concepções pedagógicas no campo da saúde. É ressaltada a importância da parceria entre a comunidade e os profissionais que desenvolvem as práticas educativas em saúde.



Autoria: Dener Carlos dos Reis e Tácia Maria Pereira Fisch

Figura 1. Aspectos da prática coletiva de educação em saúde.

Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Contagem, MG, no âmbito da APS nas Unidades Básicas de Saúde, que, no ano de 2011, somavam 88 equipes de saúde da família.

Participantes do estudo

Participaram do estudo os profissionais que atuam nas ESF, na sua composição mínima: agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Para a seleção dos participantes que responderam ao questionário, foi feito um cálculo amostral, visando obter uma amostra estatisticamente representativa da população total de profissionais que atuam nas ESF de Contagem, MG.

No momento do cálculo amostral, a população total de profissionais que atuavam nas 88 ESF era de 663 profissionais distribuídos da seguinte forma: 85 médicos, 85 enfermeiros, 107 profissionais do nível médio de enfermagem e 383 agentes comunitários de saúde.

O tamanho da amostra que compôs a população de estudo foi calculado considerando uma prevalência de 50% de prática coletiva de ES na Estratégia Saúde da Família (ESF) e com uma margem de 10%, devido à inexistência de parâmetros na literatura e a grande variabilidade no número de atividades de ES entre as equipes de Saúde da Família do município em estudo, considerou-se também um nível de significância de 5%. Foi realizado um cálculo amostral, visando obter uma amostra estatisticamente representativa da população total de profissionais (N = 663). A amostra estimada foi de 168 profissionais. Adicionaram-se 20% a esse valor, considerando as possíveis perdas amostrais, resultando em uma amostra de 202 profissionais, divididos em 26 equipes de Saúde da Família, considerando uma média de oito profissionais por equipe. Os critérios de escolha dessas 26 equipes estão explicados a seguir.

Para esse cálculo amostral foi considerada uma amostragem estratificada e por conglomerados, já que o município de Contagem possui sete distritos sanitários com características territoriais e de saúde peculiares em alguns aspectos. Os estratos foram os sete distritos sanitários, com amostra proporcional ao número de equipes por distrito. Foram considerados como conglomerados cada uma das equipes de Saúde da Família, que foram sorteadas, de acordo com o número definido no cálculo amostral, totalizando 26 equipes. Além destas, foi incluída a equipe que participou do teste piloto do estudo, resultando, dessa forma, em 27 equipes de Saúde da Família participantes.

Após a definição do número de equipes por distrito sanitário, foram feitos sorteios aleatórios das equipes que iriam participar. Nos casos de recusa ou impossibilidade da sorteada, os pesquisadores fariam novo sorteio para reposição de perda amostral, o qual não ocorreu, uma vez que todas as equipes sorteadas participaram do estudo.

No momento da entrevista, nem todas as equipes estavam com seu quadro profissional completo. Isso resultou em números diferentes do esperado para algumas categorias profissionais, como médicos e enfermeiros. Dos 202 profissionais esperados para participarem do estudo, 166 responderam ao questionário, incluindo os profissionais da equipe piloto, representando 82,2% da amostra. Dessa forma, participaram do estudo 166 profissionais das equipes de Saúde da Família, sendo 22 (13,3%) enfermeiros, 17 (10,2%) médicos, 24 (14,5%) auxiliares e técnicos de enfermagem e 103 (62%) agentes comunitários de saúde (ACS).

Coleta de dados

Foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, um questionário composto por dez questões estruturadas, em que os participantes escolhiam a resposta mais adequada, dentre as opções padronizadas por meio de um teste piloto. Apesar disso, havia a opção do participante descrever um tipo de resposta diferente das opções predefinidas. O questionário também possuía cinco questões abertas para o relato de aspectos das práticas coletivas de ES desenvolvidas pelos participantes. Essas questões abordaram o conhecimento e a percepção dos participantes sobre as dificuldades e oportunidades, as experiências significativas, os processos de planejamento e operacionalização das ações de ES.

O questionário foi autoaplicável, previamente validado pela realização de um teste piloto, em uma equipe de saúde não sorteada, para verificar o potencial desse instrumento, obter os dados esperados para a pesquisa e realizar as adaptações necessárias previamente à sua aplicação, assim como para o cálculo de tempo de aplicação e a avaliação do entendimento das questões pelos profissionais de saúde. Como não houve mudança das perguntas, os questionários respondidos pela equipe não sorteada integraram o banco de dados do estudo.

Análise dos dados

As respostas das questões estruturadas do questionário foram processadas no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 18.0) que permitiu uma análise descritiva, em percentual e número absoluto, das variações das repostas nas opções descritas nessas questões. Utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson com nível de significância de $p \leq 0,05$, para identificar

diferenças nos percentuais por tipo de resposta de acordo com a categoria profissional. Trata-se de um estudo descritivo cujo desenho não permite uma análise estatística avançada.

Os dados das questões abertas foram analisados de acordo com os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin[14], método que visa compreender o sentido das informações dadas pelos participantes nos questionários, interpretando as suas significações explícitas e implícitas. Entre as técnicas sugeridas, optou-se por um agrupamento de termos ou expressões-chave com significados semelhantes. A interpretação dos resultados obtidos nesses processos foi fundamentada, principalmente, em referenciais teóricos do campo da EPS apontado na literatura como uma importante área de conhecimento e de prática de atividades educativas coletivas no âmbito da APS[10,12,15,16].

Resultados

Os resultados demonstraram que, quando questionados sobre o nível de conhecimento em práticas coletivas de ES, todas as categorias profissionais reconheceram a necessidade de aperfeiçoamento. Somente 28,2% dos profissionais consideraram ter conhecimento adequado para o desenvolvimento das práticas de ES. Os enfermeiros apresentaram o maior percentual (45%) de conhecimento satisfatório na área, seguida da categoria médica (33,3%), em menores percentuais, os profissionais de nível médio de enfermagem (27,3%) e os ACSs (23,5%).

Em concordância com esses resultados, 76,5% das respostas dos ACSs, 66,7% dos relatos dos médicos e 72,7% dos profissionais de enfermagem de nível médio apontaram a necessidade de capacitação para o desenvolvimento dessas práticas (Tabela 1).

Ao serem questionados sobre a fundamentação ou utilização de referencial teórico-pedagógico em ações de ES, os participantes mencionaram, de forma majoritária, que não utilizam referenciais. Eles fazem uso da reprodução de grupos existentes anteriormente na unidade de saúde ou de experiências educativas vivenciadas anteriormente por eles (35%). Em seguida, foi relatada a utilização de livros de técnicas para trabalhos pedagógicos em grupo (22,3%), além de práticas simplificadas, sem uma fundamentação teórica (21,4%). Não responderam a fundamentação teórica utilizada 13,3% dos participantes. Apenas 4,7% responderam que utilizam a pedagogia de Paulo Freire e 2,8% reconheceram que não há fundamentação teórica nas práticas coletivas (Tabela 1).

Em relação à reprodução de grupos, anteriormente mencionada, seu uso foi relatado, em maior percentual (42,8%) pelos profissionais de nível médio da enfermagem, seguidos pelas categorias médica (40,9%), enfermeiros (38,5%) e ACSs (32%). A utilização de livros de técnicas para trabalhos pedagógicos em grupo e as práticas sem fundamentação teórica foram relatadas, em maiores percentuais, entre os enfermeiros (30,8%) e a categoria médica (27,3%), respectivamente. Destaca-se que 19,7% dos ACSs não responderam o item do questionário sobre a concepção pedagógica utilizada pela equipe de Saúde da Família nas práticas coletivas de ES (Tabela 1).

A categoria médica apresentou o maior percentual (9,2%) de menção ao desconhecimento de metodologias pedagógicas que devem ser utilizadas no desenvolvimento de práticas coletivas de ES. Apesar desses percentuais, apenas 1,3% dos profissionais entrevistados reportaram não apresentarem dificuldade para a realização de práticas de ES no contexto das equipes de Saúde da Família em que atuam (Tabela 1).

Observou-se que, quando solicitados a expressarem a sua percepção sobre a ES no contexto da APS, identificou-se diversidade de palavras/expressões (N=307) que foram agrupadas em sete categorias temáticas (Tabela 2).

As palavras/expressões que obtiveram maiores percentuais de relato foram as associadas a comportamentos, atitudes e sentimentos (29%), a exemplo de "ética", "o saber ouvir", "diálogo", "perseverança", "insegurança", "cansativo" e "frustração". Em sua maioria, as palavras/expressões expressam aspectos positivos associados à ES (88%). A ES como uma prática que promove resultados nas ações de saúde foi mencionada em 9,9% das respostas, associada a palavras/expressões como "tomada de consciência", "autoestima" e "autonomia" (Tabela 2).

Tabela 1. Descrição do nível de conhecimento e da fundamentação das práticas coletivas de Educação em Saúde Coletiva, de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011).

Categoria	Profissionais				
	ACS N (%)	Nível médio enfermagem N (%)	Enfermeiro N (%)	Médico N (%)	Total N (%)
Nível de conhecimento*,#					
Precisa melhorar	65 (76,5)	16 (72,7)	11 (55,0)	10 (66,7)	102 (71,8)
Adequado	20 (23,5)	6 (27,3)	9 (45,0)	5 (33,3)	40 (28,2)
Referencial teórico#,**					
Reprodução de grupos	39 (32,0)	12 (42,8)	15 (38,5)	9 (40,9)	75 (35,5)
Livros de técnicas	23 (18,8)	6 (21,4)	12 (30,8)	6 (27,3)	47 (22,3)
Intuitiva	26 (21,3)	7 (25,0)	6 (15,4)	6 (27,3)	45 (21,4)
Não sabe responder	24 (19,7)	1 (3,6)	2 (5,1)	1 (4,5)	28 (13,3)
Concepções de Paulo Freire	5 (4,1)	1 (3,6)	4 (10,2)	-	10 (4,7)
Não há	5 (4,1)	1 (3,6)	-	-	6 (2,8)

* Excluídos 24 questionários sem essa informação; # Valores de p >0,05 (não significativo - teste qui-quadrado de Pearson); ** Fundamentação da prática coletiva de educação em saúde.

Tabela 2. Descrição das palavras/expressões associadas à Educação em Saúde de acordo com a categoria temática, Contagem, MG (2011).

Categorias temáticas	N (%)	Exemplos de termos/expressões
Educação como expressão de atitudes	89 (29,0)	Ética - coparticipação - saber ouvir - diálogo - respeito - perseverança - falta de comprometimento - insegurança - cansativo - frustração - insatisfação.
Educação para o alcance de resultados em saúde	61 (19,9)	Tomada de consciência - responsabilização - fortalecimento de vínculos - aprendizagem sobre doença - diminuição do número de consultas - autoestima - autonomia.
Educação por temas de saúde	43 (14,0)	Planejamento familiar - pré-natal - vida sexual para adolescentes - Doença Sexualmente Transmissível (DST) - Diabetes Mellitus (DM) - Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
Educação para o ensino, cuidado e formação humana	36 (11,7)	Aprendizado multidisciplinar - educação permanente - crescimento coletivo - troca de saberes - educação da comunidade.
Educação e sua variação de formato, público e local	33 (10,7)	Ação em grupo e individual - grupos educativos - sala de espera - cartilhas - família - atividade na comunidade- visitas.
Educação para planejamento em saúde	30 (9,8)	Motivação entre usuário e equipe - acesso - melhor aproveitamento do tempo - reconhecimento profissional - falta de capacitação profissional - falta de apoio da gestão.
Educação associada à qualidade de vida	15 (4,9)	Exercício e atividade física - lazer - passeios - cuidados - mudança de hábito – bem-estar físico e mental - convivência.
Total	307 (100)	

Expressões como a "hipertensão arterial", "diabetes mellitus", "saúde da mulher e da criança", além de "limpeza do domicílio" e "lavagem das mãos" foram destaque na categoria de educação por temas de saúde (14%). Já na categoria que englobou a educação em sua variabilidade de formato, local e público, foram citadas as palavras/expressões como "ações em escolas", "ações em UBS", "grupos temáticos", "ações individuais" e "família". A ES como processo de ensino, cuidado e formação humana foi relacionada a termos antagônicos, como por exemplo, "informar/transmitir

conhecimentos" contrapondo "troca de conhecimentos/experiências". A categoria qualidade de vida descreve termos que sugerem o bem-estar das pessoas, como convivência, lazer e passeio (Tabela 2).

Cabe mencionar que os resultados da categoria ES como recurso para o planejamento incluiu aspectos positivos e negativos. Os primeiros podem ser exemplificados pelas palavras/expressões como "favorecer o melhor aproveitamento do tempo" e "promover o reconhecimento profissional". Exemplificam os aspectos negativos as "deficiências na área de capacitação profissional" e a "falta de recursos" (Tabela 2). Ressalta-se que as palavras/expressões menos referidas foram associadas às categorias de ES para planejamento em saúde (9,8%) e educação associada à qualidade de vida (4,9%) (Tabela 2).

O tipo de prática educativa apresenta uma predominância de grupos educativos relacionados ao programa de controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), independentemente da categoria. Destaca-se o maior percentual de participação dos ACSs e dos profissionais de nível médio em enfermagem em grupos de puericultura, com 55% e 62,5%, respectivamente. Grupos voltados para a melhoria da qualidade de vida, como grupos de caminhada, convivência, idosos, produção de artesanatos e saúde do homem, raramente, ou nunca, em algumas ESF, tem a participação de médicos. Embora menos frequentes, há diversos outros grupos citados pelos participantes, como saúde da mulher, adolescentes, planejamento familiar, alimentação saudável, saúde mental (Tabela 3).

Discussão

A ES, apesar de toda a sua especificidade, é, em essência, educação. Como prática social humana, a educação é um processo histórico, contínuo, que emerge da dialética entre homem, mundo, história e circunstâncias. A sua finalidade na área da saúde é promover patamares mais elevados de autonomia, de corresponsabilização por meio da reflexão crítica, para os sujeitos identificarem e intervirem sobre as questões de saúde e meio ambiente, o que lhe outorga o caráter de atividade complexa[8,17].

Apesar de a politicidade ser um dos pilares da prática de ES na APS, observou-se que não há uma visão unívoca da ES[12]. Esse resultado pode sugerir que essa percepção diferenciada seja produto das diferenças na formação profissional nessa área e na valoração que cada profissional atribui à prática educativa. Ainda permanece ativa uma prática educativa pouco inovadora e, muitas vezes, afastada do conhecimento científico produzido nessa área e da política nacional nesse campo de atuação.

A literatura científica aponta para uma possível naturalização das práticas educativas, o que significa dizer que, em muitas situações, não se busca trazer novas concepções pedagógicas e variações das práticas de ES comumente realizadas[3,18]. Tal naturalização pode criar obstáculos para a composição de uma política de educação permanente na área que inclua novas abordagens e metodologias as quais favoreçam a efetivação da política nacional de EPS, no nível local[3,18,19].

Em consonância com essa discussão, a maioria dos participantes reconheceu a necessidade de ampliação dos seus conhecimentos sobre EPS. Diante desse resultado e das diferenças nas percepções sobre ES entre as categorias profissionais investigadas, é possível apontar alguns desafios para as práticas de ES no âmbito da APS. Entre eles, está a necessidade de qualificação e de formação dos profissionais da ESF para atuar em ações que visem à obtenção de melhorias na qualidade de vida dos indivíduos e populações, considerando que a saúde é também produto do contexto social e ambiental. A ES exige, portanto, ações voltadas para o desenvolvimento de atitudes politizadas desses profissionais e também da população alvo das práticas educativas[19].

A necessidade de ampliar os conhecimentos em ES, apontada pelos participantes do estudo, vai ao encontro do cenário nacional, que busca qualificar as ações de ES por meio da implantação da Política Nacional de Educação Popular que tem como uma de suas perspectivas a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais historicamente excluídos de seu modo de entender a vida e em seus saberes[12].

Esses resultados podem indicar também a importância da ampliação de disciplinas curriculares na graduação que favoreçam uma formação adequada dos diversos profissionais de saúde. Essa ampliação visa a criar competências e habilidades para as práticas coletivas de ES[20].

Tabela 3. Tipo de práticas coletivas de educação em saúde coletiva, de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011).

Prática tipo/frequência	Profissionais			
	ACS N (%)	Nível médio enfermagem N (%)	Enfermeiro N (%)	Médico N (%)
HAS				
Frequente	63 (64.2)	17 (70,8)	10 (45,5)	9 (53,0)
Raro/nunca	35 (35,8)	7 (29,2)	12 (54,5)	8 (47,0)
DM				
Frequente	61 (62,2)	16 (66,7)	12 (54,5)	8 (47,0)
Raro/nunca	37 (37,8)	8 (33,3)	10 (45,5)	9 (53,0)
Puericultura				
Frequente	54 (55,0)	15 (62,5)	6 (27,3)	5 (29,4)
Raro/nunca	44 (45,0)	9 (37,5)	16 (72,7)	12 (70,6)
Gestante				
Frequente	53 (54,0)	8 (33,3)	10 (45,5)	6 (35,3)
Raro/nunca	45 (46,0)	16 (66,7)	12 (54,5)	11 (64,7)
Controle peso				
Frequente	36 (36,7)	10 (41,6)	11 (50,0)	4 (23,5)
Raro/nunca	62 (63,3)	14 (58,4)	11 (50,0)	13 (76,5)
Saúde mental				
Frequente	30 (30,6)	6 (25)	7 (31,8)	5 (29,4)
Raro/nunca	68 (69,4)	18 (75)	15 (68,2)	12 (70,6)
Qualidade vida				
Frequente	15 (15,4)	3 (12,5)	4 (18,2)	-
Raro/nunca	83 (84,6)	21 (87,5)	18 (81,8)	17 (100)
Convivência				
Frequente	11 (11,3)	2 (8,3)	5 (22,7)	1 (5,0)
Raro/nunca	87 (88,7)	22 (91,7)	17 (77,3)	16 (95,0)
Idosos				
Frequente	10 (10,2)	3 (12,5)	3 (13,6)	-
Raro/nunca	88 (89,8)	21 (87,5)	19 (86,4)	17 (100)
Atividade física				
Frequente	6 (6,1)	3 (12,5)	4 (18,2)	-
Raro/nunca	92 (93,9)	21 (100)	18 (81,8)	17 (100)
Artesanato				
Frequente	10 (10,2)	4 (16,6)	3 (13.6)	-
Raro/nunca	88 (88,8)	20 (83,3)	19 (86,4)	17 (100)
Passeio				
Frequente	5 (26,7)	1 (4,2)	-	-
Raro/nunca	93 (73,3)	23 (95,8)	22 (100)	17 (100)
Asma				
Frequente	5 (26,7)	1 (4,2)	-	-
Raro/nunca	93 (73,3)	23 (95,8)	22 (100)	17 (100)
Saúde homem				
Frequente	3 (3,1)	3 (12,5)	-	-
Raro/nunca	95 (96,9)	21 (100)	22 (100)	17 (100)
Outros				
Frequente	12 (12,2)	6 (25)	9 (40,1)	2 (11,8)
Raro/nunca	86 (87,8)	18 (75)	13 (59,9)	15 (88,2)

N = 161. HAS (hipertensão arterial sistêmica). DM (diabetes mellitus). Outros (leishmaniose, planejamento familiar, sala de espera, resultados de prevenção de câncer de colo uterino, obesidade, relaxamento, adolescentes, educação sexual, crianças de baixo peso, saúde da mulher, culinária e dança).

Nesse sentido, o estudo apontou que o conhecimento nessa área ocorre de forma desigual nos cursos da área da saúde. Como exemplo, os enfermeiros relataram ter um nível de conhecimento maior de ES que os outros profissionais. Isso pode ser explicado pela sua maior percepção de que a ação educativa é inerente à prática do cuidado. Além disso, esse profissional geralmente atua no

planejamento e desenvolvimento dessas práticas educativas em saúde, o que pode estimular a busca pelo conhecimento nesse domínio[21].

Em relação às percepções dos entrevistados sobre a ES, no que se refere a sua variação de formato, público e local, foram mencionadas expressões que remetem aos projetos e programas de base comunitária. De fato, esses programas representam uma importante abordagem no contexto da APS, ao combinar a produção de conhecimentos e a ação para a mudança social, visando a eliminar as iniquidades em saúde. Isso vai ao encontro a um dos pressupostos da política de EPS, que é o de promover o ativismo das pessoas e dos grupos sociais e incentivar seu envolvimento em programas sociais que visam à ampliação da autonomia e ao empoderamento dos participantes[22-25].

Outra percepção encontrada no estudo se refere à constatação de que os profissionais entrevistados mencionaram que utilizam a reprodução de grupos nas ações educativas das ESF. Essas ações, em geral, são conduzidas sem fundamentação pedagógica adequada[26]. Essa percepção pode levar a um afastamento do reconhecimento de que tais práticas educativas precisam ser planejadas, com base em seu contexto de atuação e fundamentadas em referenciais pedagógicos da área da educação. Para a viabilização dessas práticas, são necessários investimentos em educação permanente dos profissionais, materiais pedagógicos, adequação de infraestrutura, representando, portanto, um desafio para a gestão dos serviços na APS.

As percepções relacionadas à educação, como uma estratégia para o planejamento em saúde, indicam a necessidade de uma melhor gestão das ações que devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde, além de atividades que motivem a participação de usuários e equipe nessas práticas. Nesse âmbito, o desafio é motivar e valorar a participação da comunidade e dos profissionais de saúde[16].

Os fundamentos da pedagogia de Paulo Freire[27] apresentaram um baixo percentual de menção nas práticas de EPS no cenário pesquisado, apesar do seu reconhecimento internacional como uma abordagem importante para a promoção da saúde e para movimentos sociais, além de ser um fundamento importante da política nacional da APS[12].

Há um reconhecimento de que essa pedagogia favorece o exercício do controle social e de projetos comunitários voltados para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e de melhorias das condições de vida dos indivíduos.

Além disso, mesmo quando a pedagogia de Paulo Freire foi mencionada pelos profissionais de saúde como fonte para o planejamento e desenvolvimento de suas ações em EPS, sua utilização foi controversa. Isso, provavelmente, em decorrência do seu emprego simplificado, considerando tão somente o diálogo, com a troca de informações entre profissionais e usuários e de uma investigação da realidade sem a apropriação da estrutura conceitual e analítica e sem a intencionalidade política próprias dessa abordagem[15].

Considerando-se o emprego simplificado dessa pedagogia, pode ocorrer a exclusão, no processo educativo, dos aspectos relacionados à realidade do indivíduo ou comunidade. Isso pode comprometer a necessidade de investigar e refletir sobre a realidade vivenciada, não oportunizando aos indivíduos a expressão dos principais determinantes de uma dada situação na qual estão envolvidos. Como consequência, pode haver o afastamento da fase de aproximação do saber do mundo da vida com o saber técnico-científico, de forma crítica e reflexiva.

Para a mudança da realidade observada neste estudo, sugere-se a promoção de eventos, em âmbito local, regional e nacional, com ênfase no compartilhamento de experiências de EPS. Podem ser priorizadas as experiências que considerem uma educação fundamentada no diálogo, na promoção da reflexão crítica, da interação dos diferentes saberes e dos modos de interpretar a realidade de saúde de uma comunidade, conforme preconiza a pedagogia de Paulo Freire[12].

Além da pedagogia freiriana, o campo da educação possui um vasto elenco de autores que podem contribuir, mediante suas concepções pedagógicas, para a EPS, mas que não foram citados pelos profissionais de saúde. Entre esses, podem ser citados Dewey[28], Freinet[29], Vygotsky[30] os quais apontam que o ensino-aprendizado deve ser fundamentado na experiência e na construção social do conhecimento. Da mesma forma, os princípios pedagógicos defendidos por Deleuze[31] demonstram que educar é suscitar acontecimentos que levem as pessoas a atribuir significados e sentidos às situações e eventos objetivos/subjetivos do seu cotidiano.

Além desses autores, as concepções de Hannah Arendt[32], quando interpretadas no contexto dos processos pedagógicos, partem da premissa de que há uma nítida distinção entre os processos de pensar e conhecer, destacando a importância da reflexão da informação e da ação, a partir da realidade objetiva e subjetiva dos sujeitos envolvidos no ato educacional. Ressalta-se, por fim, o pensamento de Pedro Demo[11] sobre a politicidade como um compromisso para a educação na atualidade. Todos esses autores podem contribuir para a renovação das práticas de EPS.

Conforme ressaltado anteriormente, a pouca utilização dessas concepções pedagógicas aqui referidas pode ser resultado de lacunas na formação e da não priorização do aprofundamento dessas pedagogias na educação permanente em saúde[33]. Estudos demonstram que a adoção de concepções teórico-filosóficas é fator que norteia a prática de EPS[34]. Possibilitar aos profissionais de saúde o conhecimento de processos pedagógicos pode evitar a continuidade de uma prática unívoca da educação como um processo de "adquirir" e "receber" a informação. Essa prática unívoca pode fazer com que sejam relegadas outras dimensões presentes no ato de educar-aprender, como afetividade, subjetividade, intersubjetividade, na relação do sujeito consigo mesmo, com o outro, com o conhecimento e com a realidade[35].

O argumento central da EPS é a aproximação e a troca de conhecimento entre equipe e comunidade, propiciando o compartilhamento de ideias e concepções de vida diferentes. O resultado esperado é o alcance de práticas educativas efetivas. Esse desafio está em sintonia com a discussão de Valla[36] ao apontar que essa ausência de troca efetiva de experiências no ato educacional em saúde gera erros de interpretação da realidade de saúde do indivíduo e da comunidade, já que cada um desses atores sociais pode possuir lógicas e práticas distintas nas formas de conduzir as questões relacionadas à saúde.

As categorias temáticas formadas a partir da descrição de palavras/expressões associados à ES nos permite perceber o vasto alcance de interpretação que essas práticas contêm. Constatou-se que os participantes do estudo mencionaram aspectos que envolvem a subjetividade e a relação interpessoal (atitudes), ao gerenciamento do cuidado (resultado, formato, público, local, planejamento em saúde), à ampliação do ato de cuidar (ensino, cuidado e formação humana), à diminuição de riscos (temas) e à promoção da saúde e do cuidado ambiental (qualidade de vida). Esse resultado foi diferente do esperado. Acreditava-se que as práticas populares em ES estariam centralizadas em atos pedagógicos de prevenção de doenças e agravos à saúde.

Ao contrário, os profissionais demonstraram possuir um potencial para incorporar dimensões que ultrapassam essas práticas informativas. Entre elas, houve relatos de uma ES que favorece a expressão de sentimentos e que contribui para uma formação cidadã. Em outras palavras, as equipes de Saúde da Família trilham um processo que transita entre as práticas mais informativas/tradicionais e práticas mais dialógicas e participativas.

Observa-se que essa transição pode indicar que os participantes do estudo já incorporam novos elementos na prática de EPS. Isso é coerente com os pressupostos e eixos estratégicos da EPS. Dentre esses, podem ser citados a problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação, compromisso com a construção do projeto democrático e popular, participação, controle social e gestão participativa, formação, comunicação e produção de conhecimento, cuidado em saúde, intersetorialidade e diálogos multiculturais[12,37].

Essa evidência também indica que a definição de ES é reconstruída de forma contínua na sua prática, pois indica "novos elementos" que devem compor o seu escopo conceitual, uma vez que as palavras e expressões identificadas como associados à ES ultrapassam a definição encontrada no campo teórico[3,12,38,39].

Para se trabalhar com a subjetividade das pessoas, com aspectos culturais e históricos das comunidades, são necessários conhecimentos elaborados, várias leituras e boas experiências educativas. Isso pode evitar a banalização de aspectos fundamentais para a emancipação política dos indivíduos[8,16].

Os resultados indicam que, apesar da transição da forma como percebem a EPS, os profissionais de saúde parecem não valorizar de modo mais central a promoção de ações que permitam a comunidade desenvolver um pensamento crítico e reflexivo da realidade, levando a uma maior politicidade, em consonância com a política de EPS. Muitas vezes, tais profissionais utilizam palavras e expressões da EPS, tais como "diálogo" e "troca de experiência", porém isso não significa o compromisso com a politicidade[11,27,40].

Defende-se que temas relacionados à cidadania, autonomia, ética, controle social, deveriam ser transversais às temáticas dos diversos programas inseridos na APS[41]. Além disso, essas temáticas devem considerar as necessidades de saúde das pessoas da comunidade[30,42].

A associação das práticas educativas, desenvolvidas pelas equipes ESF investigadas, permitiu observar que, em sua maioria, seguem as diretrizes que compõem os principais programas de Atenção Primária à Saúde, a exemplo dos grupos de HAS e DM.

Apesar da realização de práticas que atendem algumas das políticas de Atenção a Saúde em âmbito nacional, observou-se que as equipes de ESF buscam inovar as ações educativas, introduzindo no processo pedagógico atividades que possibilitam a troca de experiências, de informações e permitem o desenvolvimento de habilidades de interação social como dança, grupos de convivência, de produção de artesanatos e passeios programados.

Toda essa análise nos conduz a uma reflexão sobre a importância da relação entre os aspectos que são determinantes para o desenvolvimento das práticas de EPS. Como exemplo, podemos citar a relação entre profissionais de saúde, comunidade, estrutura organizacional dos serviços de saúde, e a efetiva implementação, em âmbito local, da política de EPS[37,43,44].

Considerações finais

Este estudo permitiu realizar uma análise das percepções dos profissionais de saúde acerca da EPS. Foi demonstrado que houve diferenças nas percepções e no desenvolvimento de práticas de ES em relação às diferentes categorias profissionais que compuseram as equipes de Saúde da Família, no cenário investigado. Apesar dessas diferenças, houve predominância, entre todas as categorias, de relatos sobre a realização de práticas educativas voltadas para o controle da HAS e DM.

Observou-se também que as práticas de ES são, em geral, desenvolvidas de forma reprodutiva, ou seja, representam apenas uma continuidade de ações que já são conduzidas rotineiramente na APS. Além disso, essas práticas não eram fundamentadas por concepções pedagógicas e nem se apoiavam nas diretrizes da política nacional de ES. Somado a isso, foi observado um baixo percentual de referência à pedagogia de Paulo Freire.

As percepções dos profissionais da ESF sobre a Educação Popular em Saúde na APS indicaram uma fase transicional, ao apontarem elementos que compõem uma prática ainda centrada em difundir informações sobre saúde e doença, vinculadas aos principais programas da APS, mas, ao mencionar em paralelo que realizam práticas coletivas voltadas para potencializar a autonomia e o bem-estar das pessoas, diante dos problemas de saúde individual e coletiva. Porém, esse potencial de mudança deve ser mais bem investigado. O estudo demonstra ainda que há necessidade de maior envolvimento da comunidade nas ações educativas das equipes de Saúde da Família no cenário estudado.

Em geral, os desafios apontados pelo estudo aglutinam-se em torno da necessidade de formação e educação permanente dos profissionais da APS para atuarem em práticas de ES condizentes com as diretrizes da política de EPS. Cabe mencionar que as escolas técnicas e as universidades da área da saúde precisam estar atentas à formação de competências e habilidades dos profissionais para atuarem em práticas educativas.

Enfim, o estudo indica que a percepção sobre a ES se mostra abrangente e com aspectos coerentes com a política nacional de EPS. Ao contrário das práticas de ES mencionadas pelos participantes, que ainda permanecem, em sua maioria, enraizadas em ações educativas tradicionais da APS.

A valoração dessa prática também é desafio para a gestão dos serviços de saúde, no âmbito da APS, no município investigado. Espera-se que haja maiores investimentos na implementação da política de EPS entre as equipes de Saúde da Família, para favorecer o desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas à investigação, planejamento e atuação nas práticas coletivas em ES.

A partir dos achados do estudo, recomenda-se a criação de uma política municipal de ES, tendo como referência a EPS, dada a sua importância para os programas e ações da APS.

Reconhece-se que o estudo, apesar de desenvolvido em um município de grande porte do estado de Minas Gerais e retratar alguns aspectos de uma percepção regional, traz elementos que fazem eco à Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que são comuns às equipes de Saúde da Família no Brasil.

Dessa forma, acredita-se que seus resultados podem favorecer debates e integrar referências a processos de educação permanente, ao provocar reflexões acerca das percepções dos profissionais de saúde, com enfoque na necessidade de valorização da EPS dentro do elenco de atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. Sugere-se, por fim, que outros estudos aprofundem o debate da EPS, no âmbito da APS, com abrangência regional ou nacional, investigando os processos de educação e formação profissional, bem como as barreiras que impedem a efetiva implementação da EPS em nível local.

Colaboradores

Tácia Maria Pereira Flisch e Dener Carlos dos Reis coletaram e analisaram os dados e participaram da elaboração do texto. Heloísa de Carvalho Torres, Virginia Torres Schall e Rodrigo Henrique Alves participaram da análise dos resultados e da construção do manuscrito. Thiara Amanda Corrêa de Almeida responsabilizou-se pelo processamento dos dados.

Referências

1. Flisch TMP. Práticas coletivas de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde em Contagem, MG [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

2. Torres HC, Monteiro MRP. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no programa saúde da família em Belo Horizonte/MG. Rev Min Enferm. 2009; 10(4):397-401.

3. Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 19-94.

4. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad Saude Publica. 1999; 15 Supl 2:S4-6.

5. Portaria nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2011.

6. Torres HC, Amaral MA, Amorim MM, Cyrino AP, Bodstein R. Capacitação de profissionais de atenção primária à saúde para educação em diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2010; 23(6):751-6.

7. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Cienc Saude Colet. 2001; 6(1):63-72.

8. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad Saude Publica. 2011; 27(1):7-18.

9. Stotz EN. A Educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trab Educ Saude. 2005; 3(1):9-20.

10. Stotz EN, David HMSL. Wong Un JA. Educação popular em saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Rev APS. 2005; 8(1):49-60.

11. Demo P. Politicidade: razão humana. Campinas: Papirus; 2002.

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): MS; 2007.

13. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saude Publica. 2005; 21(1):200-6.

14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

15. Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. Health Promot Int. 2011; 27(3):356-71.

16. Pekelman R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. Rev APS. 2008; 11(3):295-302.

17. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):39-52.

18. Gastaldo D. É a educação em saúde "saudável"? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. Educ Real. 1997; 22(1):147-68.

19. Ceccim RB, Ferla AC. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab Educ Saude. 2009; 6(3):443-56.

20. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso, MGTl. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Cienc Saude Colet. 2007; 12(2):335-42.

21. Campos GWS, organizador. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-68.

22. Parker EA, Chung LK, Israel BA, Reyes A, Wilkins D. Community organizing network for environmental health: using a community health development approach to increase community capacity around reduction of environmental triggers. J Prim Prev. 2010; 31(1-2):41-58.

23. Ndekha A, Hansen EH, Molgaard P, Woelk G, Furu P. Community participation as an interactive learning process: experiences from a schistosomiasis control project in Zimbabwe. Acta Trop. 2003; 85(3):325-38.

24. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annu Rev Public Health. 1998; 19:173-202.

25. Dias JCP. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. Cad Saude Publica. 1998; 14 Supl 2:19-37.

26. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface (Botucatu). 2004; 8(15):259-74.

27. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

28. Teitelbaum K, Apple M. John Dewey. Curriculo sem Front. 2001; 1(2):194-201.

29. Freinet C. Pedagogia do bom senso. 7a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

30. Sirgado AP. O social e o cultural na obra de Vigotski. Educ Soc. 2000; 21(71):45-78.

31. Gallo S. Deleuze e a educação. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2008.

32. Almeida VS. A distinção entre conhecer e pensar em Hannah Arendt e sua relevância para a educação. Educ Pesqui. 2010; 36(32):853-65.

33. Villa E. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 43-51.

34. Vasconcelos M, Grillo MJ, Soares SM. Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: UFMG; 2009.

35. Demo P. Educação e conhecimento: relação necessária, insuficiente e controversa. Petrópolis: Vozes; 2000.

36. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saude Publica. 1999; 15 Supl 2:7-14.

37. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis. 2004; 14(1):67-83.

38. Ministério da Saúde. Bases para a educação em saúde nos serviços. Documento preliminar a ser submetido a processo de discussão e aperfeiçoamento na oficina nacional de educação em saúde nos serviços do SUS. Brasília (DF): MS; 2008.

39. Acioli S, David HMSL. A educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva. In: Santos I, David HMSL, Silva D, organizadores. Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 3-8.

40. Gadotti M. Educação comunitária e economia popular. In: Gadotti M, Gutiérrez F, organizadores. Questões de nossa época. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2001.

41. Ministério da Saúde. Educação em saúde. Bol Inst Saude. 2004; (34):13-4.

42. Moreira MA. A teoria da aprendizagem significativa de Ausubel. In: Moreira MA, organizador. Teorias da aprendizagem. São Paulo: EPU; 1999. cap. 10, p. 151-65.

43. Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família.Texto Contexto Enferm. 2013; 22(1):157-65.

44. Lima KA, Costa FN. A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. Alim Nutr. 2006; 16(1):33-8.

Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. ¿Cómo los profesionales de la atención primaria perciben y desarrollan la Educación Popular en Salud? Interface (Botucatu). Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1255-1268.

El objetivo del estudio fue analizar percepciones y experiencias en Educación en Salud de 166 profesionales de equipos de Salud de la Familia de Contagem (Estado de Minas Gerais) que respondieron un cuestionario sobre prácticas de Educación en Salud. Los participantes consideraron aspectos más allá de la finalidad informativa, al relatar prácticas enfocadas en la calidad de vida y en la formación humana. Todas las categorías profesionales mencionaron una mayor participación en grupos de control de la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. El 4,7 % de los entrevistados utilizan la pedagogía de Paulo Freire. No se mencionaron términos que demuestran la intencionalidad política, tales como "control social" y "Educación Popular en Salud". Se constató la necesidad de procesos de educación permanente para los profesionales e implementación de la política nacional de Educación Popular en Salud.

Palabras-clave: Educación en Salud. Promoción de la Salud. Salud de la Familia. Atención Primaria de la Salud.

Recebido em 17/05/2013. Aprovado em 24/12/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0467

Subjetividade, espiritualidade, gestão e Estado na Educação Popular em Saúde:

um debate a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos

Luciano Bezerra Gomes[a]
Emerson Elias Merhy[b]

Gomes LB, Merhy EE. Subjectivity, spirituality, management and State in Popular Health Education: a discussion based on the work of Eymard Mourão Vasconcelos. Interface (Botucatu). Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1269-1282.

The article argues that Popular Health Education has a plurality of themes and allows enriching the public health debate in different fields of production. It is based mainly on the analysis of papers written by Eymard Mourão Vasconcelos between 1994 and 2009, systematizing his reflections about the themes of subjectivity and spirituality, management of teams and health services, and the State in the health sector. As this author's proposals are gradually presented, possibilities of discussion with other authors in the health field are suggested. These authors' ideas strengthen or question Vasconcelos' formulations, which shows the richness of the debate that can be generated from such approaches.

Keywords: Popular Health Education. Spirituality and health. Health management. Qualitative research.

O artigo identifica que a Educação Popular em Saúde apresenta uma pluralidade de temáticas, permitindo enriquecer o debate da saúde coletiva em distintos campos de produção. Baseia-se fundamentalmente na análise dos escritos de Eymard Mourão Vasconcelos entre os anos de 1994 e 2009, sistematizando suas reflexões sobre os temas da subjetividade e espiritualidade, gestão de equipes e de serviços de saúde e o Estado no setor saúde. À medida que vão sendo apresentadas as proposições desse autor, apontam-se possibilidades de debate com outros autores do campo da saúde, os quais fortalecem ou questionam as formulações de Eymard, demonstrando a riqueza do debate que pode ser gerado a partir de tais aproximações.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Espiritualidade e saúde. Gestão em saúde. Pesquisa qualitativa.

[a] Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900. lucianobgomes@gmail.com
[b] Departamento de Graduação, Campus de Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ, Brasil. emerson.merhy@gmail.com

O campo da saúde, no Brasil, tem apresentado muito pouca capacidade de se abrir para um diálogo profundo interno. Constatamos isso com certa tristeza, pois perdemos em capacidade de nos renovarmos a partir das afetações e da abertura para a produção de transversalidades. Ao perder essas possibilidades de leituras transversais, por exemplo, temos visto diversas pessoas buscarem nos autores do campo da Educação Popular em Saúde apenas suas formulações referentes à educação. Assim fazendo, desperdiçam a possibilidade de interagir com outras perspectivas que esse campo aponta e que pode ajudar a problematizar diversos temas relevantes.

Foi tentando sair de tais monólogos que realizamos uma pesquisa buscando analisar a formulação de autores da Educação Popular em Saúde em relação ao tema do cuidado em saúde, a qual foi desenvolvida como pesquisa no curso de mestrado de um dos autores do presente artigo, tendo o outro autor como seu orientador. A pesquisa se desenvolveu junto à Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro[c].

Nesta pesquisa, além de realizarmos uma ampla revisão bibliográfica na literatura brasileira, que nos permitiu compreender o surgimento da Educação Popular em Saúde como campo de produção acadêmica e como potente movimento social[1], também nos debruçamos de modo mais aprofundado sobre a formulação de cuidado presente na obra de Eymard Vasconcelos. A escolha desse autor se deveu à sua prolífera contribuição ao campo, bem como ao seu papel no desenvolvimento de diversas redes que envolvem trabalhadores e pesquisadores dessa área, tendo essa atuação relação direta com tudo que ele produziu.

Debruçamo-nos, assim, sobre toda a obra escrita desse autor, publicada entre os anos de 1994 e 2009, sob os diferentes formatos. Além de sistematizarmos as suas formulações, tentamos apontar possibilidades de debate com outros autores que tomam as disputas em torno da clínica e da produção do cuidado.

Entretanto, ao realizarmos este estudo, identificamos alguns temas que, estando relacionados direta ou indiretamente, ou mesmo margeando o debate sobre a clínica e o cuidado, presentes na obra de Eymard, extrapolam essa seara e colocam algumas questões relevantes para o campo da saúde como um todo. Apresentamos aqui o que sistematizamos da obra desse autor com o recurso às seguintes categorias: Críticas ao racionalismo e concepção de subjetividade e espiritualidade; Gestão do trabalho em equipe; Concepções sobre a gestão da saúde e o Estado.

[c] **Para conhecer esta pesquisa na íntegra, vide: Gomes LB. A gestão do cuidado na Educação Popular em Saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.**

Críticas ao racionalismo e concepção de subjetividade e espiritualidade

Vasconcelos afirma que a ciência moderna nega a subjetividade, hipertrofiando a razão instrumental, e identifica, no final do século XX, uma intensificação da valorização das dimensões não racionais presentes na produção do conhecimento e nas ações humanas. Ele afirma, entretanto, que há uma limitação dessas perspectivas, por se reduzirem a abordar as dimensões inconscientes presentes na psicanálise, que não deixa de ser uma leitura racionalista sobre a mente[2].

Baseando-se em Carl Jung, Eymard defende que o ser humano deve integrar quatro funções psicológicas básicas: a razão, a sensação, a emoção e a intuição. Ele afirma que os trabalhadores da saúde precisam aprender a compreender "também por dimensões que estão além da razão"[3] (p. 182) e que, nos serviços

de saúde, grande parte das ações dos profissionais já se baseia em atitudes intuitivas. Além disso, que a dimensão emocional no trabalho em saúde é fundamental para que se avance na construção de caminhos pactuados entre os diversos sujeitos envolvidos[2].

Diante disso, Vasconcelos pretende associar uma valorização da subjetividade com a perspectiva de emancipação desenvolvida por Karl Marx[2]. Na sua concepção de subjetividade, porém, ele associa-se a autores que fazem esse caminho por meio da valorização da espiritualidade. Um desses autores mais relevantes é Leonardo Boff, uma das referências importantes da teologia da libertação, onde se desenvolveu um diálogo entre o marxismo e os valores cristãos hegemônicos em nossas sociedades latino-americanas, propondo um recorte de classe a uma igreja que faria a opção preferencial pelos pobres.

Esses sujeitos estimularam o desenvolvimento das comunidades eclesiais de base, que representaram um dos espaços marcantes da resistência às ditaduras que se espalharam em nosso continente durante as décadas de 1960 a 1980[4]. Vários coletivos da saúde foram profundamente influenciados, em suas origens, por esses autores e suas práticas, sendo por meio da luta desses coletivos que Vasconcelos se destaca.

Boff afirma que o cuidado se encontra na natureza da essência humana, que é constitutivo do humano, o qual coloca cuidado em tudo o que faz e nele encontra seu ethos fundamental[5]. Esse autor, não obstante reconheça a necessidade de se lutar pelo fortalecimento do cuidado na nossa sociedade, aposta no cuidado como perspectiva teleológica, que se sustenta como valor transcendente na constituição do ser humano. Embora critique perspectivas moralistas, ele concebe o cuidado como valor moral. Mais do que debater a concepção de cuidado de Boff, consideramos que expô-la é uma boa maneira de demonstrar a concepção essencialista de ser humano, presente nesse autor. Para ele:

> No fundo, cada pessoa é uma pessoa, única e irrepetível. Ela, pela sua simples presença, significa uma convocação para a Transcendência viva. O ser humano, já o dissemos tantas vezes, representa um projeto infinito e um mistério aberto sobre o inteiro universo. Esse mistério não é o resíduo do ainda não conhecido ou pesquisado. Mas é exatamente aquilo que antecede a todo o conhecimento e se mostra ainda maior após todo o conhecimento. Que é o ser humano? [...] A experiência última do homem não é mais o homem; é a experiência daquilo que transcende o homem; é a experiência do Mistério. Cada homem, por mais pecador e miserável que seja, não pode apagar a Transcendência que se torna transparente em seu semblante. Ele é sempre maior que todos os seus crimes; maior do que todos os seus arroubos de amor e de mística. Nele flui uma torrente de bondade, palpita uma profundidade misteriosa, irrompe um além que constitui a permanente diafania de Deus no mundo. Por isso, o ser humano assoma como o maior sacramento de Deus. Eis de onde provém toda a sacralidade da pessoa humana; daí toda a sua respeitabilidade; daí a identidade afirmada por Cristo entre o amor ao próximo e o amor a Deus. O amor não é mandamento meramente voluntarístico; assim é porque Deus simplesmente o quer. Deus o quer porque ele é o mais importante que existe. E o ser humano é o lugar de sua aparição e realização privilegiada e consciente[6]. (p. 100-1; grifos do autor)

Embora não se refira em seus textos especificamente a essa citação, identificamos que tal perspectiva essencialista do ser humano é assumida também por Vasconcelos, em sua concepção de subjetividade, pois seu reconhecimento das limitações da ciência em produzir a atenção integral às pessoas o leva, "necessariamente", à espiritualidade como saída.

Ao invés de trabalhar com o conceito de religiosidade, prefere a concepção de espiritualidade, entendida por ele de modo semelhante ao que defende Boff: como a vivência da transcendência. Entretanto, segundo Vasconcelos, Boff desenvolveria uma concepção de transcendência na imanência, ou transcendência imanente, por não se referir a uma transcendência como era compreendida historicamente na filosofia, mas por tratar de "uma dimensão, não imediatamente percebida, da realidade concreta, material e cotidiana da existência"[2] (p. 31).

Ele entenderia a transcendência como um conceito não necessariamente religioso, mas como "um elã vital, uma vitalidade surpreendentemente dinâmica presente em todo o ser humano que, no entanto, pode estar entorpecida por situações existenciais particulares"[2] (p. 32). Boff defende a

superação do materialismo com a espiritualidade, que religaria o homem ao "Todo"[5]. Embora afirme uma transcendência que não se opõe a uma imanência, acaba transparecendo uma concepção teleológica do homem.

A espiritualidade, segundo Vasconcelos, desenvolve-se no cultivo do contato sistemático com o eu profundo, trazendo a transcendência para o lugar de orientação da consciência no cotidiano da vida. Para tanto, tornar-se-ia necessário permitir momentos de interiorização, de reflexão, meditação, contemplação, de integração consciente com a transcendência. Baseando-se no inconsciente junguiano, ele defende uma concepção de espiritualidade como a vivência de dimensões profundas da subjetividade, do eu. "A conexão com o eu profundo é o canal de abertura para a transcendência. É um caminho importante de ligação do ser humano [...] com a totalidade do cosmos"[2] (p. 37), onde o caráter social da espiritualidade se daria pela compaixão.

Consideramos que com essas concepções Vasconcelos desenvolve um arcabouço teórico relevante para lidar com os desafios que ele colocou, entretanto, salientamos que diversas perspectivas dão centralidade à subjetividade sem passar pela concepção de espiritualidade trabalhada por ele. Vários autores rompem com a definição de ser humano, baseada num telos, remetendo-a a sujeitos em constante produção imanente.

Para Nietzsche[7], a lógica da moralidade busca instituir um "indivíduo soberano", que se orienta por princípios de "responsabilidade" ditados por sua "consciência", julgando a si e aos outros segundo valores transcendentes, produzindo, assim, homens melhores. Nietzsche se dedica a desconstruir essa perspectiva. Ele entende que "os valores não têm existência em si, não são uma realidade ontológica; são o resultado de uma produção, de uma criação do homem; não são fatos, são interpretações introduzidas pelo homem no mundo"[8] (p. 59-60). Segundo o filósofo[7], a construção do novo homem passa justamente pela ruptura com todo tipo de transcendência.

Deleuze também refuta a busca de sentidos transcendentes para o ser humano. Segundo ele, "o Abstrato nada explica, devendo ser ele próprio explicado: não há universais, nada de transcendente, de Uno, de sujeitos (nem de objeto), de Razão, há somente processos, que podem ser de unificação, de subjetivação, de racionalização, mas nada mais"[9] (p. 182, grifos do autor). Ele busca, então, em Espinosa, uma ética como "tipologia dos modos de existência imanentes", substituindo a moral, "a qual relaciona sempre a existência de valores transcendentes"[10] (p. 29). A moral estrutura sistemas de julgamentos, baseados na oposição dos valores entre bem ou mal; já a ética desarticula os sistemas de julgamentos, trabalhando as diferenças qualitativas dos modos de existência em bom ou mau. Na visão de Deleuze, esses sistemas são construídos por sujeitos em relação com o mundo e consigo mesmo.

A subjetividade dos usuários como potência

Quando estão diante de situações de adoecimento importante, muitos aspectos da vida das pessoas, em especial das suas dimensões subjetivas, são intensamente mobilizados. Segundo Vasconcelos, além de produzir sofrimento, os episódios de adoecimento mais relevantes podem também representar portas de entrada para a transcendência, oportunidades para se ressignificar a existência[2]. Consideramos que tal compreensão permite trabalhar com as potências da doença, saindo da sua mera negação, entendendo-a como experiência também produtora de vida.

Porém, para compreendermos a subjetividade no campo social, precisamos acessar outros conhecimentos, geralmente não desenvolvidos na formação tradicional do profissional de saúde[3]. Um ponto relevante na concepção defendida por Vasconcelos é que a inserção em processos de luta social coletiva leva à produção de novas subjetivações[2, 11]. Ele se aproxima, aqui, de Guattari e Rolnik[12], para quem há uma produção social dos processos de subjetivação; uma vez que, segundo esses autores, os processos de subjetivações seriam moldados na luta social.

Para Vasconcelos, "os problemas materiais ganham sentido na vida das pessoas a partir de seus sistemas de valores e crenças que ordenam, interpretam e lhes atribuem prioridades diferenciadas"[3] (p. 218-9). Ele afirma que a consciência da carência e a necessidade de luta para sua superação exigem elaboração mental dos indivíduos. Entretanto, os processos que

geram tal atitude coletiva variam, pois as condições consideradas adequadas de vida e o que se compreende como direitos de cidadania são singulares[3].

Ele vai buscar em Victor Valla a concepção de que, em diversas situações, pessoas das classes populares evitam "processos de conscientização", por imaginar que isso exigirá mais ainda da parte delas, que já se encontram vivendo próximo de seus limites[3]. O autor aponta as limitações da concepção de tomada de consciência, dialogando diretamente com Suely Rolnik, que identificou que, nos países mais ricos, há um reconhecimento das pessoas como portadoras de direitos sem que isso represente um acolhimento.

Como o inconsciente seria o que permite acesso às dimensões mais profundas do ser humano, nosso autor propõe uma tomada da inconsciência, para se chegar a uma sociedade mais justa. A tomada da inconsciência representa uma concepção interessante desenvolvida por ele, noção que certamente tem muito a enriquecer num diálogo com as concepções de inconsciente e de desejo como produção presente nas concepções de autores como Deleuze e Guattari, entre outros[12,13].

Sobre a espiritualidade no trabalho em saúde

Para Vasconcelos, a educação popular, desde sua origem, esteve muito próxima das questões da religião e da igreja e precisaria, atualmente, compreender e lidar com o atual quadro de diversidade religiosa que vem crescendo no Brasil. Ele reconhece que a vida religiosa se relaciona, em vários aspectos, com a área da saúde. Por um lado, as populações latino-americanas têm uma relação com a religião bastante intensa, construindo por aí muitos dos sentidos de sua existência e produzindo explicações para os processos de adoecimento e cura a que estão submetidas. Por outro lado, muitos profissionais de saúde constituem, na vivência religiosa, os significados para sua vida e das dimensões éticas no seu trabalho. Por fim, há uma longa e relevante história da prestação de serviços de saúde pelas entidades religiosas[2].

Segundo o autor, quando a vivência da transcendência se desenvolve como divina, de um modo a "revelar a presença de um Outro na alma humana"[2] (p. 45, maiúscula como grifo do autor), a espiritualidade pode ser chamada de religiosidade. Entretanto, seria possível a interlocução entre pessoas que têm uma vivência religiosa da espiritualidade com outros que desenvolvem uma vivência não religiosa, pois a experiência subjetiva seria semelhante entre elas.

Ele propõe debatermos explicitamente essa temática, pois "as práticas religiosas têm estado presentes no trabalho de saúde de forma pouco crítica e elaborada, uma vez que nele se infiltram de modo silencioso e não debatido"[2] (p. 24). Além do estudo de diversas disciplinas, que abordam o tema da espiritualidade, Vasconcelos acredita que os profissionais deveriam se lançar intensamente aos caminhos da própria espiritualidade. Seria preciso se buscar o autoconhecimento profundo.

Ele defende que desenvolver a própria espiritualidade é uma maneira relevante de o profissional trabalhar melhor com as afetações presentes em elementos transferenciais inerentes ao processo terapêutico constitutivo do trabalho em saúde. Na prática clínica, a transferência é um elemento fundamental, por permitir: considerarmos o protagonismo e singularidade dos sujeitos; compreendermos os fluxos de afetos presentes naquela etapa da vida dos sujeitos, ajudando a construir uma visão mais ampliada do outro, permitindo a construção de propostas mais potentes de superação das dificuldades.

Tal conceito é bastante desenvolvido pelas várias psicanálises e por algumas correntes da análise institucional[14]. Lidar com as várias dimensões subjetivas, que são mobilizadas no encontro com os usuários, é um aspecto que, segundo Vasconcelos, poderia ser facilitado no profissional que tem mais abertura para a própria espiritualidade[2].

O autor propõe a espiritualidade também como caminho para a promoção da saúde. Afirma que não conseguimos apoiar a melhoria da saúde da população apenas com argumentos racionais e medidas institucionais. Defende a necessidade de se perceber, comunicar-se e ajudar no aprofundamento de crenças, utopias e valores presentes na concepção de vida dos coletivos. Para ele, a transformação causada pela vivência da doença pode gerar mobilizações de energias coletivas,

promovendo o desenvolvimento ou ampliação de lutas que anteriormente tinham grande dificuldade em serem desencadeadas. A luta coletiva em parceria com as classes populares levaria ao amor como construção ética para as relações[2].

Gestão do trabalho em equipe

Um dos valores mais relevantes para a educação popular é a construção coletiva das lutas. Nessa perspectiva, devem-se evitar iniciativas isoladas, pois as atividades construídas coletivamente têm maior potencial de transformação e de continuidade[3]. Assim, Vasconcelos se questiona sobre o modo como se dão as relações entre os trabalhadores de saúde, bem como pensa em maneiras de se conduzir melhor a gestão do trabalho entre eles.

Ele defende que as equipes que se orientam pelos princípios da Educação Popular em Saúde desenvolvem outras interações, ao se questionarem sobre as relações de poder estabelecidas. Considera que mesmo profissionais sem formação específica, mas que atuam em serviços de saúde, precisam passar a participar das discussões sobre o funcionamento do serviço, assim como serem qualificados para realizarem seus trabalhos de modo a se tornarem, com suas especificidades, também cuidadores[15].

Ele identifica potências na complexificação das redes de cuidado, em que os profissionais precisam se articular para produzir a integralidade da atenção. Ao mesmo tempo, concorda que o campo da saúde é atravessado de disputas pelo controle de determinados setores de atenção à saúde, como quando eventualmente profissionais da saúde mental tentam manter certo monopólio da ação sobre aspectos afetivos no trabalho coletivo[3].

Para potencializar o modo como os profissionais precisam se articular no seu trabalho, Gastão Campos propõe que eles pactuem constantemente as ações que são específicas de cada profissional, que constituiriam o seu núcleo de competências, compartilhando as ações que deveriam ser comuns a todos, que estariam dentro do campo de competências de todos os profissionais da saúde. A negociação das atribuições nucleares e do campo de atribuições comuns é fundamental, pois elas não são estanques, variando de acordo com a constituição de cada equipe, com os problemas com os quais estão lidando e, mesmo, com a singularidade de cada usuário[16-18].

Dialogando com tal perspectiva, Ricardo Ceccim propõe que esse trabalho em equipe multiprofissional, entretanto, seja orientado segundo uma perspectiva entredisciplinar, onde os saberes não se agregariam apenas, mas se relacionariam, inclusive, delimitando as situações para as quais eles reconheceriam suas insuficiências e se lançariam ao desafio de produzir o novo[19].

Utilizando outros conceitos, Vasconcelos defende a educação em saúde como campo de práticas de todos os profissionais e não como saber nuclear a determinada categoria profissional ou a especialistas em educação. Na sua perspectiva, poderíamos afirmar a Educação Popular em Saúde como elemento do campo comum de atuação do conjunto dos profissionais, permitindo o desenvolvimento de relações entredisciplinares[11].

Vasconcelos, ao discutir a necessidade de dialogicidade na sua reflexão sobre a Educação Popular em Saúde, coloca questões que podem ser trabalhadas de modo muito próximo a reflexões sobre o cuidado, gerando ofertas importantes para se pensar a gestão do cuidado em equipes de saúde. Por exemplo, afirma que, ao propor processos coletivos de construção de intervenções:

> diante de uma situação complexa, o importante é fazer uma roda de conversa, problematizar a situação de modo participativo e buscar estudos teóricos que contribuam no seu entendimento. Mas trata-se de uma problematização não presa apenas ao debate de aspectos biológicos e sanitários. Mesmo o problema mais corriqueiro de saúde está ligado com questões sociais globais. É o entendimento de cada questão, relacionando suas dimensões biológicas, psicológicas, ambientais, culturais, sociais, econômicas e políticas, que permite uma compreensão mais profunda[11]. (p. 291)

De certo modo, configura-se aqui uma proposta de construção coletiva do que alguns autores denominam por projetos terapêuticos singulares (PTS), em que são articuladas intervenções de diversos

atores para se alcançarem metas pactuadas coletivamente, que vão desde tratamento medicamentoso individual à articulação de reuniões com representantes do poder público[3,14].

A elaboração de PTS busca instituir novos sentidos para as reuniões de equipe, trazendo para o foco não aspectos normativos, mas as necessidades de se ofertarem modos mais qualificados de se produzir a atenção. Campos[20] analisa que nem todas as situações que chegam à unidade de saúde demandam a elaboração coletiva de um PTS por parte da equipe, propondo que se discutam e definam coletivamente as situações que exigem tal abordagem.

A construção de projetos terapêuticos singulares deve envolver todos os trabalhadores, permitindo que várias pessoas possam contribuir de modos diferentes, de acordo com os distintos vínculos existentes e saberes que manejam, na análise do caso em sua singularidade, na proposição de caminhos e na sua coordenação[14,21].

Para atuar em relações de trabalho tão complexas, lidando com situações de vida de intenso sofrimento, Vasconcelos propõe que os profissionais desenvolvam estratégias de processamento dos próprios afetos. Diante de determinadas situações do trabalho em saúde, reage-se com dúvida, imobilidade, depressão, raiva, indignação, perplexidade, entre outras possibilidades.

Diante disso, ele afirma a necessidade de os profissionais desenvolverem processos de autoanálise, a fim de lidarem com tais dimensões interiores que os afetam, podendo ser mesmo por meio de escrita reflexiva das suas vivências. Ao mesmo tempo, o autor faz severa crítica aos processos de educação dos profissionais de saúde, que se organizam em treinamentos com a intenção de repassar informações[3,11].

Tanto para permitir outras maneiras de desenvolver o processo de aprendizagem, mas também para ajudar os trabalhadores a lidarem com as dimensões afetivas que estão relacionadas ao seu cotidiano profissional, como ainda para disparar a instituição de novas relações micropolíticas nos serviços, vários autores propõem a estratégia da educação permanente em saúde, em que as diversas dimensões do trabalho em saúde são tomadas como objeto para o processo coletivo de reflexão[22].

Embora conheça tais reflexões sobre a educação permanente, Vasconcelos defende a educação popular como método para lidar com as relações na equipe. De certa forma, para ele, o que não é educação popular, acaba sendo trabalhado como "práticas educativas formais". Não há em seus textos grandes aberturas para discussão, interlocução, explicitação de possibilidades de diálogo com outras perspectivas pedagógicas, que eventualmente tivessem capacidade de serem agregadas ou, em algumas situações, de substituir a educação popular.

Ele até realiza, em alguns momentos, críticas relevantes à educação popular, por exemplo, ao afirmar que "símbolos e gestos têm significado educativo que repercute independentemente de sua verbalização. Mas a educação popular tem, tradicionalmente, se restringido à consideração de dimensões conscientes de trocas de saber"[3] (p. 51). Mesmo assim, ele sempre se remete à educação popular como o método adequado para lidar com a necessidade de diálogo entre trabalhadores e usuários, bem como para mediar as interações entre os trabalhadores nas relações de equipe e com os gestores.

O autor afirma que a educação popular não é a única perspectiva pedagógica que se baseia na problematização, entretanto, considera "a pedagogia não diretiva baseada na problematização que mais consegue integrar as dimensões política, cultural, ecológica, subjetiva e técnica"[11] (p. 279).

Considera, ainda, que o adjetivo popular presente na denominação da perspectiva da educação popular não se remete ao público à qual ela é destinada, sendo possível trabalhá-la com estudantes universitários e trabalhadores da saúde, por exemplo, que também vivem relações de opressão e de degradação institucional. Essa concepção é, em parte, o que o leva a defender a educação popular como o método adequado a ser utilizado nos processos de formação de profissionais de saúde nos cursos de graduação e pós-graduação, bem como nos processos de educação permanente dos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde[11].

Ainda, sobre as relações que se desenvolvem nos estabelecimentos de saúde, Vasconcelos faz uma reflexão sobre a constitutividade do conflito, o qual estaria sempre presente nos processos em que há investimento de pessoas que se envolvem com o cotidiano dos serviços. Para ele, haveria muitos caminhos e distintas formas de enxergar e lidar com os conflitos, não sendo possível sua superação apenas com boas doses de bom senso, compreensão e de amor entre os diferentes membros.

Essa concepção é relevante, até porque rompe com uma concepção funcionalista, muito forte ainda, baseada na teoria geral dos sistemas, na qual se considera que existe um único propósito para o conjunto das pessoas e processos de trabalho, no caso a promoção da saúde da população, o qual seria suficiente para ordenar as atividades técnicas e administrativas dos serviços. Existiria um objetivo geral comum a todos os atores envolvidos no sistema. Entretanto, tais concepções não se sustentam quando observamos, por exemplo, os fortes interesses corporativos operando no cotidiano dos serviços de saúde, segundo seus múltiplos projetos privados[23].

Diante disso, temos a necessidade de elaborarmos arranjos organizacionais em que as diferentes disputas existentes entre os projetos que atravessam os serviços de saúde sejam explicitadas e publicizadas. Mas, para além da mediação dos conflitos, necessitamos também de um modelo de gestão em que o conjunto dos sujeitos envolvidos possa participar dos processos de análise da situação, definição de prioridades e avaliação das propostas implementadas. Ante tal desafio, Vasconcelos propõe a criação de espaços periódicos de reunião, em que os sujeitos poderiam analisar conjuntamente e definir as melhores soluções, negociando com as diferenças existentes nos grupos[15].

Segundo Gastão Campos, uma estratégia importante seria pensar em arranjos organizacionais na produção dos serviços de saúde que permitam outras relações entre os sujeitos, como romper com determinados desenhos tradicionais e propor organizações de unidades produtivas de acordo com os valores de uso agregados para o cuidado e os coletivos necessários para sua produção.

A gestão dessas unidades produtivas deveria contemplar, necessariamente, os sujeitos que trabalham nelas, independentemente de categorias profissionais ou outros recortes administrativos. A implementação de espaços de cogestão dos serviços de saúde se inscreve nas propostas que tentam superar o modelo hegemônico, de base taylorista, de gestão de serviços de saúde, apostando que os sujeitos se coproduzem ao mesmo tempo que produzem os atos de saúde. Esses espaços teriam funções básicas administrativas, políticas, pedagógicas e terapêuticas. A constituição dessas estratégias dependeria da vontade política dos diferentes atores envolvidos, bem como da existência de condições objetivas para tanto.

Campos parte do pressuposto de que os espaços de cogestão fortalecem a constituição de sujeitos e a democracia institucional, diminuindo a alienação dos trabalhadores no processo de cuidado, gerando outros tipos de corresponsabilização, ampliando suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade, facilitando a circulação de saberes e potencializando a expressão de afetos e a maneira como se lidam com as relações intersubjetivas no coletivo organizado[16,17].

Diferentes interesses existem entre os atores que constroem os serviços de saúde e, neles e em suas práticas, apresentam-se aspectos de suas singularidades, mas também aí refletem as forças hegemônicas e em disputa na sociedade. Essa situação seria geradora de conflitos no serviço, os quais se apresentariam explicitamente, ou ficariam encobertos. Tais conflitos, entretanto, deveriam ser encarados e trabalhados como matéria-prima importante para a gestão e a construção de novos pactos, que temporariamente responderiam melhor aos diferentes interesses em jogo[16,17,24].

Vasconcelos acredita que a educação popular permite uma construção mais elaborada e adequada de ações para se lidar com os conflitos. Seu potencial de promover uma melhor condução de situações conflituosas se daria pelo fato de permitir "ampliação dos canais de interação cultural, negociação de interesses, troca de saberes, intercâmbio de sentimentos e explicitação de significados simbólicos presentes na relação entre os diferentes atores envolvidos nos problemas de saúde"[3] (p. 265).

Para além do debate da constituição de espaços coletivos dentro do serviço, Vasconcelos também acredita que "as mudanças institucionais não passam necessariamente por decisões acordadas explicitamente nas reuniões"[3] (p. 97). Ele enfatiza a dinâmica potente dos espaços informais como lugar de se processarem as emoções dos profissionais. Para ele, as conversas informais e as iniciativas não discutidas teriam poder educativo e político importante e não deveriam ser desvalorizadas. Ponderamos, entretanto, que é preciso construir parâmetros éticos para que os espaços informais não se constituam em lugares onde a vida dos outros seja definida, sem que eles possam participar desses processos[25].

Concepções sobre a gestão da saúde e o Estado

Um aspecto fundamental – embora numa leitura menos atenta até possa parecer secundário –, na obra de Vasconcelos, refere-se à concepção que ele tem da gestão da saúde, sobre as possibilidades de transformar a produção da saúde a partir do lugar da gestão, entre outras questões que versam sobre a ocupação de instâncias governamentais na estrutura do Estado.

Para dar a dimensão disso, vale resgatar a primeira dedicatória presente em um de seus livros, em que ele o oferece:

> aos modernos barões e duquesas do setor saúde que, inspirados no desejo de expandir os serviços à população, mas seduzidos pelo poder, se têm empenhado com extremo ardor e radical intolerância na reforma do sistema de saúde por meio da racionalidade administrativa gestada na indústria capitalista. Instigado por seus autoritarismos e por suas desconsiderações sobre a complexidade da dinâmica de relação entre os serviços de saúde e a população, mobilizei-me nessa pesquisa para respeitosamente pronunciar, com maior clareza, minha discordância[3]. (p. 7, grifos do autor)

Em diversos momentos do referido livro, ele vai desenvolvendo uma visão crítica da gestão, que tende a aparecer como absorvida em projetos próprios, descolados dos interesses e ritmos dos movimentos locais[3]. Vale salientar que a tese, que deu origem a esse livro, foi desenvolvida a partir de uma pesquisa-ação realizada por ele em uma unidade de saúde no município de Belo Horizonte, no primeiro mandato da gestão reconhecida como iniciadora da construção de uma das mais robustas redes de saúde do país[26]. Sendo assim, podemos inferir que não é por desconhecer experiências importantes de gestão pública da saúde que Vasconcelos desenvolve uma concepção crítica como a que apresenta.

Acreditamos que a base de suas concepções pode ser encontrada na crítica que faz à "administração científica" taylorista, associada ao fordismo, que levou à fragmentação do processo de trabalho nos serviços de saúde, entre outros aspectos. Nessa perspectiva, a divisão do trabalho não se limita à produção material, expandindo-se para a produção intelectual e também do setor saúde. Ele compreende que tal lógica, que alienaria o trabalhador do produto de seu trabalho, embora tenha servido para o desenvolvimento do capital, também foi assimilada pelas experiências soviéticas de gestão do Estado. Ele faz uma análise do papel que o Estado cumpriu no desenvolvimento do capital, enfatizando o modelo keynesiano no século XX, e como tal Estado passou, progressivamente, a ser regido pelas lógicas da "administração científica do trabalho".

A partir disso, identifica nesses movimentos uma despersonalização da dominação burguesa, afirmando que a expansão dessa lógica, entre outros campos, tem sido hegemônica na maneira como vêm sendo implementados os serviços de atenção primária para as classes populares, em que haveria uma intensa alienação dos trabalhadores, uma restrição das ações a técnicas simplificadas e uma ampliação do poder de burocratas que assumem a gestão do sistema[27].

É no bojo dessa análise dos interesses do capital que Vasconcelos desenvolve sua concepção sobre a gestão da saúde, apontando uma crítica a boa parte da esquerda sanitária brasileira. Para ele, a atuação, a partir do lugar do Estado, estaria, em último caso na quase totalidade das vezes, desenvolvendo ações em prol dos interesses das elites.

Compreendendo, dessa forma, a atuação por dentro da estrutura do Estado, ele defende que é preciso ir além da luta pela apropriação e expansão estatal dos serviços médicos e da tentativa de desenvolver uma racionalização gerencial dos recursos, pois isso só teria ampliado os espectros de exploração capitalista sobre a vida. Assim, ele convoca-nos a questionar a própria racionalidade que vem sendo implementada nesses serviços[27].

Contra tal concepção taylorista de gestão, ele propõe a "organização do trabalho baseada na autogestão, a administração realizada a partir da participação de todos os profissionais"[15] (p. 63-4). Além disso, Defende que os serviços de saúde sejam controlados pelos trabalhadores organizados, considerando que "a democracia mais profunda se assenta sobre a democracia no mundo da produção.

O próprio trabalho em saúde é uma frente de luta pela criação de uma sociedade onde cada setor produtivo será gerido de forma democrática"[15] (p. 64).

Outros autores concordam com as propostas de democratização da gestão defendidas por ele, embora apresentem outras maneiras de compreender o papel do Estado nesse processo, bem como as possibilidades de luta a partir da ocupação dos espaços de gestão governamental. Acreditam que é possível tornar realmente público o processo de gestão, desenvolver novos coletivos, que disputem lógicas distintas nas relações políticas e institucionais no Estado, garantindo outra atenção à vida de milhões de pessoas a partir da rede pública.

Gastão Campos e Emerson Merhy, por exemplo, concordam que a gestão dos serviços deveria (e poderia) se dar de forma compartilhada e coletiva, considerando os trabalhadores como sujeitos e não como meros recursos, de modo que os diversos interesses privados pudessem ser publicizados e trabalhados por todos, explicitando as disputas e construindo pactos provisórios para o funcionamento dos serviços. Desenvolver tal gestão nos serviços de saúde, entretanto, exige apostas na construção de espaços onde a micropolítica do cuidado possa ser trabalhada coletivamente, inclusive nos espaços de gestão governamental[16,17,28].

A análise de Vasconcelos aposta pouco nas possibilidades de se disputarem outras lógicas de governo por dentro do Estado. Ele concebe o Estado como sendo a cristalização dos interesses da classe dominante; no caso da sociedade capitalista, dos interesses da burguesia. Como destaca Sader[29], a origem desse Estado deveria ser compreendida na própria evolução da classe burguesa:

> À sua forma de existência como classe hegemônica, a burguesia faz corresponder formas políticas determinadas, conforme o estágio de desenvolvimento em que se encontre. Neste momento em que essa hegemonia se define, a necessidade de revolucionar incessantemente as forças produtivas faz com que, politicamente, seja possível um Estado que se identifique com a Nação[29]. (p. 69, grifos do autor)

Numa perspectiva distinta, para Foucault[30], precisamos rever e combater, em nossas análises, a hipervalorização do Estado, pois, em nosso momento histórico, mais importante do que a estatização da sociedade é o que ele denominou por "governamentalização" do Estado. Ele afirma que não se governam os Estados, e sim o que se governa é a própria vida, os homens é que se governa. Esse autor situa o nascimento do Estado por dentro do desenvolvimento de uma certa "governamentalidade", conceito este que define como:

> o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por "governamentalidade" entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de "governo" sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por "governamentalidade", creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco "governamentalizado".[30] (p. 143-4, grifos do autor)

Para Foucault, o Estado se constituiu a partir do desenvolvimento das técnicas de poder, como uma produção de uma sociedade "governamentalizada". Desse modo, não é uma coisa: "não se pode falar do Estado-coisa como se fosse um ser que se desenvolve a partir de si mesmo e que se impõe por uma mecânica espontânea, como que automática, aos indivíduos. O Estado é uma prática"[30] (p. 369).

De certa forma, embora reconheça o papel que a "administração científica do trabalho" desempenhou no desenvolvimento do Estado burguês, parece ser, em último caso, a "mecânica" ou a "física" da evolução de um Estado-coisa, segundo os interesses da classe burguesa, que orienta a leitura realizada por Vasconcelos.

Novamente recorrendo a Foucault: "O Estado não pode ser dissociado do conjunto das práticas que fizeram efetivamente que ele se tornasse uma maneira de governar, uma maneira de agir, uma maneira também de se relacionar com o governo"[30] (p. 369).

Não foi com a criação do ente Estado que se desenvolveram uma série de aparelhos para manutenção e reprodução de seu poder; pelo contrário, o Estado representa um novo arranjo de um conjunto de instituições preexistentes. Ele se configura como um efeito de uma razão governamental, que produziu uma racionalização da arte de governar[30]. Considerando essas reflexões de Foucault, entre outras possíveis referências, acreditamos ser relevantes as possibilidades de atuação no espaço governamental, não como única instância, mas como lugar possível de se agir no sentido de se desenvolverem outras lógicas de governo dos homens, com os homens, disputando, assim, com a "governamentalidade" vigente.

Considerações finais

Enfim, sem pensar que esgotamos todos os debates que podem ser desencadeados a partir das instigantes questões colocadas por Eymard Vasconcelos em seus textos, consideramos que chegamos ao objetivo que tínhamos: demonstrar as possibilidades de enriquecimento de todas as perspectivas da saúde coletiva ao rompermos alguns "nichos" de reprodução e transitarmos em diálogos respeitosos e solidários entre as distintas matrizes existentes.

Perceber a Educação Popular em Saúde como um campo de formulação restrito ao tema da Educação em Saúde é incorrer num equívoco tão grande quanto seria considerar que a formulação de educação permanente em saúde se limitaria a debater de forma também restrita à formação continuada dos profissionais. Superemos tais posturas e apostemos na abertura para nos engravidarmos mutuamente, para nos desenvolvermos na produção radical da diferença.

Colaboradores

Luciano Bezerra Gomes participou da concepção do projeto, realizou a pesquisa bibliográfica e sua análise, e elaborou a redação final do artigo. Emerson Elias Merhy participou da concepção do projeto, orientou a pesquisa bibliográfica e sua análise, revisou e orientou a redação final do artigo.

Referências

1. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad Saude Publica. 2011; 27(1):7-18.

2. Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 13-157.

3. Vasconcelos EM. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

4. Sader E. A nova toupeira: os caminhos da esquerda latino-americana. São Paulo: Boitempo; 2009.

5. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

6. Boff L. Experimentar Deus: a transparência de todas as coisas. Campinas: Verus; 2002.

7. Nietzsche F. Genealogia da moral: uma polêmica. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.

8. Machado R. Nietzsche e a verdade. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2002.

9. Deleuze G. Conversações, 1972-1990. Tradução Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34; 1992.

10. Deleuze G. Espinosa: filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002.

11. Vasconcelos EM. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizadores. Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 265-308.

12. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7a ed. São Paulo: Vozes; 2005.

13. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismos e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1997. v. 2.

14. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

15. Vasconcelos EM. Educação Popular nos Serviços de Saúde. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

16. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 229-66.

17. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

18. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Cienc Saude Colet. 1999; 4 (2):393-403.

19. Ceccim RB. Equipe de saúde numa perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3a ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, IMS, Abrasco; 2006. p. 259-78.

20. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

21. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção à saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 737-68.

22. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1):4-65.

23. Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

24. Cecilio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? Cad. Saude Publica. 2005; 21(2):508-16.

25. Merhy EE. Ações políticas para... In: Oficina realizada no 8º Congresso da Rede Unida; 2009; Salvador, Brasil. Salvador; 2009. Anotações.

26. Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

27. Vasconcelos EM. O taylorismo e a construção da medicina das classes populares. Serv Soc Soc. 1989; 31:56-74.

28. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-35.

29. Sader E. Estado e política em Marx: para uma crítica da filosofia política. 2a ed. São Paulo: Cortez; 1998.

30. Foucault M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.

Gomes LB, Merhy EE. Subjetividad, espiritualidad, gestión y Estado en la Educación Popular en Salud: un debate a partir de la obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1269-1282.

El artículo identifica que la Educación Popular en Salud presenta una pluralidad de temas que permiten enriquecer el debate de la salud colectiva en diferentes campos de producción. Se basa fundamentalmente en el análisis de las obras escritas por Eymard Mourão Vasconcelos entre los años 1994 y 2009, sistematizando sus reflexiones sobre los temas de la subjetividad y espiritualidad, gestión de equipos y de servicios de salud y el Estado en el sector de la salud. A medida que se presentan las propuestas de ese autor, se muestran posibilidades de debate con otros autores del campo de la salud quienes fortalecen o cuestionan las formulaciones de Eymard, demostrando la riqueza del debate que puede generarse a partir de tales aproximaciones.

Palabras clave: Educación Popular en Salud. Espiritualidad y Salud. Gestión en salud. Encuesta cualitativa.

Recebido em 07/06/2013. Aprovado em 22/01/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0372

Significado político do MobilizaSUS na Bahia nos óculos de Gramsci, pela lente da reforma sanitária brasileira

Tiago Parada Costa Silva[a]
Carmen Fontes de Souza Teixeira[b]

Silva TPC, Teixeira CFS. The political meanings of MobilizaSUS through the eyes of Gramsci and the lens of Brazilian sanitary reform. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1283-1298.

Considering the experience of the MobilizaSUS project in Bahia in the debate regarding the limits and possibilities of the participation of the population in health services, the purpose of this presentation is to discuss the political significance of the development of this project. This discussion emerged in the light of the Brazilian Sanitary Reform, and was articulated based on Gramscian categories. We can infer that MobilizaSUS project has features that allowed it to be put side by side with the counter-hegemony in the health sector. However, there are limits to assurance of MobilizaSUS as a counter-hegemonic project, which are mainly related to its institutional origin, which was more closely related to the idea of representing the pores of the superstructure, which are permeable to counterhegemony, due to the method used to articulate subjects of antithesis.

Keywords: Health policies. Social participation. Social change.

Considerando a experiência do projeto MobilizaSUS na Bahia no debate acercados limites e possibilidades da participação popular em saúde, definimos como objetivo discutir o significado político do seu desenvolvimento. Essa discussão se deu à luz da Reforma Sanitária Brasileira, articulada a partir de categorias gramscianas. Podemos inferir que o projeto MobilizaSUS possui características que permitiriam colocá-lo no "lado" da contra-hegemonia no setor saúde. Entretanto, há limites para sua afirmação enquanto projeto contra-hegemônico, relacionados principalmente a sua origem institucional, aproximando-se mais da ideia de representar poros na superestrutura permeáveis à contra-hegemonia, em função de seu método para articular sujeitos da antítese numa práxis histórica na Bahia.

Palavras–chave: Políticas de saúde. Participação social. Mudança social.

[a] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Recursos Humanos, Diretoria de Gestão do Trabalho na Saúde. Rua Bombeiro Eliezer de Alexandrino, nº 144, Cond. Residencial dos Coqueiros, bl. C, apto. 202, Bairro Boca do Rio. Salvador, BA, Brasil. 45710-790. tgparada@yahoo.com.br
[b] Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. carment@ufba.br

Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) proporcionou a legitimação de uma práxis contra-hegemônica no âmbito das políticas de saúde, no que concerne à participação social. O Sistema Único de Saúde (SUS), com a institucionalização de fóruns colegiados enquanto instâncias decisórias na gestão pública da saúde, desenha um novo cenário em torno do tema da Participação e Controle Social em Saúde (PCSS) e suas questões correlatas, como democracia, poder e relação Estado-sociedade.

Esse tema é motivador de enorme debate, desde a academia até os órgãos responsáveis pela formulação e implementação de políticas de saúde. Assim sendo, o debate crítico a respeito das experiências que vêm se desenvolvendo em torno da PCSS tem importante valor para que o SUS represente o anseio da RSB: o "deslocamento do poder político em direção às camadas populares"[1].

Inicialmente há de se considerar que importantes avanços rumo à democratização da saúde vêm ocorrendo a partir das conquistas institucionais do SUS. Para Carvalho[2],

> um dos feitos mais notáveis da Reforma Sanitária no Brasil foi a institucionalização, no interior do aparelho estatal, de um formidável sistema nacional de órgãos colegiados, dotados de um conjunto razoável de poderes legais e onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores e ao governo[2] (p. 93).

A proliferação desses colegiados e fóruns participativos (conselhos e conferências de saúde) tem proporcionado uma importante contribuição para a produção de conhecimento e para a qualificação do debate a respeito do assunto[2,3,4,5,6,7]. Partindo da contribuição de Amélia Cohn[8], o que nos é questionado é

> até que ponto e em que sentido essa modalidade de participação de distintos segmentos organizados da sociedade nessas instâncias efetivamente avançam no processo de "democratização da democracia" [...], ou reforçam a presença da dimensão privada e particularista no processo de formulação das políticas de saúde dados os diferentes interesses aí presentes[8] (p. 17).

Assim sendo, avançar na perspectiva da PCSS exige o aprofundamento do debate teórico, para o aprimoramento do olhar crítico sobre o desenvolver dessa temática no SUS.

Atualmente, há outros marcos institucionais importantes nessa área, além da instituição dos conselhos e conferências, e, nesse sentido, destacamos nacionalmente:

a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que reúne ações das áreas de gestão participativa, equidade, Educação Popular, ouvidoria, auditoria e monitoramento e avaliação[9];

- a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS[10];
- as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;
- a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde[11];
- a instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS)[12] e a formulação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS aprovada no CNS em 2012[13].
- Além desses, há de se considerar, recentemente, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, a Lei Complementar nº 141/2012, a Resolução do CNS nº 453 de 10 de maio de 2012, que ratificam a competência dos conselhos de Saúde na formulação e no controle público da execução da política de saúde, além da Lei de Acesso à Informação, nº 12.527/2011, que regula o acesso à informação pública.

Esses marcos nacionais, como evidências do desenvolvimento da temática da PCSS no SUS, influenciam e são influenciados pelas experimentações que acontecem em outros níveis da federação, como estados e municípios.

Na Bahia, o rearranjo das forças políticas no âmbito estadual, nas eleições de 2006[c], conduziu ao governo um conjunto de atores institucionalmente comprometidos com o desenvolvimento de uma gestão participativa. Nessa conjuntura, dá-se a reinserção daquela temática no Plano Estadual de Saúde – PES 2008-2011[14] –, evidenciada no primeiro objetivo do primeiro compromisso de gestão, com um escopo de ações mais amplo que o que consta na Agenda Estadual de Saúde de 2004[15]. E com esse contexto é desenvolvido um projeto denominado "MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa e no SUS-Ba"[16].

Esse projeto se constitui enquanto uma das ações estratégicas do PES 2008-2011 para o compromisso de instituir uma "Gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS-Bahia"[14], tendo como objetivo:

> Promover o fortalecimento do Controle Social no SUS, desenvolvendo processos pedagógicos que contribuam para a ampliação e qualificação da participação da população na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde[16] (p. 1).

Considerando sua vinculação com o debate acerca dos limites e possibilidades da participação social em saúde contribuir para o processo de democratização do Estado, esse projeto se constitui numa experiência que demanda um olhar crítico.

Dessa forma, definimos como objetivo desta produção discutir teoricamente o significado político do desenvolvimento do MobilizaSUS na Bahia. Essa discussão se deu a luz da RSB, articulada a partir das categorias gramscianas relacionadas ao conceito de hegemonia (sociedade civil, bloco histórico, intelectuais orgânicos), visando contribuir para uma análise do projeto diante da conjuntura em que está inserido, permitindo um debate crítico de seus limites e potencialidades.

Esse é um dos produtos, revisado e atualizado, de um estudo mais amplo, concluído em 2010, sobre "a emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional do MobilizaSUS", que partiu da necessidade de se organizar um desenho avaliativo do projeto baiano, propondo-se a construir um "objeto-modelo" desse projeto e a discussão necessária à constituição de sua teoria, para uma avaliação[18].

Hegemonia: construindo um referencial

O conceito de hegemonia em Gramsci é construído a partir de sua concepção do Estado, enquanto "Estado ampliado"[d], bem como sua relação com a "sociedade civil", destacando-se o conceito de "bloco histórico", com o qual Gramsci trata de identificar "a unidade dialética entre forças produtivas, relações sociais de produção e superestrutura jurídico-política num dado momento histórico"[19] (p. 137).

A princípio, é preciso resgatar alguns pontos importantes a respeito da teoria marxista para o Estado. Para Marx, o conjunto das relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, que vai determinar uma superestrutura jurídica e política, o Estado[20]. Segundo Gruppi, apesar de não elaborar a teoria do Estado, Marx forneceu a teoria fundamental para se construí-la, qual seja: "a estrutura econômica está na base do próprio Estado. Esse é o fundamento de onde devemos partir"[20] (p. 28).

Analisando as contribuições de Engels a respeito da origem do Estado, o mesmo autor coloca que este "torna-se uma necessidade a partir de um determinado grau de desenvolvimento econômico, que é necessariamente ligado à divisão da sociedade em classes"[20] (p. 30).

[c] De acordo com análises de Dantas Neto[17], três fatores contribuíram para a eleição do Partido dos Trabalhadores para o governo do estado: o amadurecimento de uma aliança política que conectou o PT à quase totalidade da então oposição baiana, tendo evidência a aliança com o PMDB e a convergência de 11 partidos políticos; a influência do fator nacional, desde apoio pessoal da Presidência da República, influência dos programas e políticas públicas federais, até a ocupação, por aliados políticos, de cargos federais que intermediavam a relação com os municípios no estado; e o desgaste do grupo que se mantinha há 16 anos no poder em contexto de competição democrática no país. Segundo o autor, com esse resultado, grupos políticos adversários do carlismo passaram a ser situação na política estadual17.

[d] "Estado = sociedade política + sociedade civil, ou seja, hegemonia couraçada de coerção"19 (p. 177).

A origem das classes sociais estaria na diferenciação da posição dos homens nas relações de produção, que originaria a luta de classes, e, por conseguinte, para que essa luta não se torne dilacerante, a necessidade do Estado. O Estado, então, nasceria da necessidade de refrear os antagonismos de classe, forma pela qual a "classe que detém a propriedade dos principais meios de produção deve institucionalizar sua dominação econômica"[20] (p. 30) e dessa forma, nascendo em meio ao conflito, "é, via de regra, o Estado da classe mais poderosa"[20] (p. 30).

Isso posto, percebe-se que, na origem da teoria marxista, o Estado (sociedade política) aparece organicamente vinculado à sociedade civil, estando essas *sociedades* encerradas nos momentos da superestrutura (sociedade política) e da estrutura (sociedade civil). A ampliação proposta por Gramsci está justamente na adição da sociedade civil ao momento da superestrutura.

De acordo com Bianchi[19], para Gramsci, sociedade política seria "o Estado no sentido restrito, ou seja, o aparelho governamental encarregado da administração direta e do exercício legal da coerção sobre aqueles que não consentem nem ativa nem passivamente"[19] (p. 177). Segundo a interpretação de Portelli[21], a sociedade política agrupa o conjunto de atividades que dizem respeito à coerção, ou seja, manutenção, pela força, da ordem estabelecida, mediante o domínio militar e o governo jurídico, força legal, ou o direito.

A sociedade civil, segundo a leitura gramsciana de Bianchi[19], seria o "espaço da luta de classes e da afirmação de projetos antagônicos"[19] (p. 180). Seria o conjunto dos organismos, vulgarmente ditos privados, associado às formas de exercício e afirmação da supremacia de uma classe sobre o conjunto da sociedade[19, 21].

Ainda segundo compreensão de Bianchi[19] a sociedade política e sociedade civil formam planos superpostos que só se separam para fins analíticos. Essa relação torna possível a análise de um Estado destinado a criar as condições propícias à máxima expansão de um grupo, mas que, para torná-la universal, incorpora à vida estatal reivindicações e interesses dos grupos subalternos[19]. Nessa movimentação, concebem-se as noções de hegemonia e bloco histórico.

Segundo Portelli[21], Gramsci estuda a desagregação da hegemonia da classe dirigente pela análise do bloco histórico e a partir daí, como "edifica-se um novo sistema hegemônico e cria-se, pois, um novo bloco histórico"[21] (p. 15). Partindo das formulações do autor, é importante afirmarmos a base de classe da hegemonia. A hegemonia se deve a uma classe fundamental e esta o será durante todo o período histórico considerado. Sendo um bloco histórico uma situação histórica determinada, sua análise pode referir-se a uma situação local e historicamente reduzida ou extensa, distinguindo-se, em referência à hegemonia, três tipos de grupos sociais em seu interior:

> por um lado, a classe fundamental que dirige o sistema hegemônico; por outro lado, os grupos auxiliares que servem de base social à hegemonia e de viveiro para seu pessoal; enfim, [...], as classes subalternas[(e)21] (p. 99).

[(e)] Neste estudo, essas classes são consideradas como os loci de referência às ações de dominação e coerção na relação com a classe fundamental, que juntamente com as ações de direção e consenso, compõem o sistema hegemônico.

Para Gruppi[20], Gramsci coloca o problema de como se mantém essa coesão, como se obtém esse consenso entre classe fundamental e as demais (por vezes antagônicas). Na leitura do autor, a resposta está na ideologia, "o grande cimento do bloco histórico"[20] (p. 82), e podemos completar com a de Portelli[21], na qual essa coesão edificada num sistema hegemônico está sob a direção dos intelectuais. Estes seriam a concretização do vínculo orgânico entre estrutura (relações sociais de produção) e superestrutura (Estado)[21].

Dessa forma, como aponta a interpretação de Portelli[21], a essencialidade da hegemonia da classe fundamental estaria no seu monopólio intelectual, que,

atraindo os intelectuais de outras camadas, criaria um bloco ideológico, vinculando as camadas de intelectuais aos representantes da classe fundamental.

Seguindo aquela interpretação, os intelectuais formam uma camada social diferenciada, "encarregada de elaborar e gerir a superestrutura que dará a essa classe homogeneidade e direção do bloco histórico"[21] (p. 105).

Os intelectuais não se constituiriam em classe específica, mas em grupos vinculados às diferentes classes. Poderiam exercer diversas funções na superestrutura para contribuir na unidade da classe fundamental e sua hegemonia no bloco histórico, sendo, no nível da difusão da ideologia, "os encarregados de animar e gerir a 'estrutura ideológica' da classe dominante no seio das organizações da sociedade civil [...] e de seu material de difusão"[21] (p. 109). Entretanto, possuiriam certa autonomia em relação a essa classe, "na medida em que não evolui no mesmo nível do bloco histórico"[21].

Nesse sentido, a partir da compreensão de Portelli[21] sobre a teoria gramsciana, podemos elaborar a relação do bloco ideológico com a classe fundamental a partir das funções/ações de dirigir ou dominar. Ao ser dirigente, para manter a hegemonia, a classe fundamental utiliza o bloco ideológico para "controlar grupos auxiliares, pronta a levar em conta os interesses próprios desses grupos"[21] (p. 90). Ao ser dominadora, a classe fundamental utilizaria o bloco ideológico para "neutralizar as outras classes, abstendo-se de qualquer compromisso com estas" [21] (p. 90) e um dos caminhos para isso é o transformismo.

Transformismo seria uma estratégia para decapitar a direção de grupos das classes subalternas, agregando-se seus intelectuais ao redor da classe fundamental. Na leitura de Portelli[21], o transformismo seria um processo orgânico na coesão da estrutura e superestrutura em um bloco-histórico na medida em que "traduz a política da classe dominante que recusa qualquer compromisso com as classes subalternas e assim atrai seus chefes políticos para agregá-los à sua classe política"[21] (p. 87).

Podemos perceber que as ideologias e atividades políticas representam o caminho para os homens tomarem consciência dos conflitos que se desenvolvem no nível da estrutura, o que confere às ideologias e as atividades políticas um valor estrutural, corroborando com a noção de bloco histórico em que "as forças materiais são o conteúdo e as ideologias, a forma"[21] (p. 56).

Nesse ponto é importante resgatarmos do pensamento gramsciano a relação pedagógica na relação de hegemonia. Segundo compreensão de Bianchi[19], na passagem do homem singular para a esfera das classes, na esfera política, no processo denominado de *catarse*, é que se dá a conformação do *homem coletivo*:

> é no nexo existente entre governantes e governados, dirigentes e dirigidos, intelectuais e não intelectuais que se torna possível identificar de modo mais preciso essa relação e o processo de formação de uma "personalidade histórica".[19] (p. 192)

Discutida essa dinâmica do bloco histórico, é importante que retomemos as condições estruturais da evolução da superestrutura, recuperadas por Gramsci da referência marxista:

> [...] uma sociedade não se propõe a nenhuma tarefa para a qual não existam já as condições necessárias e suficientes que estariam, pelo menos, em vias de aparição ou desenvolvimento; e [...] nenhuma sociedade se dissolve nem pode ser substituída enquanto não tiver desenvolvido todas as formas de vida implicitamente contidas em suas relações[21] (p. 55).

Isso nos permite atentar para a questão das temporalidades dos diferentes momentos do bloco histórico, em que o momento da estrutura é o menos variável, no desenvolvimento histórico, que o da superestrutura. Nesse sentido, Portelli[21] identifica em Gramsci fenômenos não orgânicos da superestrutura no campo das ideologias e ações políticas, podendo estar relacionados a movimentos conjunturais, reorganização interna, erros políticos da classe dirigente, ou a ideologias arbitrárias sem importância histórica, que não representam mudanças de âmbito estrutural.

Recuperadas as noções de Estado, hegemonia e bloco histórico de Gramsci, para fins desse estudo, faz-se necessário um resgate da experiência política mais significativa para o setor saúde no Brasil, a Reforma Sanitária Brasileira, constituindo-a baliza crítica para o olhar sobre o projeto MobilizaSUS.

A Reforma Sanitária Brasileira: um passeio "ensaiando"

A Reforma Sanitária Brasileira – RSB – nasce numa conjuntura de transição democrática, em fins de um período ditatorial que, sob a égide de um suposto milagre econômico, configurava um modelo de privilegiamento do produtor privado na saúde, com financiamento público via sistema previdenciário[22]. Sua origem se torna possível pela aproximação dos debates do campo da saúde e das ciências sociais[(f)] com forte influência das teorias marxistas[22,24,25,26,27]. Como aponta Fleury:

> A incorporação das análises dos teóricos marxistas contemporâneas a respeito do Estado possibilitou transpor compreensão da política pública para além de seu caráter legitimador, como um espaço na luta pela manutenção da hegemonia ou na consolidação de propostas contra-hegemônicas e formação de um novo bloco histórico.[24] (p. 22)

[(f)] Aproximação esta que se dá nas disputas teórico-ideológicas nas ciências políticas (na qual facilmente se identificam os pólos do liberalismo e do marxismo) que envolviam a relação Estado/sociedade e embalavam as discussões sobre o desenvolvimento de políticas sociais principalmente a partir das experiências social-democráticas dos países europeus evidenciadas pelo Welfare State[23].

A assunção da leitura marxista para o campo da saúde pode ser evidenciada no conceito de saúde formulado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (marco político relevante na implementação dessa reforma):

> Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato.
>
> Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas[28] (p. 4).

Os marcos teóricos que vão nortear essa reforma são originários do seio dos aparelhos ideológicos do Estado (os departamentos de Medicina Preventiva das universidades), tendo como maior intelectual, Antonio Sérgio Arouca com sua histórica tese de doutorado intitulada: "O dilema preventivista: contribuições para a compreensão criticada Medicina Preventiva"[22,24,27]. Para Fleury, Arouca lança as bases teóricas para a organização do movimento sanitário a partir da seguinte análise:

> A viabilidade do projeto preventivista implica a superação de seus limites liberais que pretendem redefinir as responsabilidades do médico por meio da inculcação de uma preocupação social, mantendo, no entanto, preservadas a natureza de seu trabalho, a organização da prática médica e a estrutura social. Transcender esses limites restritos à alteração dos comportamentos dos profissionais requer formular uma teoria que dê conta das reais determinações da crise no setor saúde e caminhar em direção a uma prática política que represente um movimento de transformação conjunta do trabalho médico, da consciência sanitária, da produção das condições de saúde e doença, do conhecimento, e das políticas de saúde[29] (p. 243).

Para a autora, o caráter dual da saúde, enquanto valor universal e núcleo subversivo da estrutura social, representa condições e possibilidades

para a construção de um bloco histórico, devido a: possibilidade de desenvolvimento da consciência sanitária ao mesmo tempo como consciência de cidadão, já que a incidência da saúde/doença, enquanto processos coletivos e de individualidades, permite no mesmo cidadão a reflexão sobre o corpo produtivo – corpo biológico e o corpo socialmente investido; a convergência de interesses policlassistas, que possibilitaria a criação de amplos arcos de alianças políticas em direção a um projeto globalizante; e a existência de um acervo de conhecimentos que permitiriam a explicação dos fenômenos saúde doença e a transformação efetiva do perfil epidemiológico prevalente da atual organização social da prática médica[24].

Dessa forma é que, defendendo a bandeira: saúde é democracia, democracia é saúde, ratificando a participação como "item privilegiado do corpo doutrinário e da pauta programática da Reforma Sanitária"[2] (p. 95), o movimento sanitário, ou movimento da reforma sanitária, aliou

> a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde, alcançando ser, ao início do processo de democratização, um ator político impossível de ser ignorado[1] (p. 29).

Para Paim[22], o movimento sanitário é considerado "um conjunto articulado de práticas ideológicas, políticas, científicas, teóricas, técnicas e culturais"[22] (p. 34), o que aponta para uma especial ênfase à discussão entre o saber e essa práxis na RSB (criatura do Movimento Sanitário), numa distinção entre *proposta* e *processo*, num Estado que possui importantes filtros a projetos reformistas[22].

Segundo o autor, a RSB é um tema que reúne ambiguidades, em sua definição, e hipóteses concorrentes teórico-conceituais e metodológicas para seu desenvolvimento, por parte de cientistas políticos e os atores e autores do movimento sanitário[30]. Parte ainda do pressuposto da RSB enquanto reforma social, trazendo como proposta analítica o ciclo "ideia-proposta-projeto-movimento-processo", em que "esses momentos encontram-se, dialeticamente, imbricados: movimento gera o projeto e desencadeia o processo e este condiciona o próprio movimento"[22] (p. 33).

A partir do referencial teórico da guerra de posições[30], no desenvolvimento do *processo* da RSB, há de se observar ambiguidades de orientações, que, para interesse deste estudo, ilustraremos como: "do intraburocrático ao social"[31] (p. 331); ou perspectiva movimentista ou institucionalista[1]; ou ambivalência entre reforma geral e reforma parcial (ou setorial)[22].

Neste estudo, consideramos uma ambivalência entre, de um lado, "uma perspectiva de mobilização da comunidade e socialização política"[1] (p. 27), que proporcionaria o suporte à ampliação da base de massas na perspectiva de uma reforma geral[22], factível de gerar uma "transformação da vida cotidiana das pessoas"[22] (p. 38), e, de outro,

> um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado[1] (p. 28).

Nesse aspecto, a década de 1990, pós-constituinte, é ilustrativa, com importante processo normativo (Leis orgânicas no 8.080/90 e no 8.142/90,

Normas Operacionais Básicas – NOB), expressando a "pactuação pelo alto"[30] (p. 638) e caracterizando "um certo 'jeito NOB de fazer o SUS', esculpindo-o a 'golpes de portaria'"[32] (p. 293). Em que pesem as discussões a respeito dos limites dessas normatizações, o processo pode demonstrar a institucionalização de uma potencialidade contra-hegemônica ao possibilitar à oposição as propostas neoliberais hegemonizadas no período[g].

De acordo com os fatos, estudos e debates atualizados por Paim[22], que ratificam uma inclinação à *segunda opção* no *processo* da RSB, reforça-se a tese de que, ante um Estado "capitalista, autoritário, privatizado e patrimonialista"[22] (p. 66), adepto às reformas parciais e ao transformismo, numa constante de transformar conservando e conservar transformando,

a Reforma Sanitária Brasileira reduziu-se a uma *reforma parcial*, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)[22] (p. 309).

Entretanto, o autor completa:

> [...] esse desfecho atual [...] não exclui, todavia, as possibilidades de seu "núcleo subversivo" e os portadores da antítese empurrarem o seu processo para uma reforma geral ou eventualmente, para uma revolução no modo de vida[22] (p. 309-10).

Assim, podemos considerar que a RSB não é um processo finalizado, diante das lacunas evidenciadas no que se refere às *promessas* de ampliação da consciência sanitária e efetivação do direito à saúde. Há de se considerar que a estratégia hegemonicamente adotada pela RSB até o momento deu conta de proporcionar um contexto interessante e desafiador, com importantes avanços na área de produção de conhecimentos e na legitimação da contra-hegemonia por intermédio da institucionalização do SUS, com potencialidade para construção de um novo bloco histórico.

Atualmente, presenciamos a Saúde Coletiva consolidada enquanto campo científico específico, ao tempo que o Sistema Único de Saúde constitui um novo cenário na *guerra de posição*, com um importante arcabouço jurídico-institucional pareado a um valoroso acúmulo na gestão da máquina estatal, aprendizado caro ao movimento sanitário, a ponto de se dar margem a jargões do tipo: "o SUS é uma escola!".

Entretanto, para seguir enfrentando a inércia no Estado, consideramos que se faz necessária a revisão de rumos e, talvez, estejamos no tempo de investir "no outro pólo de estratégias", o "movimentista", considerando que "radicalização da democracia implica na ênfase da atuação da sociedade civil para o reforço da contra-hegemonia"[22] (p. 321).

MobilizaSUS: limites e potencialidades

O MobilizaSUS foi formulado em 2008, enquanto produto de seminários regionais ocorridos no ano anterior, que propunham abertura de canal de diálogo com os movimentos populares. Essa formulação se deu a partir de um grupo de trabalho – GT MobilizaSUS –, constituído por representantes da Sesab, de movimentos sociais representados no Conselho Estadual de Saúde – CES –, da Secretaria da Educação do Estado da Bahia – SEC –, do Ministério Público e do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia[18].

[g] As recomendações das agências financiadoras internacionais na década de 1990 impunham a redução da atuação estatal na regulação da economia, ajustando as receitas anticíclicas keynesianas a uma ortodoxia liberal remontada às ideias clássicas de Adam Smith, articulando o trinômio da focalização, privatização e descentralização[23].

Assumindo a Educação Popular como orientadora do método pedagógico, esse projeto vem sendo desenvolvido

> no interior do estado da Bahia por meio de encontros, videoconferências, oficinas, rodas de conversações e exposições dialogadas, debatendo a necessidade de organização política e a proposta de formação de rede para a efetivação do direito à saúde. São trabalhadas metodologias participativas, desenvolvendo-se processos educativos e organizativos que valorizem as diversas experiências no âmbito do SUS e que contribuam para participação mais efetiva da população na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde, com a utilização de técnicas de animação de grupo, envolvendo música, arte, expressão corporal, práticas de cuidado, dramatização e sistematização[18] (p. 32).

Recuperando sua trajetória, podemos afirmar que esse projeto possui, nos diversos âmbitos de atuação institucional, fragilidades e limites relacionados à mobilização de poderes político, administrativo e técnico[33]. Consideramos que esse projeto apresenta como desafio a rediscussão da relação entre a burocracia estatal e a sociedade civil, ao possuir ações que colocam atores institucionais enquanto articuladores das relações entre os movimentos sociais e entre estes e as instituições, para a participação e controle social. Todavia, também podemos identificar uma potência transformadora relacionada principalmente a características do método que o constitui[18].

Observando as características do MobilizaSUS, com sua intenção subjacente de contribuir para a construção de uma consciência crítica para a participação popular na efetivação do direito à saúde, podemos considerar que há uma afinidade à perspectiva *movimentista* da RSB. Assim, o debate a respeito do significado político desse projeto para a gestão da saúde na Bahia, num olhar a partir da RSB, passa pela questão: quais os limites e potencialidades do MobilizaSUS enquanto um projeto contra-hegemônico?

Desse ponto, destacamos alguns aspectos para a discussão. O primeiro é, no contexto do estudo, a conotação do Estado baiano de apresentar-se enquanto facilitador para as condições de transformação social[33], sugerida pela constituição de um projeto contra-hegemônico por dentro dele. A plausibilidade para essa ideia poderia ser atribuída a consequências das conquistas instituintes da RSB, frutos de seu projeto e processos contra-hegemônicos.

Entretanto há de ser observado que o contexto da inserção do MobilizaSUS, na agenda política baiana, ocorre numa situação que, antes de ser considerada uma mudança estrutural nas relações de poder, pode ser enquadrada em um dos fenômenos não orgânicos da superestrutura[21]. Dessa forma, o comprometimento com a institucionalização da gestão participativa do SUS[14], não incide necessariamente no atual bloco ideológico baiano.

Entretanto, dado seu caráter educativo, o projeto MobilizaSUS pode apresentar uma potencialidade instituinte capaz de fazer frente ao instituído. Essa potencialidade estaria inscrita na reinserção de outros atores na arena da PCSS. Tal reinserção corroboraria com a ideia da construção permanente do sujeito, com poder transformador do instituído em instituinte[34], o portador da antítese, que empurraria o processo de radicalização da democracia, numa "ênfase da atuação da sociedade civil para o reforço da contra-hegemonia"[22] (p. 321).

Então, passemos a discutir os aspectos embutidos no projeto que apontam para a identificação dos sujeitos portadores da antítese e para a compreensão do processo educativo como parte da práxis histórica potencialmente transformadora do bloco ideológico. Podemos considerar que o pensamento gramsciano está voltado para "municiar as organizações das classes subalternas que lutam para conquistar sua liberdade e sua hegemonia"[35] (p. 74). Segundo Semeraro[35], na "catarse" gramsciana, as novas forças sociais

> assumem progressivamente atitudes em contraposição à ideologia dominante até amadurecer uma visão independente e superior de mundo, para a qual convergem os diferentes grupos que lutam pelos mesmos horizontes sociais e políticos[35] (p. 74).

Paralelamente, para enfrentar o bloco ideológico baiano, o MobilizaSUS se direcionaria a municiar os movimentos sociais[h] assumindo os princípios da Educação Popular como fundamento. Segundo Gohn[37], os movimentos sociais "expressam energias de resistência ao velho que os oprime, e fontes revitalizadas para a construção do novo"[37] (p. 14).

A assunção da Educação Popular enquanto orientadora do método para a catarse agregaria potência para a promoção de cenários nos quais os movimentos sociais poderiam se fazer mais presentes em processos decisórios, apresentando novas temáticas, experiências e desejos[38]. Segundo Vasconcelos[39], a Educação Popular

> busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social[39] (p. 21).

Dessa forma, assumindo o pensamento gramsciano, podemos sugerir que nesses direcionamentos estariam a potência contra-hegemônica do MobilizaSUS. Desse ponto é importante que retomemos a discussão da relação: burocracia estatal e movimentos sociais.

A burocracia estatal pode representar ao mesmo tempo dois papéis: o de arena de luta política, onde uma série de atores disputam decisões e formulações de políticas, leis, normas etc., e o de ator social, enquanto agente de iniciativas, implementador, interlocutor de outros atores[40]. Além disso, vigoraria uma concepção hegeliana em que a burocracia estatal teria uma função de mediadora entre interesses particulares da sociedade civil e o interesse geral do Estado[40].

No caso em estudo, podemos considerar a interação dos dois papéis. Assim, podemos afirmar que o MobilizaSUS possui limites no protagonismo da burocracia-ator, de alguma forma experimentados nos desafios cotidianos de seu desenvolvimento, que delineiam a burocracia-arena. Esses limites podem ser representados pela questão pontuada por Lucchesi[40]:

> a (im)possibilidade de uma clara e definitiva delimitação dos seus papéis de sujeito (como ator social) ou de instrumento (funcionando como executores de planos cuja formulação escapa aos seus domínios)[40] (p. 178).

No outro pólo (movimentos sociais), no âmbito da sociedade civil, encontramos uma ideia de participação cidadã na Bahia, marcada "por uma cultura política regional assentada na reprodução de um Estado patrimonialista autoritário e em relações sociais mediadas por estruturas corporatistas e clientelistas"[41] (p. 203). Segundo Pinheiro[42], a história do poder político na Bahia não passa por um projeto político maior, por uma ideia de classe, e sim pelo indivíduo e é com este que o Estado estabelece relação, numa corrida que "conserva o passado, mantém desigualdades estruturais e se fundamenta no exercício do mandato político enquanto sinecura em benefício próprio"[41] (p. 206).

Além disso, a supressão autoritária do pluralismo em nome de uma modernização conservadora – o "carlismo", atrofiando a sociedade política se associa ao "cimento ideológico que aspira conectar elite e povo"[43] (p. 232), o mito da "baianidade"[41] (p. 207). Tal situação desemboca num quadro

[h] A identificação dos movimentos sociais como lócus dos sujeitos portadores da antítese se justificaria pela relação teórica entre esses e as categorias de classe (lócus original em Gramsci), estabelecida por Touraine[36].

baiano de descaso popular e apatia política dos cidadãos, discutido nos estudos de Milani[41]. Essa situação permite que ainda hoje nos deparemos com situações que remontam ao que Dantas Neto, referindo-se ao cenário político baiano de 1978, caracterizou como espaço público "surdo e quase mudo"[43] (p. 228).

Dessa forma, estaria configurado um paradoxo para MobilizaSUS, ao considerá-lo em si, aprioristicamente, como contra-hegemônico: atores da sociedade política historicamente habituados a fazer calar ou a falar por, propondo-se oportunizar a voz de atores da sociedade civil que estão historicamente habituados a enfrentarem as investidas para serem calados. Uma delicada equação quando se está, como caracterizado por Paim[22], sob a égide de um Estado adepto ao transformismo.

Assim, podemos inferir que o projeto MobilizaSUS possui características que nos oportunizariam, talvez, retomar o espectro da imagem objetivo da RSB *movimentista*, enquanto possibilidade para "um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares"[1] (p. 28). Entretanto há limites para sua afirmação enquanto projeto contra-hegemônico, e sua origem institucional claramente o limita nesse sentido.

Para não concluir

Ante o discutido até aqui, podemos afirmar, embora não de forma conclusiva, que o MobilizaSUS não representa per si uma contra-hegemonia, necessitando, para isso, dos sujeitos portadores da antítese enunciados por Paim[22], que estão para além dos formuladores e implementadores institucionais do projeto. O que não impede que, numa hipótese otimista, tal projeto possa representar poros na superestrutura permeáveis à contra-hegemonia.

A partir dessa hipótese, trazemos algumas questões que podem ser sistematizadas a partir desse trabalho e contribuir para inspirações a um desenho avaliativo.

Utilizando esquematicamente o Postulado de Coerência de Testa[33(i)], focando o vértice do método, questionamos em que medida o MobilizaSUS está criando condições de espaço, tempo[44] para poder avançar diante das limitações condicionantes da organização? Avançando para outro nível do postulado, qual seria a "Teoria" do MobilizaSUS que, aproveitando a determinação histórica para sua ocorrência, o orientaria para enfrentar a determinação de um suposto Estado em disputa? E, pragmatizando, como proporcionar a apropriação da proposta desse projeto pelos atores portadores da antítese que o emprestarão substância contra-hegemônica: os movimentos sociais?

Não concluindo, mas apontando um possível significado teórico-político para a experiência baiana do MobilizaSUS, podemos dizer que seu desenvolvimento se converte numa unidade dialética onde se contrapõe uma considerável potência emancipadora e fatores limitantes (internos e externos à instituição) que podem ser cruéis aos seus objetivos originais, podendo transitar da transformação ao transformismo.

Essa situação dialética não permite conclusão no espaço de um texto, necessitando evidentemente da mediação da práxis, investindo-se na suposição de Paim[45] de que o que se faz mais necessário é a "articulação de sujeitos sociais" em torno desse "campo científico e âmbitos de práticas [da saúde coletiva], na formulação e condução de políticas consequentes"[45] (p. 151).

(i) O autor propõe uma articulação triangular de relações de condicionamento e determinação, num primeiro nível, entre propósito, método e organização, e, num segundo mais externo e relacionado ao primeiro, entre Papel do Estado, Teoria e História[33].

Colaboradores

Tiago Parda Costa Silva participou da elaboração do artigo, redação, revisão bibliográfica, discussões e revisão do texto. Carmen Fontes de Souza Teixeira participou da elaboração do artigo, orientação, revisão bibliográfica, discussões e revisão do texto.

Referências

1. Fleury SM, organizadora. A questão democrática na saúde. São Paulo: Lemos; 1997. p. 25-44.

2. Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: Fleury SM, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p. 93-111.

3. Vianna MLTW, Cavalcanti ML, Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando? [Internet]. Porto Alegre. Sociologias; 2009 [acesso 2014 Mar 5]; (21):218-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000100010&lng=pt&nrm=iso. http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222009000100010.

4. Rocha MND. Produção de conhecimento sobre "participação e controle social em saúde" (1980-2005) [dissertação]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2008.

5. Labra ME. Existe uma política de participação e controle social no setor saúde? Contribuições para um debate urgente. Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES [Internet]. Rio de Janeiro: CEBES; 2007 [acesso 2009 Out 10]. Disponível em: http://cebes.iphotel.info/media/file/participa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controle%20Social%20no%20Setor%20de%20Sa%C3%BAde_Eliana%20labra.pdf

6. Correia MVC. Controle social na saúde. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, et al., organizadores. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; 2006. p. 111-40.

7. Cortes SM. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 401-26.

8. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. Cienc Saude Colet. 2003; 8(1):9-18.

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa [Internet]. 2009 [acesso 2009 Out 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=384.

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

12. Portaria nº 1.256, de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jun. 2009. Seção I, p. 41, col. 2.

13. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS, nº 235. Ata [Internet]. Brasília(DF): Secretaria Executiva do CNS; 2012 [acesso 2013 Mar 10]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_12.htm

14. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde: gestão 2007- 2010. Rev Baiana Saude Publica. 2009;33 Supl 1:13-87.

15. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. Agenda estadual de saúde – mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades [Internet]. Salvador: SESAB; 2004 [acesso 2013 Nov 3]; 98. Disponível em: http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/AgendaEstrategicaSaude/AGENDA%20ESTADUAL%20DE%20SA%C3%9ADE%202004.pdf

16. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. MobilizaSUS: estratégia para fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS. [Internet]. 2010 [acesso 2013 Nov 3]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/index.php?option=com_content&view=article&id=290&catid=116&Itemid=196

17. Dantas Neto PF. Mudança política na Bahia: circulação, competição ou pluralismo de elites? [Internet]. Observatório Social do Nordeste. Fundação Joaquim Nabuco; 2009 [acesso 2013 Nov 3]. Disponível em: http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/ixedicao/OBSERVANORDESTE_IX_Edicao_texto_BA_rev.pdf

18. Parada TCS. MobilizaSUS: uma aproximação à experiência baiana. In: Parada TCS. MobilizaSUS na Bahia: emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional [dissertação]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2010. p. 15-53.

19. Bianchi A. O laboratório de Gramsci: filosofia, história e política. São Paulo: Alameda; 2008.

20. Gruppi L. Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: L&PM Editores; 1980.

21. Portelli H. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.

22. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.

23. Behring ER. Fundamentos de política social. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, et al., organizadores. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; 2006. p. 13-49.

24. Fleury SM, organizadora. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2006. p. 17-46.

25. Gerschman S. Formulação de Políticas Sociais. In: Fleury SM, organizadora. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2006. p.119-38.

26. Santos EM. E agora: somos marqueteiros de cyborgues eternos? In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. Unesp; 2003. p. 203-8.

27. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

28. Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde; 1986 Mar 17-21; Brasília, Brasil [Internet]. Brasília Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987 [acesso 2014 Mar 5]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

29. Fleury SM. Para uma teoria do movimento sanitário. In: Arouca S, organizador. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. Unesp; 2003. p. 243-8.

30. Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. Physis. 2008;18(4):625-44.

31. Oliveira JA. A Saúde Pública hoje: notas para um debate sobre a conjuntura em saúde e a situação da ENSP ao seu interior. Cad Saude Publica. 1988;4(3):326-33.

32. Goulart FA. Esculpindo o SUS a golpes de portaria...: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. Cienc Saude Colet. 2001;6(2):292-300.

33. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.

34. Fleury SM. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Cienc Saude Colet. 2009;14(3):743-52.

35. Semeraro G. Da sociedade de massa à sociedade civil: a concepção da subjetividade em Gramsci. Educ Soc.1999; 20(66):65-83.

36. Scherer-Warren I. Redes de movimentos sociais. 3a ed. São Paulo: Loyola; 2005.

37. Gohn MG. Movimentos sociais no início de século XXI: antigos e novos atores sociais. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

38. Pedrosa JIS. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, organizadores. Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 12-7.

39. Vasconcelos EM. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, organizadores. Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 18-29.

40. Lucchesi G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: Fleury SM, organizadora. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2006. p. 157-79.

41. Milani CRS. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. Sociologias [Internet]. 2006 [acesso 2014 Mar 5]; (16):180-214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200008&lng=pt&nrm=iso. http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200008

42. Pinheiro IO. A política na Bahia: atrasos e personalismos. Ideação (Feira de Santana). 1999;(4):49-78.

43. Dantas Neto PF. "Surf" nas ondas do tempo: do Carlismo Histórico ao Carlismo pós-Carlista. Cad CRH. 2003;(39):213-55.

44. Paim JS. Formulação de políticas de saúde: comunicação em vigilância sanitária. In: Costa EC, Rangel ML, organizadores. Comunicação em Vigilância Sanitária: princípios e diretrizes para uma política. Salvador: EDUFBA; 2007. p. 41-55.

45. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Silva TPC, Teixeira CFS. Significado político del MobilizaSUS en Bahia dentro de la perspectiva de Gramsci, a través de la reforma sanitaria brasileña. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1283-1298.

Considerando la experiencia del proyecto MobilizaSUS en Bahia dentro del debate acerca de los límites y posibilidades de la participación popular en la salud, definimos como objetivo discutir el significado político de su desarrollo. Esta discusión se dio a la luz de la Reforma Sanitaria Brasileña, articulada a partir de las categorías gramscianas. Podemos inferir que el proyecto MobilizaSUS posee características que permitirían colocarlo al lado de la contra-hegemonía en el sector de la salud. Sin embargo, hay límites para su afirmación como proyecto contrahegemónico, relacionados principalmente con su origen institucional, aproximándose más a la idea de representar poros permeables a la contra-hegemonía en la superestructura, en función de su método de articular sujetos de la antítesis en una praxis histórica en Bahia.

Palabras clave: Políticas de salud. Participación social. Cambio social.

Recebido em 29/05/2013. Aprovado em 22/02/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0264

Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde:

uma experiência com jovens no sertão pernambucano

Juliana Sampaio[a]
Gilney Costa Santos[b]
Marcia Agostini[c]
Anarita de Souza Salvador[d]

Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1299-1312.

This article attend an empirically experiment grounded in critical analysis of the experience of the wheels conversations with female adolescents in four communities of the interior of Pernambuco. Seeks to contribute to the methodological and pedagogical skills of conversation circles, given the development increasingly common in various contexts in the field of health promotion. The argument is, on the one hand that the conversation wheel is more that circular arrangements of chairs, and on the other, which is a critical way of thinking about the socially constructed roles mainstreamed by historical and unequal relations of class, gender and ethnicity. Finally, reaffirms commitment to spaces that allow the unexpected divergent voices. Pointing this discursive fertility, it is possible to produce a look on the conversation circles as a methodological strategy, engaged in pedagogical action-transforming.

Keywords: Popular education in health. Circles of conversations. Adolescence. Gender relations.

Este artigo trata de um ensaio empírico embasado na análise critica da experiência das rodas de conversas com adolescentes do sexo feminino de quatro comunidades do sertão pernambucano. Com ele, busca-se contribuir com a qualificação metodológica e pedagógica das rodas de conversa, haja vista o seu desenvolvimento cada vez mais comum em diversos contextos no campo da promoção da saúde. Advoga-se por um lado que a roda de conversa é mais que disposições circulares de cadeiras e, por outro, que é um modo crítico de pensar os papéis socialmente construídos transversalizados pelas históricas e desiguais relações de classe, gênero e etnia. Por fim, com ele, busca-se reafirmar o compromisso com espaços que possibilitem o inesperado das vozes divergentes. Apontando tal fertilidade discursiva, é possível produzir um olhar sobre as rodas de conversa como estratégia metodológica, engajada na ação pedagógica-transformadora.

Palavras-chave: Educação popular em saúde. Rodas de conversa. Adolescência. Relações de gênero.

[a] Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, s/nº. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900. julianasmp@hotmail.com
[b] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. gilneycosta@ensp.fiocruz.br
[c] Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. agostini@ensp.fiocruz.br
[d] Curso de Serviço Social, Faculdades Integradas de Patos. Patos, PB, Brasil. anaritasalvador@gmail.com

Introdução

O presente trabalho considera as rodas de conversas uma estratégia política libertadora, que favorece a emancipação humana, política e social de coletivos historicamente excluídos. Ele filia-se à pedagogia crítica do educador Paulo Freire, tendo como objetivo central contribuir com a fundamentação epistemológica, teórica e metodológica das rodas de conversa, possibilitando sua melhor instrumentalização.

Têm-se, como pano de fundo deste ensaio reflexivo, algumas inquietações: o que torna uma roda de conversa diferente de uma palestra ou outra atividade informativa de grupo? Como desenvolver a roda de conversa, possibilitando que sujeitos construam sentidos para o mundo e o lugar que ocupam neste, a partir das experiências cotidianas? Como ir além da simples disposição circular de cadeiras e facilitar espaços de reflexão/transformação? O que se quer dizer ao afirmar que a roda é uma potência metodológica de confronto de realidades, leitura de mundo em um movimento – de ida das partes para o todo – que percorre ação, reflexão, transformação? Afinal, o que é a roda de conversa e quais os elementos que a compõe?

Buscando organizar alguns sentidos para tais inquietações, este artigo se divide em cinco partes. A primeira promove uma discussão teórica/conceitual, que fundamenta a roda de conversa, advogando em defesa da liberdade dos partícipes. Situa liberdade como movimento reflexivo que permite o sujeito se descobrir construtor de sua própria história, condição *sine qua non* da roda de conversa[1].

A segunda parte apresenta e justifica a aposta nas rodas como uma estratégia dialógica, a partir da experiência realizada com jovens do sexo feminino entre 10 e 19 anos, em quatro comunidades populares do sertão pernambucano.

A terceira discute estratégias de operacionalização metodológica das rodas de conversa, desenvolvidas nesta experiência, apontando dificuldades e sucessos vivenciados.

A quarta e quinta partes propõem reflexões críticas sobre três perfis que as rodas assumiram nessa experiência, a partir das quais foi possível identificar possibilidades e limites do método, segundo diferentes operacionalizações.

Assim, este relato reflexivo da experiência se apoia no reconhecimento de que "a prática docente crítica, implicante do pensar, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre *o fazer e o pensar sobre o fazer*"[2] (p. 43, grifos nossos).

Rodas de conversas: construções cotidianas entre sujeitos reflexivos

A educação é ideológica. Em um sistema capitalista, que produz além de serviços, produtos, comportamentos e normatizações, suplantando a concepção de cidadão de direitos pela figura de sujeito do consumo, a educação é, sem dúvida alguma, um contraponto.

Se de um lado, o sistema contribui para tornar todos iguais, diante da lógica perversa do mercado, a educação perfila, por outro, uma dimensão política, marcada pelo que há de mais específico do ser humano: a capacidade de aprender e de ensinar. Dito de outra maneira:

> a ideologia fatalista, anima o discurso neoliberal [...] com ares de pós-modernidade, insiste em convencer-nos que nada podemos contra a realidade social que, de histórica e cultural, passa a ser ou virar "quase natural". [...] Se a educação não é a chave das transformações sociais, não é também simplesmente reprodutora da ideologia dominante[2] (p. 21, 126).

Na visão freiriana, a educação para a vida e a cidadania é a tarefa primeira da educação libertadora comprometida com a conscientização das massas em situação de opressão. Segundo Freire[3] (p. 13), "a visão de liberdade [...] É a matriz que atribui sentido a uma pratica educativa que só pode alcançar efetividade e eficácia na medida da participação livre e crítica dos educandos".

Daí, a educação em rodas representa uma aposta, na medida em que o ato educativo contextualizado demarca a imersão de sujeitos de direitos engajados no ato de conhecer e transformar a realidade. A roda de conversa, do ponto de vista da complexidade, dá liga a questões aparentemente separadas, afim de

que partes e todo sejam captados como facetas de um mesmo objeto, que em si mesmo é complexo e contraditório, duro e utópico: os condicionantes sociais e a realidade a ser (re)construída[4].

Como metodologia de trabalho com coletivos, a roda de conversa é nova e vem sendo desenvolvida em diversos contextos, a partir dos estudos de Paulo Freire e Freire, seu referencial teórico-metodológico da Educação Popular[1-3,5], além da proposição dos Círculos de Cultura, que se filiam as ideias de educação, liberdade e transformação dos indivíduos e do meio em que estes vivem.

As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Dissolve-se a figura do mestre[1], como centro do processo, e emerge a fala como signo de valores, normas, cultura, práticas e discurso.

Portanto, na roda, a fala é compreendida como expressão de modos de vida. Logo, "um círculo de cultura não seria para expor uma prescrição ou prestar receitas de condutas sociais, mas pôr em reflexão (em ato de pensamento) os desafios colocados às práticas sociais"[6] (p. 33).

As rodas são mais do que disposição física (circular) dos participantes e bem mais que uma relação custo-benefício para o trabalho com grupos. Elas são uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação social, efetivando-se a partir das negociações entre sujeitos.

O espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de "ser mais".

O fato de o diálogo ser posto como aberto e igualitário não significa dizer que essas negociações sejam tranquilas, visto que, nesses espaços, estão postos jogos de poderes e questionamentos às hegemonias.

Conforme lembra Freire[7], nas "sociedades em transição", os atores sociais estão em processo de descoberta de sua potencialidade na construção da realidade, que é histórica e fruto de sonhos e lutas em defesa da vida. Nelas, a "democratização é fundamental. [...] As massas populares começam a se procurar e a procurar seu processo histórico"[7] (p. 37).

Como dispositivos de construção dialógica, as rodas produzem conhecimentos coletivos e contextualizados, ao privilegiarem a fala crítica e a escuta sensível, de forma lúdica, não usando nem a escrita, nem a leitura da palavra, mas sim a leitur-ação das imagens e dos modos de vida cotidianos. Elas favoreceram o entrosamento e a confiança entre os participantes, superando a dicotomia: sujeito-objeto. Como aponta Freire[2], "exercitaremos tanto mais e melhor a nossa capacidade de aprender e de ensinar quanto mais sujeitos e não puros objetos do processo nos façamos" (p. 65).

Paiva[8], assumindo a perspectiva da educação libertadora, considera que o conhecimento quando é imposto, ao invés de construído coletivamente, dificulta a formação de sujeitos-cidadãos críticos, autônomos e responsáveis por sua saúde e bem-estar. A saúde diz respeito, nesse caso, a um modo de cuidar de si, extrapolando o estabelecido pelo setor saúde. Eis aí o princípio basilar da educação libertadora: que homens e mulheres sejam sujeitos do seu pensar e estar no mundo.

A construção do "estar no mundo" é permeada pelas necessidades individuais e coletivas e, sobretudo, pelas formas como são respondidas. No setor saúde, essa afirmação ganha materialidade na possibilidade de os sujeitos acessarem os saberes e cuidados orientados pelos modos como historicamente a saúde é vivenciada.

Segundo Paiva[8], os sujeitos não são meros consumidores de "informações definidas como relevantes pelo educador (produtor)" (p. 7). Prescrever recomendações, desconsiderando o contexto sócio-histórico-cultural e psicológico dos sujeitos, além de ser pouco eficaz, produz alienação e dominação.

Ao se afirmar politicamente a Educação Popular como estratégia de transformação social, o processo educacional se amplia, visto que aproxima os conteúdos didáticos dos processos de tomada de consciência[2].

Emerge, dessas relações, o sujeito do conhecimento, engajado na ação transformadora[2]. Nesse sentido, a realidade vivida é crucial, pois é a situação concreta, percebida como limite, que possibilita os atores repensarem o conteúdo oficialmente instituído, bem como, seu processo de formação.

A lógica da roda, que postula necessariamente ninguém atrás ou à frente, mas todos ao lado, pressupõe uma aprendizagem significativa, englobando cognição, subjetivação da existência e corpos

concretos. Ela rompe com o modelo de *educação bancária*[1], que oferece tutela/assistência e perpetua a estrutura da dominação. Em seu contraponto, Freire[2] propõe que homens e mulheres se eduquem e se libertem em *comunhão.*

Desse modo, a roda é viva, está "situada" no tempo histórico-social, isto é, entre as realidades objetiva e possível. Ela propõe a reflexão crítica, rejeita comunicados e impulsiona o diálogo, assumindo os riscos, desafios e mudanças como fundamentos de uma educação problematizadora/libertadora.

Se bem operacionalizada, a roda contribui com ações sobre os determinantes sociais, já que esses dizem respeito aos modos simbólicos e materiais dentro dos quais a vida se atualiza, rompendo, portanto, com as perspectivas biomédicas que historicamente conformam o setor saúde[9]. Desse modo, as rodas buscam captar:

> o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica [...] A ação educativa e política não pode prescindir do conhecimento crítico dessa situação, sob pena de se fazer "bancário" ou de pregar no deserto[1] (p. 80, 106).

Se, para Freire[1], a educação é sempre política, não restam dúvidas de que a roda é uma das formas de fazer educação, e, portanto, uma ferramenta para novos caminhos diante de um projeto de sociedade sustentável, rumo ao exercício da cidadania.

Rodas de conversas sobre gênero e sexualidade com jovens: uma educação político-libertadora

Como movimento de resistência aos discursos neoliberais, que, dentre outras questões, forjam vivências afetivo-sexuais de adolescentes, no ano de 2007, foi desenvolvido o projeto de pesquisa-ação: As construções discursivas de adolescentes do sexo feminino de Petrolina-PE e a garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos, com objetivo de analisar as implicações das narrativas de jovens do sexo feminino sobre gênero, adolescência e sexualidade com foco na promoção de sua saúde sexual e reprodutiva[10].

Neste artigo, não se pretende discutir o citado projeto e seus resultados, mas sim, apresentar, a partir do relato sobre as rodas de conversas nele desenvolvidas, algumas de suas vantagens e limites como estratégia pedagógico-libertadora.

Cabe destacar que o projeto se orientou qualitativamente, articulando vida material e simbólica, na tentativa de analisar como condicionantes sociais, que perpassam valores, crenças, discursos e práticas[11], implicam no exercício da saúde sexual e reprodutiva de jovens de classes populares. A pesquisa-ação[12] possibilitou que o estudo estivesse implicado numa prática, considerando o pesquisar um movimento pedagógico, conectado à transformação social.

Segundo Barbosa e Giffin[13], a pesquisa-ação é entendida como um novo paradigma, pois, além de resgatar um compromisso político e social da Universidade com os grupos historicamente privados de direito, "filia-se a uma vertente epistemológica e metodológica que parte do questionamento radical do positivismo, paradigma que aspira à objetividade, neutralidade e universalidade"[13] (p. 551).

Nessa perspectiva, não basta o método favorecer a emancipação e/ou leitura crítica da realidade. É preciso que o pesquisador faça a aposta política, no sentido de esforçar-se para aproximar método, objetivos e cotidiano[11], posto que não basta falar de autonomia, sujeito do conhecimento e/ou criticidade, "como se fosse algo a ser colhida em alguma árvore ou comprada em algum armazém. [É preciso falar como] uma capacidade a ser desenvolvida [...] resultado de um caminho percorrido e da forma como o foi"[14] (p. 25).

Nesse cenário teórico-metodológico, foram propostas rodas de conversa como estratégia para produção e ressignificação das narrativas das adolescentes sobre suas vivências afetivo-sexuais, reconhecendo a potencialidade da fala livre e da escuta sensível no aprender-ensinar, coparticipado e emancipatório.

Para Parker[15], é necessário que os jovens possam falar em nome próprio, expressando suas experiências com suas próprias palavras, gestos, sentidos e significados. Desse modo, Antunes et al.[16] ressaltam que intervenções no campo dos direitos sexuais e reprodutivos precisam abordar além dos aspectos sobre o corpo humano e suas mudanças biológicas, a sexualidade. Conhecer como as adolescentes vivenciam sua sexualidade e quais os mitos e tabus aí envolvidos, é fundamental para que o diálogo entre adolescentes e profissionais possa acontecer de forma aberta e franca.

Na correlação saber-poder, as rodas de conversas, ao possibilitarem a fala horizontalizada, podem funcionar como dispositivos de empoderamento. Elas propiciam, a partir da reflexão crítica das experiências corpóreas e afetivo-sexuais, maior resistência dos sujeitos aos dispositivos normatizadores e controladores dos corpos, institucionalizados pela cultura moderna[17], e as instrumentalizam para o exercício de uma sexualidade prazerosa e segura.

A metodologia, orientada pela Educação Popular, apresenta-se como um modo de fazer diferente das formas tradicionais de ações coletivas nos serviços de saúde. A roda de conversa busca também superar mitos e "tabus" sobre a sexualidade e os temas correlatos a essa vivência na vida dos adolescentes. Esse espaço, orientado pela Educação Popular, "em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo"[18] (p. 21).

A aposta nas rodas de conversas sustentou-se na possibilidade de favorecer a fala, às adolescentes, sobre assuntos social e moralmente "proibidos-desviantes", permitindo questionamentos, reflexões e, muitas vezes, a desconstrução de dúvidas e mitos, a partir da comunhão de medos e anseios, no encontro entre as adolescentes, as estudantes do grupo de pesquisa e os profissionais da comunidade, envolvidos no projeto.

Nesses reconhecimentos mútuos, acredita-se ser possível propor novas modalidades de cuidado, com caráter não normativo, efetivando a democratização do acesso à informação e ao saber, assim como a abertura de espaços reflexivos para o exercício da sexualidade.

Dessa maneira, o projeto se sustentou na aposta de um estudo que promovesse, no ato de sua própria produção, processos educativos libertários. A escolha pelas rodas esteve atrelada à possibilidade de criar espaços para o exercício da cidadania, inaugurando a produção e ressignificação de sentidos para as históricas e desiguais relações de gênero, que teimam em perdurar e vulnerabilizar as mulheres, principalmente no sertão nordestino[19].

Embora não seja o objetivo do estudo promover uma discussão teórica sobre gênero, convém ressaltar que o conceito adotado emerge das reflexões feministas que entendem gênero como categoria analítica, histórica e social, contestando o determinismo biológico, na produção das iniquidades[13,20.]

Para Scott[20], as discussões de gênero se voltam às analises dos pactos socais dos papéis de homens e mulheres. O conceito de gênero significa, de sobremodo, uma categoria que se dirige à identidade subjetiva de sujeitos sexuados.

Já as feministas francesas, na década de 1970, conceituam gênero como relações sociais de sexo, inserindo o trabalho como categoria central das análises das relações de poder historicamente produzidas entre homens e mulheres.

Para Hirata[21] e Kergoat[22], as relações sociais de sexo implicam na divisão sexual do trabalho, na qual, aos homens, está circunscrito o campo produtivo, das fábricas, e, às mulheres, a reprodução do lar. A construção da divisão social do trabalho foi possibilitada pelos princípios da separação e da hierarquização, que estabelecem a diferença entre trabalhos de homens e de mulheres e instituem que o trabalho de homem tem mais valia do que o da mulher.

Compreendendo que relações de gênero forjam também relações afetivo-sexuais, sejam dos jovens ou adultos, Sampaio[19] observa que narrativas sobre gênero, sexualidade e adolescência de profissionais de saúde conformam relações de cuidado que favorecem a vulnerabilidade das adolescentes às IST e à gravidez não planejada.

Ao assumirem posturas normatizadoras e controladoras da sexualidade, os profissionais de saúde dificultam o diálogo, inviabilizando um cuidado efetivo, solidário e cogestado, contribuindo para que as adolescentes vivenciem suas experiências afetivo-sexuais de forma solitária, insegura, culpabilizada e não prazerosa[10].

Na subversão desse modo de cuidado, a educação em rodas de conversa propõe o debate das cenas do cotidiano e das relações de gênero e sexualidade das jovens, com vistas a sua autonomia. Funcionando na contramão do instituído, polo do saber hegemônico, as rodas possibilitam que os atores se descubram protagonistas de suas cenas e, por isso, capazes de questioná-las e reescrevê-las. As rodas de conversas potencializam, assim, voz e vez ao oprimido[1].

Entre os objetivos desejados e a realidade possível: operacionalizando o método da roda

Para que as rodas possibilitassem a construção de espaços não normativos e moralistas, foi necessário problematizar cotidianamente sua produção, operacionalização e a função dos seus facilitadores.

Ao longo do processo, diversas vezes, o grupo de pesquisa se sentiu desafiado: o que fazer/promover naqueles espaços? Seria a viabilização dos encontros? Mas que tipo de encontros? Haveria a possibilidade de construção de laços afetivos? O que fazer com os sentimentos que ali brotavam? O facilitador é membro do grupo ou externo a ele? Caberia ao facilitador tirar dúvidas e desconstruir mitos das adolescentes?

Do ponto de vista operacional, as rodas foram iniciadas com a pactuação do contrato de convivência, buscando refletir a flexibilidade das relações humanas, podendo, mesmo depois de acordado, ser retomado e modificado. Nesses momentos iniciais, eram definidas questões como: quem participaria do grupo? O que, e como, seria discutido? Também eram pactuados o respeito à fala alheia e aos diferentes saberes e a garantia do sigilo e o respeito ao horário.

Em cada um dos quatro bairros, onde o projeto se desenvolveu, foram compostos dois grupos de adolescentes de diferentes idades: Grupo A, com adolescentes entre 10 e 15 anos, e Grupo B, com adolescentes entre 16 e 19 anos, totalizando a formação de oito grupos. Cada grupo era facilitado por um membro da equipe de pesquisa em parceria com um agente de cuidado local (profissionais de saúde e/ou da educação), a partir de uma perspectiva de ação intersetorial.

A intersetorialidade, como paradigma organizativo busca superar a lógica fragmentária que marca as políticas sociais brasileiras. Trata-se de uma resposta articulada do aparelho de Estado ao conjunto da demanda e necessidades dos atores sociais, referidas à condição de cidadania[23]. No setor saúde, ela parte do reconhecimento de que *per si* o setor é incapaz de lidar com complexidade do processo saúde-doença.

Além disso, tal experiência partiu da compreensão de que a intersetorialidade é construída para além das instituições estatais, na intersecção dos diversos serviços sociais e instituições da sociedade civil que atuem junto à população.

Assim, para o desenvolvimento das rodas, os serviços sociais e instituições parceiras foram convidados para construir e participar delas, num esforço de trabalho coletivo.

As adolescentes eram convidadas para uma conversa sobre gênero e sexualidade, por meio da mobilização desses agentes de cuidado. Em cada território, após divulgação da proposta entre os principais equipamentos sociais locais, foram construídas parcerias com escolas, unidades de saúde, Centro de Referência em Assistência Social (Cras) e com uma igreja católica.

A parceria com a igreja católica foi bastante importante, pois permitiu trabalhar o tema da sexualidade com grupos de jovens religiosos, apesar de a igreja católica preconizar a abstinência sexual antes do casamento e não aprovar o uso de preservativos. Por isso, foi gratificante poder conhecer e trabalhar com um padre que, diante da vulnerabilidade dos adolescentes em relação à gravidez não planejada, às IST/Aids e ao abortamento inseguro, reconhece e legitima trabalhos que não preconizam ou normatizam comportamentos e práticas, mas que promovem o diálogo aberto sobre sexualidade com as adolescentes.

Contudo, na maioria das escolas e no Cras, houve apenas a concessão do espaço e do acesso às adolescentes, sendo possível, em apenas uma escola, a mobilização parcial de um professor. Mesmo com tais resistências, foi viabilizada alguma articulação com as Agentes Comunitárias de Saúde e os equipamentos sociais disponíveis nos territórios, sendo ampliada a rede de profissionais com acesso a novas modalidades de cuidado, centradas em processos coletivos e dialógicos.

Destaca-se, ainda, que a participação dos profissionais nas atividades com as adolescentes permitiu: a) estimular o diálogo entre adultos e adolescentes; b) criar vínculo entre tais profissionais e as adolescentes e c) fomentar a escuta de tais profissionais sobre medos e anseios das adolescentes, que lhes possibilitaram repensar o cuidado em saúde que oferecem.

A proposta das rodas esteve coerente com a promoção da saúde, ao defender a produção de sujeitos autônomos, críticos, reflexivos e livres, que se constituem no encontro com o outro, em coletivos democráticos e participativos. A promoção da saúde surge com a defesa de "valorização do 'conhecimento popular' e da participação social"[24] (p. 16), a partir da "articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução"[25] (p. 3), o que implica na necessidade de se trabalhar em rede e no estabelecimento de parcerias, na medida em que para "problemas com multi determinações são propostas respostas com múltiplas estratégias, medidas e atores"[24] (p. 16).

As dinâmicas das rodas foram sempre pactuadas. As datas dos encontros eram acordadas, sem uma periodicidade fixa. Adolescentes e facilitadores foram se adaptando às contingências cotidianas, como recesso acadêmico e falta de espaço físico disponível, de forma dialogada. Assim, cada grupo organizava sua dinâmica de acordo com seu movimento interno.

Foram realizadas 165 rodas, sendo: 21 com as adolescentes entre 10-14 anos e 24 com as adolescentes entre 15-19 anos do bairro **A**; 24 com as adolescentes entre 10-14 anos e 18 com as adolescentes entre 15-19 anos do bairro **B**; 18 com as adolescentes entre 10-14 anos e 18 com as adolescentes entre 15-19 anos do bairro **C;** e 21 com as adolescentes entre 10-14 anos e 21 com as adolescentes entre 15-19 anos do bairro de **D**. Todas as adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, às menores de 18 anos, foi solicitada a assinatura do/a seu responsável, sendo a pesquisa aprovada por Comitê de Ética.

As rodas tiveram, em média, uma hora de duração e foram mobilizadas por dinâmicas de grupo, propostas pelos facilitadores, a partir de trabalhos anteriores e referências bibliográficas sobre técnicas de trabalho com adolescentes do Instituto PAPAI e do Pro-Mundo[e].

[e] Os materiais didáticos podem ser encontrados nos sites: <http://www.promundo.org.br;> <http://www.papai.org.br/>.

Os temas trabalhados em cada roda eram definidos pelas adolescentes nos encontros anteriores e, muitas vezes, modificavam-se ao longo da roda, a partir das conversas e dos interesses das adolescentes. Assim, enquanto as meninas mais velhas diziam que menstruação e adolescência eram temas batidos e que não tinham interesse em conversar sobre eles, as mais novas tinham muitas dúvidas sobre menstruação e virgindade. Essa discussão foi bastante enriquecedora, visto que as experiências de vida desses sujeitos, muitas vezes, não são levadas em conta.

No espaço livre de falas, dúvidas e anseios, os conteúdos eram acordados entre as partes e contextualizados nas dinâmicas institucionais e nas vivências das adolescentes. As rodas versaram sobre temas relacionados à adolescência, sexo e sexualidade, relações de gênero, conhecimento e cuidados com o corpo, virgindade, gravidez na adolescência, aborto, violência de gênero, IST/Aids, métodos contraceptivos, diversidade sexual, prostituição, dentre outros. Com todos os grupos, também, foi aplicada a dinâmica da caixinha de perguntas[1] e realizada uma visita ao serviço de saúde local.

Outro elemento necessário de ser discutido é a possibilidade do encontro num espaço dialogado e reflexivo entre diversos sujeitos que vivem e convivem no mesmo espaço, mas que, por diversos fatores, não se articulam e não dialogam. Esse encontro, mesmo que inicial, pôde possibilitar a transformação tanto dos sujeitos quanto da

sociedade na qual vivem, pois "a reflexão critica, o diálogo e a construção, compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a cientifica"[26] (p. 16).

Dentre as dificuldades na realização das rodas, a primeira enfrentada e que se manteve ao longo de toda a pesquisa foi a articulação dos espaços onde as rodas eram realizadas. Em algumas escolas, apesar de pactuações firmadas, no momento da realização, não havia nenhum espaço disponível. As rodas foram feitas em laboratórios de informática, biblioteca e salas sem ventilação, privacidade e acústicas adequadas, comprometendo, inclusive, a sua gravação.

Quanto à articulação das adolescentes, nos oito grupos, foi observado o mesmo fenômeno: no momento de apresentação do projeto, várias adolescentes mostravam-se interessadas, sendo possível articular uma média de dez a quinze garotas por grupo. Contudo, já no primeiro encontro, o número de adolescentes presentes era menor, em torno de oito a dez participantes. Com o desenvolvimento das ações, o número médio de meninas por roda passou a ser de cinco a seis, o que causou apreensão na equipe da pesquisa.

Na constante avaliação do processo – outra condição do método da roda: participação democrática e avaliação processual –, vários movimentos foram provocados. Foram feitas avaliações com as adolescentes e com os profissionais parceiros; mudanças de horário das rodas; busca ativa das adolescentes faltantes; envio de mensagens, lembrando-as da atividade, etc.

Segundo as adolescentes e os profissionais, os encontros eram interessantes e havia o desejo de mantê-los. Contudo, chamou a atenção o fato de várias adolescentes que, ao final de uma roda, demandavam outros encontros, nos momentos seguintes, elas faltavam.

As justificativas eram semelhantes: esquecimento ou outro compromisso. Algumas facilitadoras avaliaram que as adolescentes se sentiam desmotivadas para irem às rodas, mas uma vez lá, participavam de forma intensa, mostrando interesse pela atividade. Essa interpretação foi corroborada pela experiência de realizar a roda no horário em que as adolescentes já estavam na escola, obtendo-se maior assiduidade delas.

Diante de tal realidade e pela impossibilidade de realizar todas as rodas no horário escolar, a equipe passou a convidar outras adolescentes para as rodas, permitindo maior fluidez na composição dos grupos. O fato de o grupo não ser fechado, permitindo a entrada e saída das participantes, não interferia na sua desenvoltura para falar sobre os temas propostos. Como todas as participantes pertenciam ao mesmo território, as que se dispunham a entrar na roda o faziam, pois reconheciam no grupo o espaço para a fala.

A equipe de pesquisa passou a respeitar e acolher o movimento de cada grupo. As adolescentes ora participavam assiduamente, ora passavam semanas sem aparecer, retornando num momento seguinte. Houve, assim, rodas com mais de 15 jovens e outras com apenas três, tendo-se como média uma frequência de cinco adolescentes por roda.

Após a realização de cerca de 10 rodas em cada grupo, observou-se uma repetição das narrativas, dando a impressão de um esgotamento das discussões. Como o projeto centrava-se no tema dos direitos sexuais e reprodutivos, o que inibia a equipe de pesquisa enveredar sobre outros temas, foi proposta a produção de algum material para ser apresentado na comunidade (escola, Cras ou igreja).

Em cinco grupos, as últimas rodas versaram sobre a produção e apresentação de algum material. Três grupos optaram por realizar um painel com cartazes que ficassem expostos nas escolas, para a socialização de informações que as adolescentes elencaram como as mais importantes de serem divulgadas entre seus colegas. O grupo desenvolvido na igreja católica optou por fazer um programa na rádio comunitária do bairro, no qual também divulgaram informações que julgaram relevantes para as demais adolescentes.

Nesses quatro grupos, as informações selecionadas versavam principalmente sobre virgindade e métodos contraceptivos, evidenciando a relevância do tema da gravidez na adolescência. Chama atenção nas escolhas desses grupos que, apesar de vivenciarem uma atividade dialógica, as adolescentes ainda tinham como referência de atividade educativa o modelo informativo e normatizador, a partir do qual eram oferecidas "dicas" para a vivência da sexualidade.

O quinto grupo, contudo, propôs programar uma ação de multiplicação das rodas com outras adolescentes da escola. Para tanto, propuseram desenvolver algumas técnicas de dinâmicas de grupos por elas vivenciadas no projeto e pesquisaram outras nas referências bibliográficas utilizadas pela equipe da pesquisa. Como tal proposta foi efetivada no final do ano letivo e no término da pesquisa, o grupo pactuou que a Agente Comunitária de Saúde iria, a partir do ano seguinte, apoiar as adolescentes na implementação das rodas com as alunas das 7ª e 8ª séries da escola em que elas cursam o 1º ano do ensino médio.

Essa iniciativa parece relevante, pois evidencia, além da valorização do método da roda, a implicação das adolescentes na produção e ressignificação dos sentidos sobre sexualidade entre seus pares; e a relação estabelecida entre as adolescentes e as Agentes Comunitárias de Saúde, que superou os limites dos encontros das rodas, permitindo a construção de parcerias e compromissos futuros.

Esse foi considerado, pela equipe da pesquisa, o mais importante resultado obtido. Para além dos dados da análise das narrativas das adolescentes e da construção de espaços dialógicos que permitiram momentos de reflexão das jovens sobre suas vivências afetivo-sexuais, foi possível estabelecer vínculos afetivos entre elas e os facilitadores das rodas (alunos e profissionais de saúde e de educação).

Mesmo durante o desenvolvimento do projeto, o término de uma roda não representava necessariamente o afastamento entre os sujeitos nela envolvidos. Os vínculos afetivos estabelecidos permitiram que algumas adolescentes procurassem os facilitadores em outros momentos para tirar dúvidas, buscar ajuda para a resolução de algum problema pessoal, desabafar ou, simplesmente, estreitar a relação. Dentre as várias situações ocorridas, certa vez, uma adolescente solicitou ajuda a uma aluna da pesquisa, por sentir dores ao urinar e pensou que poderia estar com uma DST. A aluna acolheu o pedido e foi à unidade de saúde com a adolescente, acompanhando-a durante o atendimento.

O vínculo entre as pessoas em qualquer produção de cuidado é entendido como um "processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos"[27] (p. 70). Só a partir desse reconhecimento mútuo, é possível estabelecer uma comunicação legítima entre os atores, que possibilite a produção coletiva de algo novo.

Sem o vínculo, as relações tornam-se mecanizadas e hierarquizadas, centradas em procedimentos e normatização/prescrição de condutas. Esse tipo de intervenção, fortemente presente nas relações tradicionais de cuidado, tem mostrado sua ineficácia na condução de processos terapêuticos que impliquem na autonomia do sujeito e na sua capacidade de gerenciamento da vida[28].

Essa vinculação afetiva só foi possível porque os facilitadores das rodas se permitiram se aproximar das adolescentes como pessoas. Eles implicaram-se na produção das rodas e, com isso, abriram-se para o encontro com as adolescentes, não como objetos de uma intervenção, mas como sujeitos de fala, isto é, como sujeitos históricos e de direitos.

Nos grupos em que os facilitadores eram profissionais do próprio território, essa vinculação pareceu ainda mais relevante, pois criou laços que poderão sustentar novos encontros e produções, como no caso das adolescentes e agentes comunitárias que planejaram desenvolver rodas de conversas após o término da pesquisa.

Quando ensinar exige reflexões sobre a prática

Ao final do projeto, as últimas rodas com cada grupo serviram para o fechamento da atividade, com confraternização e avaliação geral da experiência. Como os grupos eram heterogêneos, os processos foram vividos, de maneira singular. Alguns discursos foram problematizados por algumas garotas, mas por outras não; algumas informações foram socializadas e outras não; algumas adolescentes não apenas refletiram sobre suas práticas, como também buscaram formas que julgaram mais satisfatórias de viverem sua sexualidade; outras se mantiveram presas aos discursos hegemônicos.

Não foi surpresa que cada adolescente e cada membro do grupo de pesquisa vivenciasse as rodas de maneira singular. Tal diversidade não foi apenas no grau de autonomia conquistado pelas adolescentes, mas também no perfil que cada roda assumiu, a partir da inter-ação entre os facilitadores

– que vinham de formações e experiências pessoais e profissionais distintas (alguns eram Agentes Comunitários de Saúde, outros professores e outros estudantes de Psicologia) – e as adolescentes – cada uma com sua própria história de vida.

Sem desejar, *a priori,* construir qualquer tipologia para as rodas, pois acreditamos que elas se constituem em ato, no encontro singular entre os sujeitos, foi possível evidenciar três perfis de rodas no decorrer do projeto.

Um primeiro perfil foi o de rodas que assumiram caráter mais normativo ou técnico, nas quais a transmissão de informações e técnicas de cuidado com o corpo teve maior predominância. Em algumas rodas, independentemente dos atores nelas envolvidos, mas da própria dinâmica do grupo com o tema abordado, a fala das facilitadoras foram mais presentes e informativas. Em algumas rodas, mas não em todas, por exemplo, sobre IST, as falas foram mais informativas sobre os tipos de infecções mais comuns e a forma de evitá-las.

Nessas rodas, o modelo informativo, prescrito e normatizador, parece mais evidente, com maior verticalização do poder-saber, bastante frequente nas tradicionais atividades educativas (palestras) em saúde.

Nesses casos, é possível evidenciar que a mera disposição das cadeiras em forma circular não garante a democratização da fala, e que a roda, como ferramenta de Educação Popular, não se esgota na organização física das pessoas, mas na sua disponibilização para a horizontalização das relações saber-poder, na emergência de saberes compartilhados no e pelo coletivo.

Um segundo perfil observado foi o de rodas que assumiram caráter mais descritivo das experiências vividas, nas quais a realidade objetiva era narrada sem o exercício reflexivo sobre essas narrativas.

Assim, as adolescentes descreviam suas dificuldades em tocar ou falar do seu próprio corpo (sexualizado), sem, contudo, problematizarem o porquê de tais dificuldades ou mesmo seus efeitos para o cuidado com sua saúde.

Em algumas situações, as narrativas, além de não problematizarem as experiências relatadas, reforçavam preconceitos e discriminações. Em algumas rodas, por exemplo, as adolescentes reforçaram a patologização da diferença, afirmando que a homoafetividade é um desvio produzido por processos educativos equivocados, como a mãe deixar o menino brincar de bonecas.

Merece destaque o relato de uma adolescente, emblemático da socialização das ideologias de gênero do grupo, no que tange à homoafetividade: "Eu tenho um primo que tem um ano e faz a mesma coisa [brincar de boneca], e a mãe acha que é bonito, fica incentivando o filho a virar 'gueba'".

A análise dessas rodas evidenciou que apenas o caráter informal das conversas e a democratização da palavra não garantem reflexão sobre os discursos proferidos, que caracterizaria a consciência crítica sobre eles.

Vale salientar que esses dois perfis têm custado cada vez mais caro ao método das rodas. Eles demonstram a armadilha de se supor proporcionar uma educação libertadora simplesmente por colocar pessoas em círculo e as deixarem falar livremente. É nesse sentido que Freire adverte: "transformar a experiência educativa em puro treinamento é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador" [2] (p. 37).

O grupo de pesquisa percebeu que estar na posição de facilitar a aprendizagem libertadora é em si uma aprendizagem, na qual o próprio indivíduo, que se coloca ou é colocado como educador, também vive e se transforma no educando. Percebeu, também, que ser alguém externo ao cotidiano das adolescentes, diferente dos Agentes Comunitários de Saúde, foi facilitador para o entrosamento e a confiança das adolescentes diante das questões que implicam a saúde sexual e reprodutiva.

A cada encontro, reflexão e reinvenção de práticas e recursos pedagógicos, foi possível identificar o surgimento, ora mais expressivo, ora mais tímido, do terceiro perfil assumido pelas rodas, qual seja, a de produção de sentidos, que, compreendidos à luz do pensamento freiriano, reflete o conflito entre possibilidades e condicionantes, como algo ontológico, cultural, político e social[1].

Assim, foi possível testemunhar, em alguns momentos, as adolescentes colocando em cheque normatizações de condutas femininas, como não poder expressar seu desejo sexual e problematizarem o quanto pode ser complicado engravidar sem o suporte familiar, sem recursos financeiros e sem o apoio do companheiro, sendo tal contexto um fator que vulnerabiliza as mulheres ao aborto inseguro, ao mesmo tempo que justificaria a sua realização.

> "Porque eles [os pais] acham que vão influenciar para fazer aquilo. Mas basta você não querer que você não faz. É a escolha que você quiser seguir. [...] Porque que para o pai é sempre mais difícil acreditar que a sua filha não é mais aquela bebezinha, que agora ela está crescendo e virando mulher?" (relato de uma adolescente durante uma roda de conversa).

Elas problematizaram, assim, suas experiências, evidenciando em que medida tais saberes-poderes sobre o corpo feminino colocavam a sua saúde em risco. O que, em alguns momentos, parecia ser natural para aquelas adolescentes, em outros, passou a ser incômodo e foco de análise: "porque isso é assim? Não é 'legal' que seja assim" (relato de uma adolescente durante uma roda de conversa).

Essa última característica das rodas foi constantemente perseguida pelo grupo. Talvez, por essa razão, não foi possível estabelecer condições prévias para a emergência dessas reflexões. Elas se produziam espontaneamente, como fruto do próprio processo de construção inventiva, reflexiva e aberta ao aprendizado mútuo de todos os sujeitos ali implicados.

A construção do vínculo que sustentou o encontro com as adolescentes e a crença de que aquele era um espaço protegido (dada a construção de um contrato) possibilitou produzir novas narrativas, gestos e afetos, além de promover a tessitura do ensino-pesquisa-extensão, no educar freiriano, para além da "leitura e a escrita da palavra, implicando uma releitura mais crítica do mundo, como 'caminho' para 'reescrevê-lo', quer dizer, para transformá-lo"[5] (p. 44), valorizando o saber aí originado como fonte de experiência e defesa da vida.

Na aposta de um processo sempre em construção: considerações finais

De modo geral, as rodas se efetivaram como ponto de encontro entre as adolescentes e seus cuidadores, como espaços de negociação e não de normatização; de acolhimento e não de controle; de produção de prazer e não de higienização – em busca da produção da consciência crítica e autônoma das adolescentes diante de suas experiências afetivo-sexuais.

A experiência aponta a importância da (re)invenção das práticas educacionais, construindo novos significados para a própria experiência como facilitadores de rodas dialógicas. Tornou-se premente (re) pensar a linguagem, os recursos e métodos em uso, no vislumbre de ver brotar o diálogo realmente fundante das/nas relações entre iguais em suas diferenças.

Corroborando Freire[2], seguimos afirmando que "aprender precedeu ensinar, ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender" (p. 26).

Agradecimentos

Os autores agradecem a Afonso Henrique Novaes Menezes pela revisão ortográfica e gramatical do texto.

Colaboradores

Os autores Juliana Sampaio e Gilney Costa Santos trabalharam juntos em todas as etapas do manuscrito. As autoras Marcia Agostini e Anarita da Silva Salvador trabalharam na revisão final do texto.

Referências

1. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.

2. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática pedagógica. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

3. Freire P. Educação como prática da liberdade. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

4. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Piaget; 2003.

5. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

6. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 32-45.

7. Freire P. Educação e mudança. São Paulo: Paz e Terra; 1979.

8. Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/aids e o processo de emancipação psicossocial. Interface (Botucatu). 2002;6(11):25-38.

9. Buss PM, Pelegrini-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17(1):77-93.

10. Sampaio J, Vieira S, Teles BKA, Costa GS. As construções discursivas de adolescentes do sexo feminino de Petrolina-PE e a garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Relatório de pesquisa. Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco; 2011.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

12. Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.

13. Barbosa RHS, Giffin KM. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. Interface (Botucatu) 2007;11(23):549-67.

14. Macedo RS. A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação. Salvador: EDUFBA; 2000.

15. Parker R. Na contramão da aids: sexualidade, intervenção, política. São Paulo: Ed. 34; 2000.

16. Antunes MC, Stall R, Hearst N, Paiva V, Peres CA, Paul J, Hudes M. Avaliação de um programa de prevenção da aids entre jovens de escolas públicas noturnas de São Paulo. AIDS. 1997;11 Supl 1:121-7.

17. Foucault M. História da sexualidade. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

18. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. p. 18-29.

19. Sampaio J, Santos RC, Callou JLL, Souza BBC. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. Saude Soc. 2011;20(1):171-81.

20. Scott JW. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Educ Real. 1995; 20(2):71-90.

21. Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cad Pesqui. 2007;37(132):595-609.

22. Kergoat D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Hirata H, Laborie F, Doaré H, Senotier D, organizadores. Dicionário crítico do feminismo. São Paulo: Ed. Unesp; 2009. p. 67-75.

23. Silva AF, Barroso BS. Descentralização, intersetorialidade, territorialidade no campo da assistência social: o município de Campos dos Goytacazes como referência. In: Anais da III Jornada Internacional de Políticas Públicas; 28-30 Ago 2007; São Luís, Brasil. São Luís: UFMA; 2007 [acesso 2012 Ago 15]. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoE/c66e6071873b6d8472b6anderson%20Fontes_Bruna%20Barroso.pdf.

24. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 15-38.

25. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saude Colet. 2000; 5(1):163-77.

26. Pedrosa JIS. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 13-17.

27. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

28. Merhy EE, Ceccim RB. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização [Internet]. Niterói: UFF; [acesso 2009 Set 2]. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#indexados.

Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Límites y potencialidades de las rondas de conversación acerca del cuidado de la salud: análisis de una experiencia con los jóvenes en el interior de Pernambuco, Brasil. Interface (Botucatu). 2014; 18(supl):1299-1312.

Este artículo es un trabajo basado en un análisis crítico de la experiencia de las rondas de conversaciones con adolescentes en cuatro comunidades del interior de Pernambuco. El estudio pretende contribuir con la calificación metodológica y pedagógica de las charlas, dado el desarrollo cada vez más común en los diversos contextos de la promoción de la salud. El argumento es que la ronda de conversación es más que "arreglos circulares de sillas", y que es una manera fundamental de pensar acerca de los roles socialmente construidos preeminentemente por las relaciones históricas y la desigualdad de clase, género y etnia. Por último, reafirma el compromiso de espacios que permitan lo inesperado de las voces divergentes. Señalando la fertilidad discursiva, es posible producir un vistazo en los círculos de conversación, como estrategia metodológica que participa en la acción pedagógica transformadora.

Palabras clave: Educación popular en salud. Rondas de conversaciones. Adolescencia. Relaciones de género.

Recebido em 07/05/2013. Aprovado em 14/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0457

Dispositivos de comunicação para a promoção da saúde:

reflexões metodológicas a partir do processo de compartilhamento da Maleta de Trabalho "Reconhecendo Manguinhos"

Lenira Zancan[a]
Fátima Pivetta[b]
Fabiana Melo Sousa[c]
Marize Bastos da Cunha[d]
Marcelo Firpo de Sousa Porto[e]
Jairo Freitas[f]
Gleide Guimarães Alentejo[g]

Zancan L, Pivetta F, Sousa FM, Cunha M, Porto MFS, Freitas J, Alentejo, GG. Comunication devices for health promotion: methodological reflections from de process of sharing of Work Case "Recognizin Manguinhos". Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1313-1326.

The article seeks to contribute to the popular health education, describing and analyzing a process of sharing materials produced by action research expanded communities on health, environment and citizenship issues, in a favela located in Rio de Janeiro. From the theoretical and methodological referential of emancipatory health promotion and environmental justice, the article describes the process of sharing a "Briefcase", presenting the objectives, the dynamics and the main results of four workshops held with the social actors: teachers, youth, counselors, health professionals and researchers. The relevance of a video production report as "mechanism" to return the results of the workshop is discussed. The video report would also be a new communication device to be incorporated into the suitcase. Finally, it analyzes the challenges, limitations and the potential of this training experience of expanded communities' production about the problems and potential of the territory.

Keywords: Health promotion emancipator. Popular education. Shared production of knowledge. Communication devices.

O artigo busca contribuir para a educação popular em saúde, descrevendo e analisando um processo de compartilhamento de materiais produzidos por comunidades ampliadas de pesquisa ação, sobre temas de saúde, ambiente e cidadania em uma favela no Rio de Janeiro. A partir dos referenciais teórico-metodológicos da promoção da saúde emancipatória e da justiça ambiental, o artigo descreve o processo de compartilhamento de uma "Maleta", apresentando os objetivos, as dinâmicas e os principais resultados de quatro oficinas realizadas junto a atores sociais: professores, jovens, conselheiros, profissionais de saúde e pesquisadores. Discute a pertinência da produção de um vídeo-relatório como "mecanismo" de devolução dos resultados e também como novo dispositivo de comunicação a ser incorporado à Maleta. Finalmente, analisa os desafios, limitações e potencialidades desta experiência de formação de comunidades ampliadas na produção de conhecimentos sobre os problemas e potencialidades do território.

Palavras-chave: Promoção da saúde emancipatória. Educação popular. Produção compartilhada de conhecimento. Dispositivos de comunicação.

[a] Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp, Fiocruz). Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 9º andar, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210. lenazan@ensp.fiocruz.br
[b,e] Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Ensp, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. pivettaf@ensp.fiocruz.br; marcelo.firpo@ensp.fiocruz.br
[c] Laboratório Territorial de Manguinhos, Ensp, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. fabianamelosousa@gmail.com
[d] Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Ensp, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. marizecunha@yahoo.com.br
[f] Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. jairotek@fiocruz.br
[g] Laboratório Territorial de Manguinhos, Ensp, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. gleidegalentejo@gmail.com

Introdução

O aprofundamento teórico e metodológico da experiência de produção compartilhada do conhecimento é um dos maiores desafios daqueles que atuam no campo da educação popular. São vários os trabalhos que tematizam a questão, dentre os quais Carvalho, Acioli e Stotz[1], que buscam historicizar a proposta de construção compartilhada de conhecimento, e Marteleto e Valla[2], que a abordam em sua articulação com a antropologia da informação, concebendo a perspectiva de um terceiro conhecimento.

Privilegiando-o como um dos eixos fundamentais de seu trabalho, voltado para uma Promoção de Saúde Emancipatória, o Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM)[(h)], desde 2003, vem constituindo uma metodologia participativa, a Comunidade Ampliada de Pesquisa-Ação (CAP), reunindo pesquisadores da Fiocruz e moradores do bairro de Manguinhos, alunos de ensino médio participantes de um programa de vocação científica, bem como pesquisadores visitantes do CNPq e bolsistas PIBIC, dentre outros.

[(h)] O LTM é um projeto de pesquisa e extensão da Fundação Oswaldo Cruz. Para mais informações, acesse www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br

Seguindo esta perspectiva, a experiência do LTM inclui não apenas a produção, mas também a circulação e apropriação de conhecimentos sobre saúde, ambiente e cidadania no território de Manguinhos, um complexo de 15 favelas situado na zona norte do Rio de Janeiro. Tal trabalho é o eixo através do qual vimos desenvolvendo uma promoção de saúde emancipatória, voltada para os problemas de saúde do lugar, reconhecendo-os a partir da abordagem dos determinantes sociais da saúde e da justiça ambiental[3]. Elegendo o território como lócus privilegiado de pesquisa e intervenção, buscamos a conexão entre tais problemas e as dimensões sociais, políticas e culturais subjacentes às desigualdades sociais, aos déficits de democracia e às assimetrias de poder que marcam territórios, como os de Manguinhos. Consideramos as vozes dos moradores e trabalhadores de territórios, que constituem as zonas de sacrifício do capitalismo contemporâneo[4], como centrais no enfrentamento dos conflitos sociais e ambientais, bem como na mobilização por políticas emancipatórias.

Os espaços da produção compartilhada são os fóruns, encontros, oficinas e trabalhos de campo, que permitem a confrontação de idéias e a integração de saberes e perspectivas na problematização, análise e proposição de soluções para os problemas no território. Os produtos gerados nesses espaços objetivam ampliar o diálogo e os circuitos de troca e inclusão de sujeitos.

Os diversos materiais resultantes dessas pesquisas desenvolvidas a partir da CAP, e produzidos com diferentes linguagens escritas e audiovisuais, foram reunidos numa caixa de ferramentas denominada "Maleta de Trabalho: Reconhecendo Manguinhos", com a qual realizamos um processo de compartilhamento e validação desses materiais, por meio de oficinas de leitura e apropriação com atores do território. Nesta reflexão, procuramos apresentar alguns resultados deste processo de compartilhamento e validação, discutindo os sentidos desta Maleta e as lições aprendidas no percurso, procurando contribuir para a educação popular em saúde, particularmente em sua dimensão metodológica.

O artigo está dividido em três partes. Na primeira são apresentados os referenciais teórico-metodológicos orientadores dos trabalhos desenvolvidos. Em seguida, descrevemos o processo de compartilhamento da Maleta, apresentando os objetivos, as dinâmicas e os principais resultados de quatro das oito oficinas realizadas, incluindo a produção de um vídeo-relatório como mecanismo de devolução dos resultados e como novo dispositivo de comunicação a ser incorporado à Maleta. Finalmente, analisamos os desafios, limitações

e potencialidades desta experiência de formação de comunidades ampliadas de pesquisa ação na produção de conhecimentos sobre os problemas e potencialidades do território.

O LTM e a Maleta "Reconhecendo Manguinhos"

Um dos desafios que vêm norteando as pesquisas da equipe é o de contribuir com as bases conceituais e metodológicas para a constituição do que denominamos uma promoção da saúde (PS) emancipatória no âmbito territorial, compreendida como:

> [...] um processo dinâmico de mediações e constituição de campos relacionais, cognitivos e éticos, entre sujeitos individuais e coletivos para solidariamente estabelecerem mecanismos de compartilhamento dos recursos disponíveis na sociedade. Uma promoção da saúde repensada enquanto processo dialético voltado à produção de conhecimentos e práticas que favoreçam a constituição de espaços de conquistas de liberdade, de redução de vulnerabilidades sócio-ambientais e de exercício dos direitos humanos fundamentais através do que Paulo Freire denomina de "inéditos viáveis"[3] (p. 220).

A PS emancipatória tem como objetivo último o conhecimento e discussão dos problemas sócio-ambientais e sanitários do lugar, visando transformar as políticas públicas e práticas institucionais a partir dos interesses legítimos e necessidades das populações. Considerando tal perspectiva, a constituição das comunidades ampliadas de pesquisa ação e o processo de produção e compartilhamento do conhecimento se colocam como eixos metodológicos fundamentais da promoção da saúde, e como caminho possível na ampliação da autonomia e consciência crítica individual e coletiva dos sujeitos no território[3,5].

A constituição de Comunidades Ampliadas de Pesquisa-ação (CAP) tem sido adotada como metodologia participativa no campo da saúde propondo mecanismos de cogestão entre técnicos e trabalhadores do SUS, pesquisadores, usuários e organizações sociais no estabelecimento de atividades de interesse da saúde[6]. No LTM, esta proposta assume contornos vinculados ao campo socioambiental, nas discussões sobre complexidade e incertezas[7], nas propostas de análises integradas e conexão entre os saberes técnicos, situados e populares[8].

No que se refere à construção do conhecimento, o compartilhamento no processo investigativo é concebido como caminho necessário à construção de um conhecimento crítico, capaz de decifrar a complexidade da realidade para os vários sujeitos da pesquisa e do lugar, e colocar em questão a inserção destes agentes no processo de produção do conhecimento[9]. Com isso, indica-se que o avanço da proposta da produção compartilhada do conhecimento só pode se realizar a partir da busca de caminhos que favoreçam um processo de pesquisa e ação, que contribua para a crescente autonomia de todos os sujeitos implicados, seja os pesquisadores, moradores, usuário dos serviços, gestores e profissionais técnicos, entre outros. Recupera-se assim, o paradigma freiriano da educação: "Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, os homens se libertam em comunhão"[10] (p. 63); "Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo"[10] (p. 27).

Nos caminhos que favorecem a operacionalização da proposta, conteúdo e linguagem são elementos centrais. Por isso o LTM vem se debruçando sobre as diferentes linguagens que possibilitem avançar no processo de produção e compartilhamento de materiais político-pedagógicos sobre o território, que deve contribuir para promover a autonomia e fortalecer os lugares de interlocução dos atores sociais locais nas diversas arenas de negociação em que participam[5].

A Maleta, compreendida como um 'território em movimento' pretende favorecer a amplificação das vozes dos moradores na reconfiguração das relações de poder, de forma a desconstruir e reconstituir histórias e realidades, frente aos discursos hegemônicos, que homogeneízam seus lugares na cidade e estigmatizam seus modos de vida e cultura. Conforme diz Pierre Levy, o domínio dos métodos de produção do conhecimento e das tecnologias para sua circulação dá "uma vantagem considerável aos grupos e aos contextos humanos que as utilizam de maneira adequada"[11] (p. 42).

Pretendemos que a Maleta cumpra esse papel, contribuindo para explicitar as iniquidades e suas determinações geopolíticas, culturais e ideológicas que produzem os problemas, bem como as soluções em cada território. Pretendemos também que a circulação e apropriação dos conhecimentos produzidos favoreçam o capital social[12], entendido como o conjunto de recursos atuais ou potenciais pertencentes a uma rede durável de relações sociais. Acreditamos que as formas de produção, circulação e apropriação de conhecimento que incorporam saberes, valores e interesses locais possibilitam ampliar e legitimar o capital social dessas comunidades, podendo reduzir assimetrias, contextualizando políticas públicas e projetos tradicionalmente elaborados de forma centralizada pelos governantes, e contribuindo para o diálogo intercultural, inclusive o dos saberes científicos e populares.

A ideia de reunir em uma Maleta de Trabalho os materiais produzidos pelo LTM surgiu em conversas com uma pesquisadora da área de comunicação em saúde, que participara de nossa CAP, quando ela nos contava sobre os "flanelódromos" no trabalho com os agentes de saúde indígenas. A ideia se fortaleceu ao longo dos processos de pesquisa e de produção dos materiais, quando procuramos criar um objeto de representação do território que expressasse ao mesmo tempo os movimentos de agregar pessoas, com seus olhares, valores, conhecimentos e interesses de um lado, e de outro de se debruçar sobre Manguinhos para desvendá-lo em textos, imagens e sons, em linguagens e formatos que tornem possível a todos – população, pesquisadores, técnicos e gestores – conhecer e reconhecer este território.

Nossa intenção é situar Manguinhos na sua história e na história da cidade, compreender como se deram e se dão as transformações, quais fatores foram e são preponderantes nas mudanças positivas e negativas e suas consequências sobre a vida das pessoas e dos ecossistemas. Concebemos tais elementos como fundamentais para entender a determinação social da produção da saúde e da doença que pode explicar e contextualizar as desigualdades e fragilidades do lugar.

Tendo como base as pesquisas realizadas pelo LTM e suas ações no território, 11 materiais foram editados e reproduzidos para integrar a Maleta, e estão sistematizados na tabela abaixo (Tabela 1), de acordo com seus temas norteadores e o conteúdo apresentado.

Além dos produtos acima, com a intenção de dar autonomia à Maleta foi produzido um livreto com pistas para a utilização dos materiais, além do folder do LTM e do marcador de livro**,** produzidos para divulgação do nosso sítio (www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br), onde parte dos materiais já está disponível.

Tabela 1. A Maleta e seus materiais: temas, produtos e conteúdos.

Tema Norteador	Produto	Conteúdo
História e Memória	Livro *Histórias de Pessoas e Lugares: memórias das comunidades de Manguinhos* (Fernandes, Costa, 2009)	História de Manguinhos com base em documentos e história oral
	Documentário Manguinhos: *Histórias de Pessoas e Lugares*	História de Manguinhos a partir de depoimentos dos moradores
	Cordel *Manguinhos em Prosa e Verso*	História de Manguinhos em cordel, de autoria de Gleide Guimarães, moradora e bolsista do LTM
Saúde e Ambiente	Livro-Jogo *Território, Saúde e Ambiente: a tosse misteriosa*	A contextualização do problema da tuberculose em Manguinhos
	Mangue, Manguinhos, Manguezal - um slideshow	Degradação do ecossistema do território, em comparação a uma área de manguezal preservada
	Calendário Anual *Enchentes em Manguinhos*	Ciclo explicativo da produção de enchentes e suas conseqüências sobre a vida e a saúde das pessoas, e as estratégias que subsidiem a reflexão e a ação
Políticas Públicas	Documentários *PAC Manguinhos: o futuro a Deus pertence?* e *PAC Manguinhos: promessa, desconfiança, esperança*	Expectativas e visões de moradores, gestores públicos, lideranças e profissionais de saúde sobre as mudanças promovidas pelo PAC no território e em suas próprias vidas
	Livro *PAC Manguinhos: um relato fotográfico*	Relata as mudanças provocadas pelas obras PAC através de fotografias, documentos e depoimentos de moradores

O processo de compartilhamento da Maleta

O processo de compartilhamento da Maleta envolveu uma elaboração metodológica adequada às oficinas com atores integrados à rede social na qual o LTM se insere, bem como um trabalho voltado para o registro audiovisual. Apresentamos aqui alguns resultados deste processo, enfatizando aqueles que têm maior implicação no campo da educação popular.

As perguntas avaliativas e a metodologia das oficinas

Como uma das estratégias metodológicas para a validação da Maleta e seus materiais, elaboramos um esquema analítico referenciado na noção de ciclo da comunicação: produção-circulação-apropriação[13,14], e definimos três dimensões para avaliação nas oficinas: o ciclo da comunicação do LTM; a avaliação da Maleta; avaliação dos materiais individualmente.

Considerando o ciclo da comunicação como uma referência metodológica, e também esquema analítico para a compreensão da nossa capacidade de contribuir para a construção de uma PS emancipatória, buscamos identificar nas oficinas sinais e indícios para avaliação do potencial da Maleta como dispositivo de comunicação do LTM, resultado do processo de dez anos de trabalho. Nas tabelas 2 e 3 apresentamos os objetivos e as perguntas consideradas na avaliação do ciclo da comunicação e da própria Maleta.

Tabela 2. Esquema analítico de avaliação do ciclo da comunicação do LTM.

Dimensão	Objetivo	Perguntas
Produção	Identificar a expressão dos objetivos da PS emancipatória	Os objetivos do LTM são claramente enunciados pelos interlocutores? Os temas respondem aos interesses prioritários dos moradores? As formas e linguagens estão adequadas ao contexto de atuação dos interlocutores?
Circulação	Compreender a ampliação dos circuitos de troca do LTM	Os interlocutores enunciam a intenção de utilizar os materiais em diferentes contextos? Os desdobramentos das Oficinas propõem a circulação da Maleta?
Apropriação	Identificar as formas e conteúdos de expressão dos sinais e indícios da apropriação	Os interlocutores se posicionam criticamente em relação aos conteúdos e objetivos da Maleta e dos materiais? Os conteúdos e formas são reelaborados pelos interlocutores? Novos usos ou mesmo novos materiais são enunciados? A Oficina promove mudanças nas formas de olhar para os territórios?

Tabela 3. Esquema analítico de avaliação da Maleta.

Dimensão	Objetivo	Perguntas
Produção	Identificar o potencial como ferramenta político-pedagógica e representação do território	As formas e linguagens da Maleta estão adequadas ao contexto de atuação dos interlocutores? Quais as possibilidades de provocar uma leitura ecossistêmica e crítica dos territórios? Qual sua viabilidade enquanto objeto autônomo, independente da CAP do LTM?
Circulação	Identificar a intenção e condições de compartilhamento	Quais os usos e espaços de uso apontados pelos interlocutores? Quais dificuldades os interlocutores teriam para usar?
Apropriação	Identificar as adaptações, revisões ou novos materiais e ideias para o uso da Maleta nos diferentes contextos	Quais ideias surgem a partir da Maleta? Quais mudanças esta oficina provocou nos sujeitos em termos de reflexão crítica de temas da Maleta? E em termos de movimento para novas práticas?

Em relação a cada um dos materiais, questionamos a adequação dos temas aos interesses dos interlocutores, as prioridades de saúde e ambiente do território e a pertinência das formas e linguagens. Na circulação, buscamos identificar se havia conhecimento prévio dos materiais e com quem e onde os interlocutores usariam. Com relação à apropriação, a questão colocada foi: que sentidos sociais os materiais adquirem no processo de reflexão promovido pela Oficina?

O processo de elaboração das perguntas e dos esquemas analíticos se deu em diálogo com a revisão do material produzido e a literatura já referida. Além disso, foram realizadas duas oficinas metodológicas com pesquisadores de referência no campo da educação popular e da comunicação em saúde com o objetivo de dialogar e trocar experiências, discutindo as estratégias de avaliação da Maleta[i].

Em tais oficinas, algumas questões se revelaram fundamentais. Uma delas esteve relacionada à própria natureza das oficinas, nos apoiando na tarefa de compreendê-las como oficinas de leitura e apropriação, a partir do princípio que não distribuímos materiais, mas compartilhamos conteúdos. Esta discussão contribuiu para ressignificarmos a Maleta, não como uma caixa de ferramentas, mas sim um dispositivo de comunicação do LTM. Outra indicação foi que, no limite de tempo do projeto, mais do que produzirmos um mapa da circulação e uma análise da apropriação dos conteúdos pelos participantes das oficinas, o possível seria identificar os sinais e indícios do reconhecimento de conteúdos, da pertinência das formas e linguagens, e lançar bases para estudos futuros. Importante também foi a avaliação de que o importante é por em circulação, o que em si já é difícil e "deixar ganhar vida própria", isto é a Maleta como dispositivo que gera novos processos.

Guiando-nos pelas questões destacadas nos esquemas acima, e nas oficinas metodológicas, de maio de 2012 a janeiro de 2013, realizamos oito Oficinas com atores do território, reunindo no total cerca de noventa participantes. Cada Oficina foi precedida de encontros com mediadores dos grupos, com os quais buscamos pactuar os objetivos da mesma. Formulamos objetivos e dinâmicas distintas, considerando a particularidade dos grupos e, ainda, o fato de que cada ator trazer consigo visões e experiências prévias em relação aos temas, linguagens e formatos, que estão presentes nos materiais da Maleta. Os encontros geraram, além de relatos, um registro audiovisual de cada oficina, e um vídeo-relatório de todo o processo.

[i] Integrantes do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação do Ibict/Eco/UFRJ e do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde – Laces/Icict/Fiocruz.

As oficinas

Para esta reflexão, selecionamos quatro das oito oficinas realizadas, e apresentamos uma sistematização analítica das mesmas, enfocando a dinâmica utilizada e as principais questões que nelas se destacaram revelando como a Maleta e seus materiais expressam ou não a metodologia de produção compartilhada e como podem se revelar como dispositivos para novos processos de conhecer e agir sobre os problemas de saúde e ambiente em Manguinhos. Para seleção das oficinas apresentadas neste artigo, utilizamos como critérios: as diferenças, em termos de composição dos grupos e espaço de atuação dos mesmos; complementariedade, em termos dos pontos de vista, do perfil de atuação dos participantes, e das contribuições que geraram para o processo de compartilhamento e validação da Maleta.

Como todas as oficinas foram registradas em vídeo, considerando a perspectiva de produzir material para reflexão e debate, foram obtidas as

autorizações de todos os presentes. Seguimos padrões éticos da pesquisa com seres humanos e os valores de conduta necessários à realização de trabalhos que têm como base a produção compartilhada de conhecimento. Neste artigo, as informações foram agregadas, as identidades dos sujeitos preservadas, e trabalhamos os depoimentos dos participantes sem codificá-los, uma vez que eles já estão situados dentro de um grupo representacional (professores, profissionais de saúde, por exemplo), e tal fato já atende ao nosso objetivo de refletir sobre o sentido da Maleta, seus limites e potencialidades.

Na Tabela 4 apresentamos uma síntese das quatro oficinas, seus participantes e objetivos.

Tabela 4. Quadro síntese das oficinas.

Oficina	Atores	Objetivos
Grupo de Estudos do Programa Tecendo Redes – Museu da Vida/COC – FIOCRUZ	15 Professores do ensino fundamental	Explorar o potencial da Maleta como ferramenta de apoio ao fortalecimento dos projetos político pedagógicos das escolas e à construção de materiais educativos emancipatórios
Programa Jovens Aprendizes de Produção Cultural em Divulgação Científica. Museu da Vida/COC – FIOCRUZ	26 jovens moradores do entorno da FIOCRUZ – com idade entre 14 e 18 anos	Explorar o tema da história e memória das comunidades, atendendo a demanda do programa
Conselheiros, moradores de Manguinhos	Três membros do Conselho Gestor Intersetorial (CGI – TEIAS) e uma moradora militante dos movimentos sociais	Dialogar sobre os principais problemas do campo da saúde sob a perspectiva da formação na ação, a partir da abordagem da justiça ambiental e dos determinantes sociais na produção social da saúde e da doença
Profissionais da Clínica da Família Victor Vallado TEIAS Escola Manguinhos	Dois profissionais de gestão e três Agentes Comunitários de Saúde	Avaliar o potencial dos materiais como recurso político-pedagógico para a educação permanente dos profissionais e como ferramentas de apoio às suas atividades de rotina junto à população

Na primeira oficina realizada, os professores exploraram a Maleta e todos os seus materiais. Identificamos representações da mesma, associada a "tesouro" e "viagem", que desperta a "curiosidade" e "remete ao acúmulo de conhecimento". Os participantes indicaram que os materiais "representam simbolicamente uma herança", e a Maleta "traz a idéia de um lugar para guardar memórias, coisas que tem que ser preservadas".

Na dimensão da circulação e apropriação da Maleta, um indicativo positivo foi a proposta de construção de dispositivos semelhantes nas escolas, em especial naquelas que já fazem uso de alguns dos materiais. Os professores manifestaram o desejo de produzirem suas próprias maletas, juntando aos materiais do LTM, outros construídos pelos alunos e pela comunidade escolar. Foi valorizada também a utilização do audiovisual e da fotografia, considerados como formatos adequados para práticas educativas junto a crianças e adolescentes.

Quanto aos materiais individualmente foi enfatizado que a perspectiva de contar e refletir sobre a história (passada e presente) de pessoas e lugares do ponto de vista delas mesmas, ou seja, uma história contada pela população que vive em Manguinhos era um dos mais preciosos "tesouros" da Maleta.

Na oficina com Jovens do Programa de Formação em Produção Cultural e Divulgação Científica, como o objetivo foi explorar o tema da história, apenas o livro, o cordel e o vídeo documentários foram escolhidos para o trabalho. A dinâmica se deu em três grupos, possibilitando uma exploração conjunta dos materiais. Para orientar a atividade foram colocadas algumas questões disparadoras. Vale registrar que os materiais e a dinâmica utilizada na Oficina possibilitaram o reconhecimento de temáticas vivenciadas pelos jovens em seus cotidianos de vida e os inspirou na produção de novas formas de

representação da realidade, apresentando, de forma lúdica, os temas da história e da memória para os demais grupos.

O grupo que explorou o livro montou um programa de entrevistas para a TV Realidade da Comunidade, cujos entrevistadores diziam: "vamos falar da realidade, coisas boas e problemas de cada lugar". A partir de recortes do livro abordaram: a heterogeneidade do lugar e as diferenças entre as formas de ocupação das localidades; problemas como o lixo, a violência da polícia e o silêncio imposto pelo tráfico; aspectos positivos, como as festas juninas, a camaradagem da vizinhança, a melhoria das escolas.

O grupo que trabalhou o cordel compôs um rap com o tema "O que Manguinhos tem de bom" e optou por dramatizá-lo na forma de um jogral. O terceiro grupo, que assistiu ao documentário, montou uma peça de teatro para representar o passado de Manguinhos olhando para as coisas boas. Este grupo afirmou que antes de ver o documentário só pensava coisas ruins de Manguinhos, e que não sabiam nada da história das comunidades. No entanto, o que mais chamou atenção do grupo foi a recorrência das enchentes, relatadas no vídeo através da memória dos moradores mais antigos, e que os próprios jovens também já vivenciaram em tempos recentes.

[j] Para saber sobre o TEIAS Manguinhos, ver o *site* http://www.ensp.fiocruz.br/teias

No debate final do encontro, os jovens revelaram outras impressões e avaliações dos materiais, tais como:

> "faltou a visão de quem é de fora, de outras comunidades [...] pessoas de fora [...] que moram na Barra, tem dinheiro e que acompanham pela TV [...] veem na mídia que não mostra a realidade da favela, mostra apenas operação policial, não mostra o lado bom".

A Oficina dos Conselheiros reuniu quatro moradores participantes dos diferentes Conselhos existentes no território, conquistados pelas comunidades nas suas lutas, e que se consolidaram nos últimos cinco anos, quando Manguinhos ganhou visibilidade através das ações do PAC. Cada participante é de uma comunidade diferente, distinta em termos de ocupação histórica, consolidação urbanística e vulnerabilidade social e ambiental, e participam do Conselho Gestor Intesetorial do TEIAS Escola Manguinhos[j], além do Movimento de Mulheres de Atitude.

O tema da justiça ambiental foi priorizado neste diálogo por estar intrinsecamente associado à necessidade de integrar conhecimento, mobilização e ação social nas "zonas de sacrifício". Para tanto, escolhemos assistir o *slideshow* Mangue, Manguinhos, Manguezal.

As cenas do *slideshow* mostrando o mangue preservado da APA Guapimirim, com sua vegetação, fauna e águas cristalinas em contraste com a degradação do rio Faria Timbó e do Canal do Cunha em Manguinhos, com as habitações precárias em suas margens, foram disparadoras de lembranças tristes, para alguns, e de recordações saudosas, para outros. Lembranças de quem nasceu ou chegou a Manguinhos na década de 60, época de grandes transformações na cidade do Rio e nas favelas, o caso dos participantes da oficina[15].

O *slideshow* cumpriu assim o papel de mobilizador da memória das pessoas e de reconhecimento do lugar onde vivem. O exercício de rememorar teve uma função essencial, pois, de certa forma, foi uma espécie de acerto de contas de cada um consigo mesmo, com o outro, e com o sentido que estão dando a suas ações[16]. Por exemplo, a imediata identificação da casa de um parente de umas das participantes permitiu discutir e denunciar as condições de risco e

vulnerabilidade das pessoas que moram ainda às margens do Canal do Cunha, próximas à refinaria de petróleo, atingidas por incêndios e enchentes, mesmo após o início das obras do PAC. Mas foi possível também anunciar outras lembranças boas de infância, quando esta degradação ambiental e social ainda não havia se consolidado, ou mesmo, reconhecimento de melhorias que foram sendo conquistadas pela organização dos moradores. Afirmaram-se também as possibilidades de reconstruir a relação da população com os rios, "de conhecer onde eles nascem, de não jogar mais o lixo, de saber que o lixo vem de longe".

O lixo e suas correlações com as enchentes, a falta d'água, a contaminação do solo, o saneamento, o entulho das obras do PAC, a situação das remoções e aberturas de novas vias e construção das novas moradias, foram pontos de debate na oficina gerando ao final duas perguntas centrais: quem é responsável? E, consequentemente, qual nosso papel como representantes dos movimentos e instâncias de acompanhamento das políticas em Manguinhos?

No debate, evidenciou-se a permanência da política de desqualificação dos moradores enquanto sujeitos de direito, tanto pela ausência de canais de escuta como pela lei do silêncio imposta pelo poder marginal dos traficantes ou da cooptação política pelo poder oficial. Destacou-se também o caráter não participativo e provisório das soluções oferecidas, e a má qualidade das ações públicas: "O PAC foi bom? Não nos consultaram. Tem água minando nas calçadas e faltando nas torneiras. À noite vêm caminhões e depositam entulho em alguns lugares, o fedor, as moscas, fica insuportável!".

Por outro lado, nos depoimentos esteve presente a crença em "somar forças", fazer a mobilização, fortalecer os mecanismos abertos, mesmo que pouco efetivos, de manifestação e controle sobre os processos decisórios. A este respeito, foi enfocado o papel da Fiocruz, e do LTM em particular, como recurso importante, de fazer ouvir as vozes das comunidades, "de ir pra imprensa, porque quando fazemos a imprensa chama de baderna". Papel reafirmado pelo representante do setor de educação no CGI ao afirmar o "importante o trabalho do LTM sobre o território [...] queremos fazer parcerias, trazer os argumentos técnicos, transformar o Rio Faria Timbó...".

A última Oficina se deu junto aos profissionais da Clínica da Família Victor Valla, uma das unidades de saúde vinculada ao TEIAS Escola Manguinhos[17]. No encontro, a Maleta foi aberta no centro da roda e os profissionais foram convidados a explorá-la.

Foi lembrado que os profissionais do TEIAS contribuíram na revisão dos dados sobre saúde do Relato Fotográfico do PAC e que agora percebem que muita coisa mudou. Outro depoimento, referindo-se ao livro História de Pessoas e Lugares[15], fala da importância dos materiais para entender o sentido da Clínica da Família para o processo de mudanças e, referindo-se a uma foto do passado afirma "a comunidade de Manguinhos está passando por uma limpeza, pela higienização do território...". O documentário "PAC Manguinhos. O futuro a Deus pertence?" gerou grande interesse e imediata proposta de passar este, e os demais vídeos, em um espaço aberto, na rua, e em outros equipamentos existentes dentro das comunidades, assim como na sala de espera da Clínica.

As enchentes assumiram lugar de destaque nas discussões, sendo lembradas como um exemplo de que as coisas não mudaram muito após as obras do PAC e acrescentou que o problema poderia ser maior se os moradores não se organizassem para limpar os bueiros.

O livro-jogo "A tosse misteriosa" foi também bastante explorado. Pela forma lúdica como é tratado o tema da tuberculose, a dinâmica e o conteúdo do livro-jogo foram considerados adequados e apropriados para dialogar "com os usuários tanto em casa como na Clínica", "com as famílias que temos mais intimidade" ou mesmo "com aqueles que têm mais resistência porque não tá falando diretamente da doença".

Realizar uma feira para aproximar a população dos livros, formar contadores de história, jogar em grupos, utilizar o material para construir roteiros de teatro: "fazer peças com as histórias, com o cordel, com o PAC..." foram algumas das propostas para estimular a população na leitura da realidade através das histórias e problemas do lugar onde vivem, ou seja, para a continuidade da interlocução dos profissionais com a população de Manguinhos através dos materiais da Maleta, com ou sem a intermediação do LTM.

O vídeo relatório como síntese do processo

O audiovisual é um recurso que o LTM vem utilizando cada vez mais, em suas pesquisas, buscando ensaiar diferentes linguagens que contribuam para um maior diálogo entre os saberes científico e popular. No processo de compartilhamento da Maleta, recorremos mais uma vez a esta linguagem, produzindo um vídeo-relatório, ao final do projeto.

O vídeo-relatório foi concebido como mais um mecanismo de mediação na produção de conhecimento compartilhado entre moradores e pesquisadores, entre o saber popular e o saber técnico-científico no campo da promoção da saúde. Ele, portanto sintetiza os indicativos de validação e apropriação, ou não, dos materiais nas oficinas juntamente com outras impressões e imagens que só o registro em audiovisual é capaz de capturar: o olhar de entusiasmo ou reprovação do participante ao entrar em contato com a Maleta ou algum material, a movimentação dos participantes diante da dinâmica proposta pela oficina e o diálogo entre eles, o crescente ou decrescente interesse a respeito da continuidade de utilização do material, os discursos enunciados pelos participantes a respeito dos temas, formas, relevância dos materiais e da Maleta.

Como apontam Leonardos et al.:

> A devolução em vídeo-relatório é uma opção documental que tem por finalidade sintetizar os dados obtidos ao término do estudo avaliativo, descrevendo tanto a metodologia aplicada, como as percepções, indagações dos interlocutores envolvidos, análises e interpretações, além do levantamento de preocupações e recomendações. O vídeo-relatório propicia, também, uma forma alternativa de comunicação para veicular aos diversos interessados (contratantes, interlocutores do campo e avaliadores envolvidos) informações complementares àquelas contidas no relatório impresso. Os espectadores poderão, assim, participar ainda que indiretamente em função das imagens, de grande parte do processo avaliativo[18] (p. 214).

A este respeito, destacamos que a proposta de devolução do registro audiovisual de cada uma das Oficinas para os participantes foi prevista com o objetivo de que este registro fosse mais uma ferramenta de interlocução com os grupos, para reforçar vínculos e processos de confiança, bem como coletar sugestões e expectativas do grupo para a elaboração do produto final, o vídeo-relatório. Contudo, tal devolução só foi possível com os professores, entretanto foi suficiente para problematizarmos as potencialidades e constrangimentos da metodologia de produção de vídeo-relatório, em projetos como o nosso.

Concluímos que para viabilizar a devolução dos registros, em cada um dos grupos participantes das oficinas, seria necessário trabalhar com prazos maiores no processo de trabalho ou, pelo menos, uma equipe maior e aparatos tecnológicos capazes de dar maior agilidade à edição. Isso porque a dificuldade de edição rápida dos registros acaba por interferir no prazo de devolução ao grupo, e em sua própria formação, pois se torna muito difícil reunir um mesmo grupo, depois de um grande intervalo de tempo da realização da oficina, especialmente quando se trabalha com atores que se diferenciam em muito em suas dinâmicas de vida e possiblidades de encontros, como jovens alunos de um curso, moradores-conselheiros e profissionais de saúde.

Outro aspecto identificado é a necessidade de uma pactuação com os participantes dos grupos, de forma que os mesmos tenham clareza sobre a incorporação ou não das colaborações que surgirem no processo de devolução, de forma a não frustrá-los quando assistirem o vídeo-relatório. É importante também perceber que a auto-imagem pode provocar incômodos que devem ser considerados e respeitados, pois as vezes o participante deixa sua emoção tomar conta na hora da gravação, mas ao rever seu próprio discurso algo pode lhe parecer ruim ou objeto de interdição.

Devemos ainda considerar o fato de que a pedagogia audiovisual da indústria cultural está introjetada em nossos inconscientes – todos nós temos padrões estéticos prévios que aprendemos assistindo filmes e televisão. No processo de devolução aparecem, então, tensões entre esse padrão midiático e as proposições adequadas ao vídeo relatório, que são colocadas pelo realizador do projeto. Por outro lado, é neste contexto de tensão, que o audiovisual pode se configurar como um potente mediador de ideias, suscitando em todos a possibilidade de enunciar novos leituras e discursos sobre o mundo.

Tais questões vêm sendo objeto de nosso aprofundamento, configurando uma linha de pesquisa e intervenção voltada para o estudo e experimentação da linguagem audiovisual no processo de produção compartilhada de conhecimento.

O vídeo-relatório, ainda que experimental, sistematiza uma avaliação dos conteúdos, objetivos e formatos que orientaram a produção dos materiais e, sobretudo, os novos objetivos, usos e sentidos que eles adquirem no processo de circulação da Maleta, de forma a decifrar e revelar o capital simbólico e social das comunidades de Manguinhos, frequentemente invisíveis e marginalizadas pelas mídias hegemônicas.

Assim, o vídeo-relatório passa a ser, então, mais um material a compor a Maleta, que nos permite de um lado apresentar e discutir o processo de compartilhamento e por outro trabalhar a perspectiva do audiovisual como estratégia metodológica nos processos de formação.

Conclusão: trilhas de um caminho ainda aberto

O processo de compartilhamento nas oficinas nos propiciou identificar reconhecimentos, expressos nas falas das pessoas, que reforçam nossa concepção da Maleta como "território em movimento", capaz de ser apropriada e recriada pelos atores, através de vários caminhos, que dão indícios da produção da autonomia, fundamental a uma PS emancipatória.

Quando os professores dizem que a Maleta remete ao acúmulo de conhecimento que há neste território, à "formação de um sujeito histórico" e que "está pensando em construir a Maleta da escola, com a cara da escola, dos alunos, da comunidade", reconhecem na Maleta o potencial de objeto político-pedagógico. Ou quando dizem que "levaria para a praça, na fila de espera do posto de saúde ou sentar no meio das crianças, no museu", nos indicam o desejo de fazer circular os materiais e seus conteúdos. Na expressão de um dos participantes quando identifica no livro que traz a história da construção de Manguinhos, o vínculo do saber popular, através do relato dos moradores, com o conhecimento acadêmico, nos dá sinais que o livro expressa os processos e objetivos do LTM da produção de conhecimentos compartilhada, contextualizada, reflexiva e transformadora.

Quando os jovens falam que "nem tudo que queríamos falar estava no livro" que não está atualizado, não tem as creches, a urbanização, o comércio após as obras do PAC e "faltou a visão de quem é de fora de Manguinhos, que moram na Barra, tem dinheiro, que acompanham pela TV, veem pela mídia, que não mostra a realidade da favela, mostra apenas a operação policial, não mostra o lado bom", nos dizem que os conteúdos não respondem as expectativas desse público, e nos acenam com conteúdos críticos que nos desafiam a repensar outras formas de olhar para o território.

Outro indicativo importante é a pertinência da linguagem audiovisual para o diálogo com públicos e pessoas tão diferenciados com quem dialogamos, expressa na fala de uma professora: "Em relação aos meus alunos (PEJA) o documentário é mais democrático – quem lê, quem não lê, quem não enxerga. Tem mais acessibilidade".

O processo de compartilhamento da Maleta reforçou nossa concepção que a produção compartilhada de conhecimento se realiza no processo de diálogo com os atores locais. Recuperando as palavras da pesquisadora convidada da área de cultura e informação, em uma das oficinas metodológicas já citadas, "a energia vital do LTM é o compartilhamento do que está no acervo, que tem sintonias, tensões...", em uma palavra "polifonia".

Ela renovou nossa perspectiva da necessidade de romper com uma concepção linear do processo de produção, circulação e apropriação de conhecimentos. A este respeito, as oficinas demonstraram claramente que, ao fazer circular as informações sistematizadas em nossos materiais, novos conhecimentos e sentidos são produzidos e compartilhados sobre a realidade. Entretanto, a pesquisadora da área de comunicação em saúde nos fez refletir sobre os limites das oficinas e grupos focais, que são conformadas por uma opinião circunstancial, sendo necessário, pois, criar espaços criativos de registro das falas e opiniões, e outras formas de expressão para irmos além do reconhecimento e adentrarmos no entendimento da apropriação propriamente dita.

A utilização do audiovisual, mesmo com todos os limites assinalados, tem sido um dispositivo potente para expressar essa dimensão não linear de nossa prática comunicativa. A proposta de edição, devolução e reedição do registro de cada oficina esteve diretamente relacionada a esta perspectiva ininterrupta e inacabada de produção de conhecimentos, e tem nos instigado a refletir sobre a necessidade de criar dispositivos que viabilizem a rápida circulação, e a leitura e releitura dos registros pelos atores participantes do processo.

A experiência de compartilhamento reforçou desafios antigos, e revelou novos, no que se refere à prática da construção compartilhada de conhecimento por uma CAP.

Um dos desafios a ser destacado – no âmbito da constituição de uma comunidade ampliada de pesquisa-ação, a partir de uma instituição renomada no campo da ciência e tecnologia como a Fiocruz, num contexto de grande vulnerabilidade socioeconômica como Manguinhos – é garantir que os materiais da Maleta, como dispositivos de mediação e tradução, incorporem o saber dos moradores na produção do conhecimento. A questão aqui, sobre a qual nos debruçamos desde a criação do LTM, e que para nós deve estar sempre presente de forma a interrogar o sentido da nossa prática, é como superar as barreiras e assimetrias entre o discurso técnico-científico, com seu caráter normativo e impositivo, das falas, e as necessidades e formas de compreensão das comunidades.

Outro desafio refere-se às tensões trazidas por nosso lugar social, e às demandas produzidas pelos participantes do processo. Podemos destacar aqui: as dificuldades de comunicação e articulação com instituições, organizações e lideranças locais que disputam espaços de poder e veem com desconfiança iniciativas a elas não subordinadas; os diálogos com moradores solicitando ou cobrando soluções por parte da instituição e de pesquisadores que teriam condições de influenciar autoridades na solução de problemas emergenciais, seja a colocação de sinais de trânsito ou a solução para os moradores das moradias mais precárias.

Neste ponto, podemos dizer que o processo de compartilhamento, além de exigir paciência, persistência e uma permanente (re)avaliação de possibilidades de diálogo, reafirma a visão da Maleta como dispositivo de comunicação. Ela carrega não apenas a memória do lugar e das mudanças ocorridas, dentro e fora de Manguinhos, na cidade e em todos os espaços de produção da saúde, mas o potencial de dinamizar novos ciclos de comunicação, formação e transformação a partir de sujeitos individuais e coletivos que constituem o território em movimento que almejamos, para além de políticas econômicas, urbanas, sociais e de saúde que não os consideram como sujeitos.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do texto.

Referências

1. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos, EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-14.

2. Marteleto RM, Valla V. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. Perspect Cienc Inf. 2003;8(1):8-21.

3. Porto MFS, Pivetta F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 207-29.

4. Bullard RD. Dumping in Dixie: race, class and environmental quality. Boulder: Westview; 1994.

5. Porto MFS, Pivetta F, Guimarães G, Zancan L, Nascimento C, Sousa FM, et al. Produção compartilhada de conhecimento e cidadania: a experiência da comunidade ampliada de pesquisa-ação do Laboratório Territorial de Manguinhos, RJ. In: Toledo RF, Jacobi PR, organizadores. A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares. São Paulo: Annablume; 2012. p. 193-229. (Coleção Cidadania e Meio Ambiente).

6. Mori ME, Silva FH, Beck FL. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. Interface (Botucatu). 2009;13(1):719-27.

7. Funtowicz S, Ravetz JR. The poetry of thermodinamica: energy, entropy/exergy and quality. Futures. 1997;29(9):791-810.

8. Porto MFS. Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

9. Cunha MB. Testemunhos orais e memória: a formação e a reinvenção da vida no processo de pesquisa em favelas do Rio de Janeiro. In: Anais do Encontro Regional Sudeste de História Oral, 2007 [acesso 20 maio 2013]; Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ehosudeste/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=16

10. Freire P. Pedagogia do oprimido. 11a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

11. Levy P. A revolução contemporânea em matéria de comunicação. Famecos. 1998;1(9):37-49.

12. Bourdieu P. O capital social: notas provisórias. In: Catani A, Nogueira MA, organizadores. Escritos de educação. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 693-732.

13. Araújo I, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

14. Araújo I. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface (Botucatu). 2004;8(14):165-77.

15. Fernandes TM, Costa RGR. Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

16. Cunha MB, Frigotto G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. Interface (Botucatu). 2010;14(35):811-23.

17. Pessanha A, Pivetta F, organizadores. O território integrado de atenção à saúde: todos somos aprendizes! Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

18. Leonardos AC, Ferraz AE, Gonçalvez HM. O uso do vídeo em metodologia de avaliação. Lumina. 1999;2(1):123-33.

Zancan L, Pivetta F, Sousa FM, Cunha M, Porto MFS, Freitas J, Alentejo, GG. Dispositivos de comunicación para la promoción de la salud: reflexiones metodológicas del proceso de intercambio de la Maleta de Trabajo "Reconociendo Manguinhos". Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1313-1326.

El artículo tiene por objeto contribuir a la educación para la salud popular, describiendo y analizando un proceso de intercambio de materiales producidos por las comunidades ampliadas de investigación-acción en temas de salud, medio ambiente y ciudadanía en una favela de Río de Janeiro. Desde aportes teóricos y metodológicos de la promoción de la salud emancipadora y de la justica ambiental, el artículo describe el proceso de compartir un "maletín", con los actores sociales. Si discute la importancia de la producción de un reportaje en video como "mecanismo" para devolver los resultados, considerando el video como nuevo dispositivo de comunicación que han de incorporarse en la Maleta. Por último, se procede en analiza los desafíos, limitaciones y potencialidades de esta experiencia de formación en las comunidades ampliadas de producción de conocimiento acerca de los problemas y las potencialidades del territorio.

Palabras clave: Promoción de la salud emancipatoria. La educación popular. La producción compartida de conocimientos. Dispositivos de comunicación.

Recebido em 18/06/2013. Aprovado em 14/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0437

Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde

Vera Joana Bornstein[a]
Cristina Massadar Morel[b]
Ingrid D'avilla Freire Pereira[c]
Marcia Raposo Lopes[d]

Bornstein VJ, Morel CM, Pereira IDF, Lopes MR. Challenges and prospects of Health Popular Education in its contribution to the praxis of Community Health Agents. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1327-1340.

This paper discusses Community Health Agent (CHA) work in Brazil, regarding in particular their practice as educators in the context of the national health policy. Authors' experience in the technical course developed for these workers by Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz and a bibliographical review were the basis for this paper. Results indicate possible contradictions between the legal requirements for the Community Health Agent work and the actual possibility of these agents becoming popular educators. Finally, this paper presents the challenges and prospects health popular education faces if it is to contribute changes in the work process of CHAs which will lead to effective critical education and popular participation, in order to pave the way for an integral health perspective and a dialogical approach with popular knowledge in the context of primary care.

Keywords: Community Health Agent. Popular health education. Health education.

O estudo problematiza as práticas do Agente Comunitário de Saúde no Brasil, especialmente no que se refere ao seu exercício como educador no contexto das políticas de saúde e de sua atuação profissional. Para a sua construção, considerou-se a experiência das autoras na formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde na EPSJV/Fiocruz e a realização de revisão de literatura sobre o tema. Os resultados encontrados indicam possíveis contradições entre as prescrições legais do trabalho do ACS, as expectativas dos serviços em relação à ação desse trabalhador e a possibilidade de ele se constituir como um educador popular. Por fim, apresenta perspectivas e desafios da Educação Popular em Saúde para as mudanças necessárias e possíveis nas práticas dos ACSs, em direção à efetivação da integralidade, da participação popular e do diálogo com o saber popular no âmbito da Atenção Básica.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Educação Popular em Saúde. Educação em Saúde.

[a,b,c,d] Laborat, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Av. Brasil, 4365, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-360. vejoana@fiocruz.br; crismm@fiocruz.br; ingriddavila@fiocruz.br; mlopes@fiocruz.br

Introdução

Desde 2008, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) vem desenvolvendo o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS), seguindo a orientação do Referencial Curricular, estabelecido pelo Ministério da Educação, em conjunto com o Ministério da Saúde[1]. O curso tem, como eixo norteador, a discussão da educação e saúde, desenvolvida principalmente a partir das contribuições do campo da Educação Popular em Saúde. Nesse sentido, propicia, a partir das discussões em sala de aula, uma aproximação crítica do corpo docente com o trabalho desenvolvido pelos alunos e sua ação educadora.

Durante os processos formativos empreendidos, tem chamado a atenção dos professores o pouco investimento das equipes de Saúde da Família do Rio de Janeiro no trabalho educativo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em especial os de caráter coletivo, como os grupos de promoção de saúde. Além disso, percebeu-se que, ao desenvolverem atividades educativas, formal ou informalmente, os ACSs tendiam a reproduzir práticas verticais, legitimadas pelo saber biomédico.

Essas questões também estão mencionadas em alguns estudos sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e sobre o trabalho do ACS no Brasil. Em pesquisa realizada por Bornstein e Stotz[2], ao abordar o tipo de mediação educativa realizada pelos agentes de saúde na Maré, percebeu-se que as cobranças institucionais, feitas aos agentes, "privilegiam a forma de mediação convencedora, na medida em que pretendem convencer a população a seguir comportamentos e atitudes considerados corretos" (p. 476), ao invés de trabalhar numa perspectiva de mediação transformadora. Esta última é entendida como

> [...] uma mediação que contribui para novas práticas em saúde, abertas ao reconhecimento da existência de diferentes saberes sobre a saúde, sejam eles médicos ou não médicos; considera os limites do conhecimento científico sobre saúde no que se refere às causas das doenças e à sua cura e reconhece a importância da experiência da enfermidade e do conhecimento comum das pessoas[2] (p. 464).

Em outra pesquisa, realizada com os alunos da primeira turma do CTACS/EPSJV[3], constatou-se que as equipes de saúde desses alunos desenvolviam poucas atividades educativas na comunidade, os temas abordados estavam geralmente relacionados a doenças e a sua principal conotação era convencedora. Ao mesmo tempo, percebeu-se que os grupos, espontaneamente organizados, apresentam um potencial de mediação educativa que, embora não previsto, favorece a abordagem de assuntos não necessariamente relacionados a questões biomédicas.

Diante das questões aqui apontadas e do contexto recente de institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde[4], pretende-se, neste texto, discutir as prescrições e atribuições dos ACSs, os desafios de sua atuação profissional e as perspectivas de desenvolvimento de seu trabalho como educador.

Busca-se apresentar os fatores que facilitam ou dificultam a realização do trabalho educativo e os aspectos que reforçam a educação pautada pelo saber biomédico e pela perspectiva tradicional de transmissão de conhecimento. Por fim, apresentam-se possíveis contribuições da Educação Popular em Saúde para a constituição da práxis educadora dos ACSs.

Percurso metodológico

A construção do presente artigo teve por base o levantamento de artigos em periódicos sobre o trabalho educativo desses trabalhadores, a partir das seguintes questões: qual o trabalho prescrito aos ACSs? Como é realizado o trabalho educativo? Também se pautou na experiência das autoras na formação técnica dos ACSs, mais especificamente no que se refere ao planejamento e execução do eixo Educação em Saúde, que é um dos componentes curriculares do CTACS.

As autoras participaram da coordenação pedagógica e/ou como professoras do eixo Educação em Saúde, nas turmas do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, realizado pela EPSJV, que formou 215 alunos, distribuídos em oito turmas, no período entre 2008 a 2012.

A pesquisa bibliográfica foi realizada inicialmente na Scielo, em janeiro de 2013, com o descritor Agente Comunitário de Saúde. Nessa busca foram encontradas 91 publicações das quais 32 foram selecionadas por mencionarem, em seu resumo ou entre as palavras-chave, práticas educativas, Educação em Saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças. Realizou-se pesquisa complementar na base de dados Lilacs, onde foram identificados artigos com texto completo com o termo Agente Comunitário de Saúde e assuntos: Educação em Saúde, promoção da saúde, saúde da família e programa saúde da família. Foram encontradas noventa publicações, das quais foram selecionadas seis que não constavam na seleção anterior.

Políticas de saúde e trabalho do ACS: uma breve construção histórica

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde foi lançado no ano de 1991, vindo a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde no ano de 1992. A implantação do referido Programa começou pelos estados do Nordeste, priorizando-se as ações da área materno-infantil. Essas experiências, assim como um conjunto de experiências locais de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, delinearam o lançamento do Programa de Saúde da Família no ano de 1994[5].

A partir de 1996, o Ministério da Saúde passou a identificar a Saúde da Família como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde no país, visando contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. O status de Estratégia buscava o rompimento com a expressão "Programa de Saúde da Família", pelo caráter transversal e focalizado, atribuído aos programas[6].

Na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB[7], a reorganização da atenção à saúde foi entendida no sentido da substituição do modelo tradicional de assistência, com racionalidade biomédica, voltado para a cura de doenças e "hospitalocêntrico", por outro, cujas principais características são: o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela por meio da definição de território de abrangência da equipe; a estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população ao invés da ênfase na demanda espontânea; a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde.

A nova PNAB[8], aprovada em outubro de 2011, retoma a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) na reorganização da atenção básica no país "de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde" (p. 54), e define a atenção básica como "primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do Sistema" (p. 24), a partir da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)[(e)](será e) como estratégia de cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. A Portaria ressalta ainda que a Atenção Básica "é desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe" (p. 19).

Franco e Merhy[9] mencionavam as contradições da proposta do PSF, por sua centralidade nos conceitos de território e ambiente, com pouca incursão na clínica e no cuidado ao usuário. Essa opção poderia reproduzir, ao longo do tempo, a dinâmica "médico-centrada" ou "procedimento-centrada", característica dos serviços de saúde.

[(e)] "As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementar e com base territorial[8]" (p. 25).

Apesar das potencialidades da ESF para a ampliação do acesso, Sousa e Hamann[10] destacam que os desafios para a reorientação do modelo biomédico persistem, o que caracterizaria a ESF como uma agenda incompleta. Giovanella et al.[11] mencionam alguns dos problemas dessa agenda que são a falta de garantia da integralidade da atenção e de continuidade do cuidado, a incipiente realização de ações intersetoriais, bem como a formação e atuação profissional em saúde, ainda, centradas nos modelos de saber e práticas médicas hegemônicas.

Tanto o Pacs como o PSF/ESF têm em comum o ACS como elemento inovador no quadro funcional. O investimento nessa inovação tem sido frequentemente associado aos resultados positivos do trabalho dos agentes no enfrentamento a determinados problemas de saúde, às indicações dos Organismos Internacionais para expansão de cobertura da Atenção Primária em Saúde (APS), e à possibilidade da constituição da competência cultural como um dos atributos derivados da APS[12].

A competência cultural compõe um dos atributos da APS, na medida em que se propõe como cenário de atuação o contexto das famílias e das comunidades. Isso envolve "o entendimento das condições de vida do paciente, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais referentes à comunidade na qual o paciente vive"[12] (p. 51), bem como a "consciência das necessidades de saúde na comunidade e a colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde"[12] (p. 53).

No Brasil, a necessidade de aproximação entre a ESF e a realidade das famílias e comunidades revelava um paradoxo, dada a tradição dos modelos assistenciais anteriores. No entanto, segundo a PNAB, a Estratégia Saúde da Família tem o papel de reorganizar a atenção básica no País[8] (p. 54).

Ainda que entre as atribuições de todos os profissionais da equipe de atenção básica existam atribuições inovadoras como, por exemplo, a de promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social[8] (p. 45), a maior ênfase sobre a aproximação com a população é feita no trabalho de agente comunitário, trabalhador cuja especificidade é residir na comunidade atendida pela unidade de saúde. Entre suas atribuições específicas, consta

> Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade [...][8] (p. 49).

atributo de difícil incorporação pelos profissionais do setor saúde, impregnados pela lógica biologicista em suas trajetórias formativa e profissional.

As prescrições do trabalho para o ACS

Ainda que existissem agentes de saúde atuando em vários pontos do Brasil, antes da criação das políticas públicas de saúde que os inserem no SUS, é possível dizer que são essas políticas que efetivamente dão a esses agentes o status de trabalhadores. É a partir delas que aparece formalmente a ocupação de ACS.

Nesse sentido, a implementação e as formas de avaliação dessas políticas irão desenhar o trabalho dos agentes e prescrever suas atividades em caráter nacional. Além disso, sua difusão e repercussão propiciaram o crescimento e o fortalecimento da categoria profissional dos ACSs, impulsionando o movimento desses trabalhadores pelo reconhecimento e a regulamentação de sua profissão.

No que se refere à regulamentação da profissão, Morosini et al.[13] analisam os embates que se deram de forma geral no nível do legislativo e do executivo em relação a projetos de regulamentação da prática dos ACSs. Em 1997, deu-se a publicação da Portaria nº 1.886 que aprovava as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Entre suas diretrizes operacionais, consta que "O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da

saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade"[6] (p. 4).

Ainda no parágrafo seguinte, menciona-se que ao ACS é vedado o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde. Essa definição permaneceu presente nos documentos posteriores, tais como o Decreto nº 3189[14], a Lei nº 10.507[15] e a Lei nº 11.350[16], onde a atuação do ACS é definida como centrada na promoção da saúde e na prevenção de doenças, para as quais a ação educativa é fundamental no nosso entender.

Esse mesmo enfoque está presente no referencial curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde[1], construído pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação.

A Portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica[8] menciona como atribuições do ACS: trabalhar com adscrição de famílias; cadastrar as pessoas de sua microárea; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; desenvolver ações de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e nas comunidades; estar em contato com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda. A referida Portaria destaca ainda que "é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições"[8] (p. 50).

É possivel considerar que a maior parte das atividades prescritas para o ACS, a partir das leis e portarias nacionais, ressalta a dimensão do trabalho educativo. Porém, essa dimensão tem sido limitada pelas demandas burocráticas e pelos modelos de avaliação de seu trabalho. Para Bornstein e Stotz[2] e Brigadão e Gonçalves[17], o fato das atividades de promoção da saúde não serem consideradas nos relatórios de produtividade e não terem espaço para seu relato no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) representa, por exemplo, uma contradição com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

Ao problematizarem o formato da avaliação da Atenção Básica (AB), Fonseca et al.[18] corroboram com os outros autores e sugerem que o papel central, ocupado pelo SIAB, bem como o viés produtivista dos processos avaliativos da AB, acabam por contribuir para a manutenção do modelo de atenção assistencial, em contradição com a missão de reorientação atribuída à ESF.

Assim, a análise desse conjunto de atribuições e das possíveis contradições nos processos de prescrição, informação e avaliação da ESF evidenciam a amplitude das atividades prescritas para o ACS. Esse caráter ampliado e inespecífico do trabalho tem favorecido a construção de diferentes sentidos para sua atuação profissional. A impossibilidade de realização total e irrestrita de todas essas atribuições, e o argumento de que a prática na ESF deve considerar as especificidades locais, legitimam um cenário em que o trabalho do ACS tem se constituído, predominantemente, a partir das necessidades e demandas dos serviços de saúde depositadas sobre ele.

Algumas prescrições do trabalho do ACS, no nível local, puderam ser observadas em sala de aula durante o eixo Educação em Saúde do CTACS-EPSJV, onde a maior parte dos alunos relatava a falta de espaço para a realização do trabalho educativo com a população, uma vez que o "turno" de promoção da saúde havia sido retirado de sua agenda semanal. Para os alunos, o trabalho educativo realizado até mesmo nas visitas domiciliares estava centrado nas doenças:

> "Eu estou há 8 anos escutando que o ACS é o "elo de ligação", aprendi que o ACS é o mediador entre a comunidade e os serviços de saúde, que temos potencial para o desenvolvimento de um trabalho educativo, que a ESF é um modelo que não tem um enfoque biologicista e centrado na patogenia". [depoimento realizado em sala de aula ACS1]

> "Tudo isso se perdeu com a entrada das Organizações Sociais[f]. O modelo ESF se descaracterizou por completo: foca-se a doença e o médico, o ACS vive mais no computador do que na rua, as reuniões são para 'despejar' mais trabalho, temos rodízio para recepção, não temos mais tempo de ouvir pacientes. Existe um descontentamento geral. São metas atrás de metas e as pessoas viraram números. Tenho que colocar as metas, as prioridades no sistema: HA, DIA, gestantes, crianças até 2 anos. Não sobra tempo para a promoção. Talvez sejam meus últimos momentos na ESF, pois não tenho conseguido me adequar ao sistema". [depoimento realizado em sala de aula ACS2]

[f] As Organizações Sociais mencionadas referem-se a um modelo de parceria adotada pelo governo do município do Rio de Janeiro para a gestão de unidades de saúde, por meio de pessoas jurídicas de direito privado.

A realidade de incorporação de novos modelos de gestão a partir de configurações de parceria entre os setores público e privado, bem como a adoção de modelos tipicamente gerenciais têm ampliado os mecanismos de avaliação, pautados pela lógica produtivista do trabalho. No caso específico do Rio de Janeiro, essas questões se explicitam pela cobrança de dedicação de horas de trabalho para a recepção/acolhimento dos usuários nos serviços, assim como pela impossibilidade de realização de grupos educativos como parte de sua agenda de trabalho semanal.

Em levantamento realizado em sala de aula sobre as dificuldades dos ACS em exercer o trabalho educativo, chama atenção o destaque dado à falta de tempo e de espaço adequado, dois elementos essenciais para a realização desse trabalho. Nas palavras de uma ACS:

> "Infelizmente hoje não temos tanto tempo para nos dedicarmos para educação e promoção à saúde, embora esse seja o foco principal da saúde da família. [...] A realidade só quem vive é quem vê!". (ACS3)

Assim, o caráter normativo e a excessiva burocratização do trabalho dos ACSs contribuem para a redução do potencial criativo que, em um primeiro momento, justificou o reconhecimento e a regulamentação dessa profissão. Inicialmente, esperava-se que o trabalho dos ACSs pudesse se pautar pela ampliação da competência cultural das equipes de saúde que, por toda a racionalidade técnica e científica, pouco conseguia dialogar com a população.

Entretanto, a realidade evidenciada, nesses depoimentos e em sala de aula, indica que a complexa lógica de incorporação desse trabalhador ao cenário da atenção à saúde tem produzido o aprisionamento de suas práticas, reproduzindo a lógica assistencial hegemônica do setor.

Desafios da atuação profissional do ACS

Apesar da reiteração da centralidade da prevenção de doenças e da promoção da saúde no trabalho do agente de saúde na legislação, vários são os estudos sobre o processo de trabalho dos ACSs: Koda et al.[19] (2012); Brigadão e Gonçalves[17]; Bornstein e Stotz[2]; Nascimento e Correa[20]; Araújo e Assunção[21], que apontam para a sobrecarga de trabalho e o desvio de função, como fatores que dificultam a realização do trabalho educativo.

Bornstein e Stotz[2], em estudo realizado no Complexo da Maré, no município do Rio de Janeiro, assim como Nascimento e Correa[20], em estudo realizado em Campinas, e Araújo e Assunção[21], em artigo sobre a atuação do agente comunitário na cidade de Divinópolis, Minas Gerais, mencionam a burocratização do trabalho, a realização de atividades administrativas, a organização de

filas, cobertura à ausência de outros profissionais e a organização da coleta de sangue, como exemplo de atividades que ocupam o tempo do agente de saúde e dificultam o desempenho do papel de articulador e de educador desse profissional. Brigadão e Gonçalves[17], em estudo realizado na zona Leste de São Paulo, citam, como exemplo, a vigilância sanitária dos animais de rua, a fiscalização de caixas d'água.

Os autores também identificam a dificuldade do ACS romper com o modelo tradicional, centrado na cura de doenças, focado no indivíduo e culpabilizando-o por sua situação de vida e saúde. Em estudo recente, Filgueiras e Silva[22] apontam que os ACSs reconhecem como objeto de seu trabalho a comunidade e seus problemas de saúde. Entretanto, de acordo com a pesquisa realizada em Volta Redonda, RJ,

> [...] o foco da VD(g) está na doença, o que dificulta a realização de estratégias que favoreçam a promoção à saúde em seu conceito mais amplo, o de completo bem estar físico, social e mental, e não somente a ausência de doenças. [22] (p. 911)

(g) Visita domiciliar.

Seguindo ainda a mesma argumentação, Gomes et al.[23], em pesquisa realizada no município de Cajuri (MG), observam que o trabalho de orientação feito pelos agentes acontece basicamente de forma individualizada, centrada no reforço da assistência médica. Em depoimentos, os ACSs apontaram que, em vários momentos, as VDs são associadas à entrega de medicamentos, resultados de exames e ao agendamento de consultas.

Ferraz e Aerts[24], Baralhas e Pereira[25] e Coriolano e Lima[26], em estudos realizados, respectivamente, em Porto Alegre, interior de São Paulo e Ceará, apontam que a Visita Domiciliar está, de forma geral, direcionada à prevenção de doenças e relacionada aos programas desenvolvidos pelas unidades de saúde cujo caráter é, sobretudo, biomédico e individual.

As dimensões do trabalho educativo: entre as prescrições e a atuação profissional do ACS

O campo das práticas de Educação em Saúde se constitui como espaço por excelência de aproximação da ação médica com o pensar e o fazer cotidiano da população[27]. No entanto, é preciso ressaltar que essa aproximação pode ser construída de diferentes maneiras, a partir de formas diversas de entender e de se relacionar com o saber científico e com os usuários do sistema de saúde.

Inserida no contexto das práticas autoritárias, que marcaram a saúde pública em nosso país até a década de 1970, a Educação em Saúde, no Brasil, surge com propostas extremamente verticais e comprometidas com o controle das populações desfavorecidas e com a expansão dos interesses capitalistas. O saber biomédico, tomado como verdade indiscutível, legitima a prescrição de condutas para uma população considerada ignorante e, mais do que promover saúde, garante a manutenção do *status quo*.

O Movimento da Reforma Sanitária rompe com esses valores, e comprometido com a transformação social, propõe novas formas de aproximação da população e de seu saber. Entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde, relações hierarquizadas entre os profissionais de saúde e o lugar do ainda incontestável saber biomédico atravessam as tentativas de construção de novas práticas de educação e saúde.

Assim, apesar da retórica de reorientação no modelo assistencial a partir da ESF, a atenção à saúde e a Educação em Saúde, vivenciadas nesse cenário,

ainda têm como eixo central a reprodução da prática médica tradicional, pautada pela transmissão de conhecimentos e pela prescrição de hábitos saudáveis.

Francolli e Almeida[28] destacam que

> O ACS não foca sua ação no que existe de positivo, mas na perspectiva da doença (mudança de hábito para não ficar doente), da carência, do que falta, distanciando-se da perspectiva da Promoção da Saúde, que envolve o desenvolvimento da autonomia e consciência do indivíduo e coletividade (seguida de capacitação dirigida) com vistas à tomada de decisões sobre suas necessidades de saúde e o exercício da cidadania. (p. 142)

Também Trapé e Soares[29] constataram, por meio de grupos focais realizados com ACSs em São Paulo, que grande parte das concepções de educação que permeiam o trabalho realizado por esses profissionais é pautada pela transmissão de informações. A população é entendida como público-alvo, passiva e que deve aceitar as orientações dos técnicos.

No que se refere à atuação educativa do ACS, devem ser destacadas algumas particularidades do "encontro" entre saberes. Esse profissional transita entre saberes distintos, o popular e o científico, o que confere potência a seu trabalho e implica no desafio de conciliar posições diversas: adquiriu um saber técnico, que lhe dá um status profissional, e, simultaneamente, tem acesso aos saberes advindos da classe popular, a qual pertence. Ao mesmo tempo que tem como suporte um saber valorizado socialmente, deve preservar o saber popular, que seria sua marca.

Zanchetta et al.[30] (p. 1) apontam a duplicidade de funções do ACS aos olhos da comunidade, pois são "a voz da população e, simultaneamente a presença do Estado". Eles possuem um saber em relação à população, que reconhecem como importante para o seu trabalho. Destaque-se, por exemplo, que, em levantamento realizado em sala de aula, os ACSs apontaram, como facilitadora de suas práticas educativas, a convivência com a população, o que possibilita o conhecimento de sua linguagem e de seus problemas.

Por outro lado, sua atuação profissional possui uma dimensão diretamente ligada ao seu papel como representante do Estado. Nesse sentido, são cobrados a orientar suas atividades, basicamente segundo as prioridades estabelecidas nos serviços. Esse saber técnico também é mais valorizado socialmente, e não deixa de ser uma maneira por meio da qual legitimam o seu trabalho com a população.

Diante desse quadro, é importante investigar de que forma é possível aos ACSs realizar uma mediação transformadora, que se fundamenta na experiência e nas condições de vida da população e tem por pressuposto a valorização das práticas e conhecimentos populares. Como afirma Garcia[31] (p. 113) "não se trata de os grupos populares chegarem ao conhecimento do agente [educador] nem do inverso, já que é nessa assimetria de conhecimentos díspares que se dá o processo educativo".

Para a realização desse encontro de saberes, é preciso, entretanto, que os ACSs possam refletir sobre suas práticas, sobre os dilemas que envolvem a relação entre o Estado e as demandas das classes populares, e, portanto, sobre os interesses que mobilizam o seu trabalho. A respeito dessa atitude reflexiva, que se compõe como um devir praxiológico, Vázquez[32] (p. 223) ressalta que a "atividade própria do homem não pode reduzir-se à sua mera expressão exterior, e que dela forma parte essencialmente a atividade da consciência".

A práxis compõe um exercício cotidiano dos sujeitos históricos e dialoga com a constituição de agentes.

Agente é o que age, o que atua e não o que tem apenas a possibilidade ou disponibilidade de atuar ou agir. Sua atividade não é potencial, mas sim atual. Ocorre efetivamente sem que possa ser separada do ato ou do conjunto de atos que a constituem[32] (p. 220).

Segundo Queirós e Lima[33], as contradições presentes na atuação dos ACSs podem ser compreendidas, dentre outros aspectos, a partir das transformações nas expectativas em relação ao seu trabalho, com a maior institucionalização desses trabalhos e de suas novas formas de recrutamento. O estudo desses autores esclarece que, nas décadas de 1970 e 1980, as formas de recrutamento estavam associadas às organizações comunitárias e possibilitavam um maior envolvimento dos ACS nas lutas populares.

> Para nós, o processo de institucionalização, e com isso a forma de recrutamento dos ACS na atualidade, enfraqueceu seu vínculo com a comunidade. No entanto, o que vimos, tanto na pesquisa de campo como na rotina de trabalho da gestão da rede básica, é que, de forma persistente, esse comprometimento continua existindo[33] (p. 277).

De qualquer maneira, é preciso ressaltar que

> [...] o ACS não é mais, como quando ainda era denominado agente de saúde, um braço do movimento popular na luta pela garantia do direito à saúde. Embora com atribuições semelhantes, ele passa a ter uma nova inserção no campo da saúde, com base na qual a sua atuação se desloca, com efeitos interessantes no que diz respeito à possibilidade de maior dedicação e envolvimento, mas que transforma seu vínculo com a população e, de certa maneira, redireciona a sua prática[34] (p. 177).

Assim, a mediação transformadora, que se coloca como uma forma desejável de atuação dos ACSs junto à população, é parte de um exercício de reflexão sobre as capturas e possibilidades que resultam do processo de institucionalização de seu trabalho, bem como da necessidade do resgate de seu diálogo com sua classe de origem. Ou seja, a mediação transformadora que os ACSs podem exercer em seu trabalho parte, possivelmente, de sua práxis política, de "sua transformação como ser social, destinado a mudar suas relações econômicas, políticas e sociais"[32] (p. 230-1). Assim como de sua práxis social que "é a atividade de grupos ou classes sociais que leva a transformar a organização e a direção da sociedade, ou a realizar certas mudanças mediante a atividade do Estado."[32] (p. 231).

Possibilidades da Educação Popular em Saúde para a consituição do ser educador

Integrar a dimensão política do trabalho ao cotidiano de atividades da ESF envolve mais do que levar em consideração o conhecimento do ACS sobre o local e a população atendida. Na realidade, esse processo envolve tornar essas atividades mais complexas, ao considerar que cuidar e promover saúde não significa prescrever remédios e condutas saudáveis. É preciso desnaturalizar as condições de vida e saúde da população e problematizar as relações sociais, os modos de existência e as diferentes formas de adoecimento.

Nesse sentido, o trabalho do agente precisa ser muito mais amplo do que simplesmente fazer o levantamento e acompanhamento de situações específicas, discriminadas pela ESF (como gestação ou hipertensão) e difusão de informação sobre prevenção de doenças. Os fundamentos teórico-metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS) poderiam contribuir nesse processo, subsidiando transformações nas relações e nas práticas educativas, realizadas no âmbito da atenção à saúde individual e coletiva.

Ao tomar como princípio a construção conjunta do conhecimento e o diálogo entre diferentes saberes, a EPS propõe que se parta da escuta do outro e da valorização dos seus saberes, potencializando o encontro com a diversidade. Mas esse é apenas um ponto de partida de um processo que propicia a discussão dos problemas vividos pela população, com todas as suas contradições.

A experiência prévia dos sujeitos é reconhecida e contribui para a identificação das situações limite presentes no cotidiano e das potencialidades para transformá-las por meio de ações para sua superação. [...] O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente[4] (p. 16).

Os princípios da EPS implicam um posicionamento e um modo de agir que criticam o formato tradicional da Educação em Saúde, que "tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde"[35] (p. 260).

Esse enfoque educativo, pautado pela prescrição de modos de viver saudáveis, caracteriza uma perspectiva restrita de promoção da saúde, que tem sido frequentemente incorporada pelos discursos das políticas nacionais e, especialmente por agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde.

É importante relembrar que as relações entre desigualdade, iniquidade e determinação social não podem ser reduzidas a uma simples análise circular de causa e consequência. A complexidade da sociedade e os seus não menos complexos problemas não podem ser reduzidos a fatores sociais isolados, e tampouco essas situações podem ser reduzidas a fatores de vulnerabilidade e risco[36] (p. 444).

A Educação Popular pode ser entendida como uma proposta que dialoga com a perspectiva ampliada da promoção da saúde, fundamentada no exercício de enfrentamento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Ou seja, uma perspectiva de atuação pautada pela valorização da vida humana e pelo diálogo revelador dos processos de desigualdade e injustiça social, potencialmente adoecedores.

O estabelecimento de vínculos entre os profissionais, especialmente os ACSs e a população, tem se constituído como fundamental para a construção de novas relações no setor, ainda que isso não seja suficiente para mudar a lógica da atenção à saúde. É importante ressaltar que tais relações não devem se constituir apenas como escolha pessoal ou rota de fuga dos trabalhadores.

Albuquerque e Stotz[35] destacam que, embora o discurso das práticas educativas no Saúde da Família seja valorizado por órgãos gestores nacionais, não foram desenvolvidas propostas específicas para o desenvolvimento dessas ações.

> No âmbito dos municípios, tem sido mais comum o relato de experiências utilizando o referencial da educação popular nas práticas de saúde, porém levadas a cabo por iniciativa dos próprios profissionais, muitas vezes até em contraposição aos gerentes municipais[35] (p. 261).

Assim, não parece que a viabilização dessas atividades educativas nem mesmo a adoção de discursos sobre a Educação Popular de forma instrumental, restrito ao diálogo com os usuários, sejam suficientes para enfrentar o conjunto de desafios da atenção à saúde no Brasil. A Educação Popular em Saúde pressupõe, simultaneamente, a democratização das relações e a redistribuição de poder, demandando a construção de novas interações dos trabalhadores com o seu trabalho e novos arranjos de gestão e participação nos serviços de saúde.

Ressalta-se que a Educação Popular, usualmente centrada na atuação em comunidades, pode contribuir também para a formação de profissionais de saúde e para a organização de políticas públicas pautadas pelos direitos da população[37].

Considerações finais

Entendemos que a Educação Popular em Saúde pode contribuir com o resgate das relações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS, uma tríade que tem o ACS como um articulador em potencial. Entretanto, em função de toda a discussão empreendida até aqui, acreditamos que se trata apenas de um potencial, dados os contextos de precarização e excessiva normatização de seu trabalho e de sua formação.

Nesse sentido, as possibilidades de os ACSs realizarem um trabalho educativo em saúde por meio de mediações transformadoras esbarram em inúmeras dificuldades. Como visto, a maneira como esses profissionais têm sido incorporados ao modelo de atenção à saúde limita a sua atuação como agente transformador e fomentador da participação popular, pois embora lhes sejam atribuídos esses papéis, a estruturação dos serviços e as formas de gestão impulsionam-os a assumirem funções características da assistência em saúde tradicional.

Evidentemente não é suficiente que no âmbito do discurso se destaque o papel transformador do ACS, quando a estrutura em que ele está inserido ainda é, em muito, conservadora. Ao mesmo tempo, consideramos que nem mesmo as intervenções educativas, baseadas na EPS, garantirão transformações na sociedade, embora sejam elas potencializadoras de modificações.

Ainda assim, cabe-nos identificar as possibilidades de pautar a atuação dos ACSs a partir de uma concepção de Educação Popular em Saúde. Nesse sentido, a criação de espaços de expressão do saber

dos agentes e análise crítica do trabalho educativo realizado seriam fundamentais para se repensar constantemente a sua práxis.

Em nossa experiência no CTACS, foi possível experimentar Educação Popular incorporada ao ensino formal, nas relações entre os educadores do curso e entre educadores e educandos. Além disso, a EPS constituiu-se num referencial construído com os alunos para repensarem seu modo de fazer no trabalho. Entendemos como parte da atividade do ACS não só o diálogo crítico com as comunidades onde atua/reside, como também a reflexão sobre sua própria condição histórica. Incorporar a Educação Popular na educação dos profissionais de saúde tem se constituído como uma oportunidade ousada e envolvente. Foi à luz dessa experiência e de seus significados que constituímos esta reflexão.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde: área profissional saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2013 Abr 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf.

2. Bornstein VJ, Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. Trab Educ Saude. 2008/2009;6(3):457-80.

3. Bornstein VJ, Matta GC, David H. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em saúde. In: Monken M, Dantas AV, organizadores. Estudos de Politecnia e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. v. 4. p. 191-219.

4. Política Nacional de Educação Popular em Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2012 [acesso 2013 Abr 3]. Disponível em: www.cnts.org.br/geral/Arquivo/PNEPS%20SUS%20março%202012.doc

5. Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis. 2005;15 Supl.:225-64.

6. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997 [acesso 2013 Fev 18]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf

7. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [acesso 2013 Fev 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2013 Mar 9]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

9. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Tribuna Livre 2000 [acesso 2013 Mar 1]. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf

10. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Cienc Saude Colet. 2009;14(1):1325-35.

11. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Cienc Saude Colet. 2009;14(3):783-94.

12. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

13. Morosini MV, Corbo AD, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Trab Educ Saude. 2007;5(2):287-310.

14. Decreto nº. 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 5 Out 1999 [acesso 2013 Abr 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm

15. Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 11 Jul 2002 [acesso 2013 Abr 18]. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10507-10-julho-2002-468370-norma-pl.html

16. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 de fevereiro 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 6 Out 2006 [acesso 2013 Fev 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm

17. Brigadão JIM, Gonçalves R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. Paideia. 2009;19(44):387-93.

18. Fonseca AF, Machado FRS, Bornstein VJ, Pinheiro R. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. Texto Contexto Enferm. 2012;21(3):519-27.

19. Koda MY, Silva DV, Machado MAS, Naldos SMS. Grupo com Agentes Comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. Psicol Cienc Prof. 2012;32(2):506-15.

20. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saude Publica. 2008;24(6):1304-313.

21. Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Rev Bras Enferm. 2004;57(1):19-25.

22. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Physis. 2011;21(3):899-916.

23. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saude Soc. 2009;18(4):744-55.

24. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Cienc. Saude Colet. 2005;10(2):347-55.

25. Baralhas M, Pereira MAO. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. Physis. 2011;21(1):31-46.

26. Coriolano MWL, Lima LS. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. Rev Enferm UERJ. 2010;18(1):92-6.

27. Vasconcelos EM. Educação Popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, Ministério da Saúde; 1999.

28. Fracolli LA, Almeida EZ. Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. Mundo Saude. 2011;35(2):137-44.

29. Trapé CA, Soares CB. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. Rev Latino-Am Enferm. 2007;15(1):142-9.

30. Zanchetta MS, Leite LC, Perreault M, Lefebvre H. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do Agente Comunitário de Saúde – estudo etnográfico. Online

Braz J Nurs [Internet] [acesso 2013 03 18]. 2005; 4(3). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/35/14

31. Garcia PB. Educação Popular: algumas reflexões em torno da questão do saber. In: Brandão CR, organizador. A questão política da Educação popular. São Paulo: Brasiliense; 1980. p. 88-121.

32. Vázquez AS. Filosofia da práxis. Buenos Aires: Consejo Latinomaericano de Ciencias Sociales – CLACSO; 2007.

33. Queiros AAL, Lima LPA. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. Trab Educ Saude. 2012;10(2):257-81.

34. Lopes M, Durão AV, Carvalho V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos Agentes Comunitários de Saúde. In: Vieira M, Durão AV, Lopes M, organizadores. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011. p. 161-208.

35. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface (Botucatu). 2004;8(15):259-74.

36. Costa AM. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? Saude em Debate. 2009;33(83):443-6.

37. Vasconcelos E M. O significado da educação popular na realidade e na utopia da atenção primária à saúde brasileira. In: Mano MAM, Prado EV, organizadores. Vivências de educação popular na atenção primária à saúde: a realidade e a utopia. São Carlos: EdUFSCar; 2010. p. 13-8.

Bornstein VJ, Morel CM, Pereira IDF, Lopes MR. Desafíos y perspectivas de la Educación Popular en Salud para la constitución de la praxis del Agente Comunitario de Salud. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1327-1340.

Este estudio problematiza las practicas del Agente Comunitario de Salud en Brasil, sobretodo en relación a su trabajo como educador en el contexto de las políticas de salud y de su actuación profesional. Su construcción consideró la experiencia de las autoras en la formación técnica de ACS en la EPSJV/Fiocruz y la realización de revisión de literatura sobre el tema. Los resultados indican posibles contradicciones entre las prescripciones legales, las expectativas de los servicios en relación al trabajo del ACS y su posibilidad en constituirse como un educador popular. Por último, presenta las perspectivas y desafíos de la educación popular en salud para los cambios necesarios y posibles en la práctica de los ACS, en dirección a la efectuación de la integralidad, de la participación popular y del dialogo con el saber popular en el ámbito de la Atención Primaria.

Palabras clave: Agente Comunitario de Salud. Educación Popular en Salud. Educación en salud.

Recebido em 04/06/2013. Aprovado em 24/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0476

Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas

Iraí Maria de Campos Teixeira[a]
Maria Waldenez de Oliveira[b]

Teixeira IMC, Oliveira MW. Health care practices of peasant women. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1341-1354.

This study presents the results of research on the health care practices of peasant women in Monte Alegre Settlement VI – SP. A qualitative method was adopted, comprising participant observation and individual and collective interviews during the 15 visits from April 2010 to July 2011. Twelve residents participated, of whom six were community health agents. Health care practices refer to companionship, dialogue, active listening, social mobilization, multidisciplinary health services assistance, use of medicinal plants, religious belief as social support, and diet. Such practices were added up and articulated. The participants shared and learnt regarding health care practices from each other. The interactions and learning were intergenerational and from health professionals, besides other sources of information and specific training processes such as the Program of Family Health (PSF).

Keywords: Popular education and health. Health care. Rural health. Popular health practices. Educational processes.

O presente artigo apresenta resultados de pesquisa acerca de práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas do Assentamento Monte Alegre VI – SP. A metodologia, qualitativa, constou de observação participante, entrevistas individuais e coletivas, tendo ocorrido 15 visitas no período de abril de 2010 a julho de 2011. Participaram doze moradoras, das quais, seis agentes comunitárias de saúde. As práticas de cuidado à saúde referem-se a: companheirismo, diálogo, escuta ativa, mobilizações sociais, assistência multiprofissional dos serviços de saúde, uso de plantas medicinais, crença religiosa como apoio social e dietas. Tais práticas somam-se e articulam-se. As participantes ensinam e aprendem sobre o cuidado à saúde nas relações entre elas, nas intergeracionais e nas com os profissionais de saúde, além de recorrerem a outras fontes de informação e outros processos formativos específicos, como do Programa Saúde da Família.

Palavras-chave: Educação popular e saúde. Cuidado à saúde. Saúde da população rural. Práticas populares de saúde. Processos educativos.

[a,b] Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Rod. Washington Luis, Km 23, São Carlos, São Paulo, Brasil. 513565-905. iraimcteixeira@gmail.com; dmwo@ufscar.br

Introdução

Ayres[1] discute o cuidado à saúde no contexto da saúde pública, definindo cuidado como a "conformação humanizada do ato assistencial". O termo *cuidado* designa

> uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde[1].

Essa compreensão de cuidado requer uma "dimensão ampliada da compreensão das condições de vida, considerando a individualidade dos atores, sem perder de vista o coletivo, o meio social em que vivem e se identificam"[2].

Nessa perspectiva, encontramos o ato de cuidar na luta dos oprimidos, marginalizados[3,4], bem como este se mostra

> visível no trabalho das parteiras tradicionais, nas práticas de saúde que ocorrem nos terreiros de candomblés, no acolhimento e na escuta que os erveiros e raizeiros dispensam a quem os procuram, nos benzedores, na religiosidade, enfim, o cuidar do Outro é um constante exercício de solidariedade que afirma cotidianamente a possibilidade de afirmação da vida[5].

Referindo-se ao cuidado à saúde da mulher, Coelho et al.[6] afirmam que

> o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

Acrescente-se que, no contexto da luta pelo direito à terra, uma influência adicional que necessita ser também valorizada: a luta pelo reconhecimento da profissão de trabalhadora rural e, com isso, dos direitos previdenciários das mulheres do campo. O trabalho feminino no campo muitas vezes não é visto como uma atividade que gera riqueza[7], principalmente quando se trata da participação das mulheres na agricultura familiar. Em todo Brasil, mulheres trabalhadoras rurais produzem alimentos e garantem a subsistência da família desenvolvendo trabalhos no roçado, além de se ocuparem com o plantio de ervas medicinais e com o artesanato. Segundo Sales[7], o fato desse trabalho não ter o devido reconhecimento econômico, tanto no interior da família como nos sindicatos e órgãos públicos, inviabilizou, durante muito tempo, o reconhecimento destas mulheres como trabalhadoras e, consequentemente, a garantia de seus direitos sociais. A luta pelo direito à saúde é um marco fundamental do processo de resistência e dinamismo do trabalho de base das mulheres camponesas[8].

Grupos populares (como os de mulheres camponesas), segundo Minayo[9], possuem uma interpretação das doenças baseada em um contexto pluridimensional que inclui causas naturais, sobrenaturais, psicossociais e socioeconômicas. Suas práticas de saúde, se comparadas às baseadas na biomedicina, possuem uma visão mais integral para a saúde e para a doença, pois

> enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra disposto a eliminar[10].

Foi o que encontrou a pesquisadora Scopinho[11], ao investigar tais práticas em trabalhadores rurais de um assentamento[c]. Segundo a autora, esses trabalhadores recorriam a um conjunto de práticas para cuidar da saúde que incluíam desde a busca de atenção nos serviços localizados no entorno até as práticas religiosas, passando pelo uso de plantas medicinais e pelas propostas que valorizam as atividades socioculturais, o lazer e o esporte.

A cultura popular, muitas vezes iletrada, é legítima e corresponde às estruturas materiais e simbólicas do povo. Contudo, essa cultura é ignorada, negada e considerada analfabeta por sua simbologia não ser compreendida pela cultura do centro, dominante[12]. A ciência produzida no hemisfério norte, ou sob suas bases epistemológicas, contém escolhas que favorecerão a cultura dominante, tanto politicamente como economicamente e, finalmente, culturalmente, sendo a ciência "o mais sutil instrumento de dominação"[12] ao direcionar sua produção de conhecimento sempre à manutenção do seu domínio. Para permanecer dominante, portanto, desqualifica o conhecimento produzido fora do seu escopo.

As práticas populares de saúde

> foram submetidas a essa mesma concepção, sendo entendidas pela sociedade como atraso e ignorância, contrastando com as práticas médicas, estas tidas como dotadas de cientificidade e legitimidade. [...] Incorporou-se, historicamente, a prática médica com a tal prática científica e, conseqüentemente, desqualificaram-se outras práticas e praticantes[13].

Em sua investigação sobre agentes de cura, Queiroz[14] encontrou que as mulheres exercem papel de destaque no universo das práticas populares de saúde. São elas as principais praticantes populares de saúde no interior das famílias e as principais responsáveis pela passagem dos conhecimentos pertinentes às práticas populares de saúde, geração após geração, desempenhando também os papéis de cuidadoras e provedoras do bem-estar no interior das famílias.

No que se refere à terapêutica e à família, Oliveira e Moraes[13] destacam que "a mulher, mãe ou esposa mais especificamente, atuam no processo terapêutico ao providenciarem os primeiros cuidados de saúde", uma vez que

> a mulher, exercendo o papel de personagem principal no cuidado e encaminhamento dos problemas de saúde familiares, avalia a necessidade de providenciar o cuidado ao familiar ou não e, quando houver necessidade deste, qual dos agentes de saúde deverá ser procurado.[13]

As autoras destacam ainda que outro aspecto a ser considerado ao se examinar as mulheres e as práticas populares, é o fato de que:

> Embora haja variações entre diferentes práticas, os estudos analisados para este trabalho apontam que a mulher tem sido a que mais frequentemente está à frente de determinadas práticas populares alternativas tais como as parteiras, as benzedeiras e a direção de terreiros e as posições elevadas na "hierarquia eclesiástica" das mães-de-santo na Umbanda e no Candomblé[13].

Há outras práticas populares de saúde que não se encontram relacionadas nem às intervenções terapêuticas propriamente ditas, nem às práticas de formulação política, "mas representam formas de empoderamento dos indivíduos e dos coletivos por meio de atividades lúdicas, tais como as danças e as rodas"[5]. Estas manifestações representam formas de explicar os processos de adoecimento, sofrimento e as práticas que trazem, em seu bojo, maneiras de promover a saúde, prevenir as doenças e de cuidar daqueles que adoecem e dos que precisam de maior proteção.

[c] Assentamento refere-se à instalação de novas propriedades agrícolas, por meio de políticas governamentais, uma redistribuição de terras menos concentradora, cujos envolvidos são os trabalhadores rurais sem-terra[4].

Metodologia

Nesse artigo apresentam-se resultados de pesquisa[15] cujos objetivos foram conhecer a compreensão atribuída por mulheres camponesas à saúde e identificar as práticas sociais de cuidado com a saúde, bem como os processos educativos por elas desencadeados[(d)]. O presente artigo foca especificamente as práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas.

O local onde se desenvolveu a pesquisa foi o Assentamento Monte Alegre/ Núcleo VI, no interior do estado de São Paulo. O Assentamento Monte Alegre encontra-se dentro do limite de três municípios: Araraquara, Matão e Motuca (SP). Suas primeiras áreas de assentamentos (Monte Alegre 1, 2, 3 e 4) foram instaladas nos anos de 1985 e 1986, tendo sido completadas quase dez anos depois[16,17,18]. Vivem e trabalham no assentamento 385 famílias[16,18].

Durante o período de 1995 a 1998 foi formado o Monte Alegre VI, atualmente com 96 lotes. Este é o maior dos núcleos, com uma área de 1.254 hectares. Possui um galpão onde atuam a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e um Centro Comunitário. Há uma escola de ensino fundamental e supletivo, porém não há creche, pré-escola ou ensino médio (estes últimos, quando necessário, são acessados em cidades vizinhas)[15].

Optou-se, metodologicamente, por uma abordagem qualitativa[9]. Esta opção exigiu um exame do mundo circundante "com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo"[19].

Utilizou-se da observação participante que possibilita formas de interação entre o pesquisador e os sujeitos, permitindo uma abordagem pessoal e abrindo fontes de informação[20]. A observação participante é

> aquela na qual o pesquisador se integra à realidade que pretende observar, convertendo-se em um a mais do grupo social objeto de estudo. Nela se favorece a intersubjetividade, incluindo ao investigador. Busca descobrir o sentido, a dinâmica e os processos dos acontecimentos que se dão em um determinado contexto social desde o ponto de vista dos participantes[21].

Os dados foram coletados no período de abril de 2010 a julho de 2011. Foram feitas 15 (quinze) visitas ao assentamento onde se realizaram as observações, com posteriores anotações em diário de campo. Para o trabalho de campo, realizou-se uma cuidadosa inserção que possibilitou conhecimento mútuo, pesquisadora e mulheres da Associação de Mulheres Assentadas do Assentamento Monte Alegre VI, em seu ambiente de trabalho, a padaria do núcleo seis do assentamento.

A aproximação e a apresentação da pesquisa ocorreram em uma primeira visita à padaria. A participação posterior da pesquisadora no trabalho da padaria, durante o período de coleta de dados, possibilitou sua inserção no campo de pesquisa e a criação dos vínculos que enriqueceram o trabalho. A aproximação com as agentes comunitárias de saúde aconteceu posteriormente a esta inserção na padaria, a partir de um convite à associada Preta[(e)], que é agente comunitária de saúde, para participar da pesquisa. O convite se estendeu para as demais agentes comunitárias, moradoras do assentamento, que convidaram outras mulheres de seu convívio. Foram convidadas a participar da pesquisa todas as mulheres da Associação, que, por sua vez, estenderam o convite às mulheres do assentamento que exerciam práticas de saúde (populares ou não) e/ou que fossem engajadas nas atividades de melhoria das condições de saúde dos assentados, totalizando 12 (doze) participantes.

[(d)] Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos.
[(e)] Mantivemos os nomes reais por uma escolha das participantes que pediram para que suas histórias pessoais fossem divulgadas e suas lutas reconhecidas por aqueles que lessem os resultados dessa pesquisa.

Na tabela 1, encontram-se informações mais detalhadas das mulheres participantes da pesquisa[f]. Das doze participantes, seis compõem a Associação de Mulheres do Assentamento Monte Alegre, seis são agentes comunitárias de saúde – ACS da Equipe de Saúde da Família do assentamento (sendo que uma destas é participante da associação e também agente comunitária de saúde no assentamento junto à mesma equipe) e uma é moradora do núcleo seis, trabalhadora do lar, usuária do serviço de Atenção à Saúde da Família e participante dos grupos e eventos organizados pela associação. Todas são assentadas e trabalham nos sítios, se dedicando ao roçado e à criação de animais, além dos cuidados domésticos como limpeza da casa e preparo de alimentos. Na tabela, incluímos o trabalho no sítio apenas para aquelas que se referiram a este trabalho como significativo na geração da renda familiar.

[f] Alguns dados não constam no quadro síntese que descreve as participantes da pesquisa porque tais dados foram obtidos ao longo das visitas, sendo que nem todas forneceram as mesma informações sobre si.

Tabela 1. Síntese descritiva das mulheres camponesas, colaboradoras da pesquisa.

Nome	Idade	Naturalidade	Escolaridade	Ocupação	Estado Marital	Filhos e outros familiares sob seus cuidados
Maria José	54 anos	Campo Morão - Paraná	Fundamental incompleto	Trabalha no sítio, na panificadora e é associada	Casou com 18 anos e após um ano e meio ficou viúva. Nessa época já tinha três filhos. Aos 22 anos casou-se novamente e teve mais três filhos. Seu marido já tinha seis filhos, de modo que Maria criou 12 filhos.	
Elizete (Zete)	Não foi informado	Nasceu no estado de São Paulo, mas cresceu no Paraná	Fundamental incompleto	Trabalha no sítio, na panificadora e é associada	Casada	Dois filhos e uma filha.
Jisele	43 anos	Interior da Bahia	Ensino médio completo	Trabalha no sítio, na panificadora e é associada	Casada	Uma filha, um filho, uma neta e um neto.
Zilda	Não foi informado	Não foi informado	Fundamental incompleto	Trabalha no sítio, na panificadora e é associada	Casada	Não foi informado
Preta	45 anos	Riolandia – interior de São Paulo	Ensino médio completo	Trabalha no sítio, é ACS e é associada	Casada	Não têm filhos.
Marli	43 anos	ABC Paulista	Ensino médio completo	ACS	Casada	Tem três filhos.
Fran	16 anos	Nasceu no assentamento	Está cursando o ensino médio em Matão	Estudante, auxilia nos trabalhos da padaria quando está no período das férias escolares	Solteira	Não têm filhos.
Flávia	32 anos	Araraquara – interior de São Paulo	Ensino médio completo	ACS	Casada	Têm dois filhos.
Vanda	33 anos	Boa Esperança do Sul – interior de São Paulo	Ensino médio completo	ACS	Casada	Não foi informado
Marlene	35 anos	Paraná	Fundamental incompleto	Trabalha no sítio, na panificadora e é associada	Não foi informado	Não foi informado
Leonilda	33 anos	Não foi informado	Ensino médio completo	ACS	Casada	Têm três filhos.
Regina	Não foi informado	Sertãozinho – interior do estado de São Paulo	Não foi informado	Trabalha no sítio	Separada	Têm dois filhos.

Realizaram-se algumas conversas individuais – na maioria das vezes nas próprias residências das mulheres e, costumeiramente, durante a apreciação de um bom café ou almoço – e uma entrevista coletiva. Os dados coletados foram submetidos à análise temática, considerando-se três etapas básicas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação[9,22].

O cuidado nas práticas de saúde das mulheres camponesas

Ao definirem o cuidado, as mulheres iniciam suas falas referindo-se aos cuidados com a saúde do corpo, citando os cuidados com a higiene, a alimentação, as atividades físicas e a busca por assistência nas unidades de saúde. Seguindo, identificam também a escuta, as demonstrações de afeto, a atenção e o carinho como práticas desse cuidado.

Identificamos o companheirismo como uma das formas de cuidado mais evidente nas falas, seguido do diálogo. Chamamos de *companheirismo* a prática de ir ao encontro da outra ou do outro que está em sofrimento, para ajudá-la ou ajudá-lo, oferecendo conforto emocional ou psicológico.

> Ela mesma é prova de que esses encontros funcionam. Quando começou o programa, eu ia na casa dela e ela só queria morrê [...] Aí, através da gente se unir, começamos se unir, ela conseguiu. A primeira pessoa que nós falamos, ela não pode ficar fora da padaria, foi a Maria. Ela tem que ocupar a cabeça dela [...]. Então hoje ela ta aí, tava com uma depressão lascada. (Preta)

Percebemos que o cuidado que elas praticam não se restringe ao grupo de mulheres, sendo um cuidado com a comunidade, com as pessoas que ali vivem; todas percebidas por elas como companheiras das lutas cotidianas. Esse companheirismo na luta cotidiana é discutido por Silva (2007) como lugar e processo de conscientização sobre as complexas determinações dos problemas sociais. Na formação educativa presente nas ocupações de luta pela terra, o conhecimento se constrói por meio

> do estudo, da socialização, do diálogo da luta, da pesquisa, da reflexão, da análise, contribuindo para a formulação de uma nova consciência, capaz de redimensionar os sujeitos para que exercite novos valores do companheirismo, da partilha, honestidade, responsabilidade, do compromisso com a luta da classe trabalhadora, vivenciando a crítica e a autocrítica, fazendo uma reflexão das suas ações no espaço individual e coletivo[23].

O diálogo, permeado pelo afeto característico do companheirismo, foi identificado junto às mulheres como cuidado que estimula a expressão dos sentimentos e a prática da escuta ativa.

Para Freire:

> Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nas mulheres e nos homens, o diálogo se faz uma relação horizontal, em que a confiança de um polo no outro é consequência óbvia. Seria uma contradição se amoroso, humilde e cheio de fé, o diálogo não provocasse este clima de confiança entre seus sujeitos[24].

Esse cuidado se dá com quem demonstra precisar de apoio, quando se isola ou quando busca atendimento médico para males emocionais ou psicológicos. Praticar a escuta ativa é uma forma de cuidar, de abrir-se ao diálogo ao se permitir cuidar e ser cuidada, numa ação recíproca.

> Então esse é o cuidado! [...] É você cuidar! Trabalhar com o conteúdo, ouvir, saber falar, saber ouvir e saber responder. Eu vejo assim. (Preta)

Há um saber envolvido na escuta e na fala que responde, portanto, dialoga, não sendo o diálogo apenas um encontro físico entre as partes, como nos alerta Fiori[25]. É um encontro entre seres humanos

que pronunciam e re-pronunciam um mundo, ou seja, "um ato de criação e recriação"[26], um encontro que deve permitir que todos os sujeitos problematizem e pronunciem sua criação.

Muitos dos movimentos articulados pelo grupo de mulheres visam beneficiar toda a comunidade em que vivem e percebemos, nessas mobilizações, um cuidado com o próprio assentamento para que todas e todos tenham vidas dignas e saudáveis. As mobilizações e outras ações políticas são, portanto, consideradas nesta pesquisa como práticas de cuidado, uma vez que visam melhorias nos aspectos sociais determinantes da saúde, como apontado por elas. Percebe-se nas ações relatadas por elas, a dimensão coletiva do cuidado, como descrita por Daron[8]:

> As mulheres camponesas têm um jeito próprio de cuidar da vida e da saúde que se expressa nas práticas populares de cuidado que desenvolvem, articuladas com a luta para a garantia de um sistema público e universal de saúde e com um novo modo de viver no campo. Este modo singular de cuidado e de promoção da vida, saúde e cidadania, pode ser identificado como um processo educativo-terapêutico. Parte-se do pressuposto de que esse tipo de trabalho só pode ser realizado se for em grupo, com organização de base, trabalho coletivo e comunitário e o fazer com o que se tem, se sabe e se pode, sem depender de outros.

No conjunto de práticas utilizadas no cuidado à saúde oriundas do saber popular, identificamos como as práticas mais recorrentes no assentamento, a utilização de plantas medicinais, crença religiosa como apoio social, dietas como formas de tratamentos e a prática das parteiras.

Importante elucidar que as práticas populares de cuidado à saúde, assim como todas as demais práticas de cuidado, não ocorrem de maneira isolada das outras práticas, mas somam-se a elas numa busca por melhores soluções aos problemas enfrentados. Um exemplo disso são as parteiras, que utilizam outros recursos como rezas, chás e banhos nas suas práticas.

> A minha avó, ela era parteira velha, e aí eu cresci vendo ela fazer, muita coisa eu não aprendi, eu faço uma coisa ou outra [...] Mas ela fazia muito essa xaropada, sabe, usava folha de pitanga, essas folhas, e dava certo, sabe. Dava certo! (Jisele)

Percebe-se na fala de Jisele o que Loyola[27] encontrou em pesquisa sobre práticas populares de saúde: a maioria das mulheres que exerciam tais práticas adquiriu conhecimentos e incentivos a partir, principalmente, do contato com mulheres mais experientes, quase sempre pertencentes ao seu grupo familiar.

Com relação à dimensão espiritual, foram feitas menções sobre a Igreja Evangélica, que auxilia na educação dos filhos, afastando-os de conflitos com a lei.

> [...] doze filhos eu criei, tudo na religião que era pra nós criar, nós era evangélico. Hoje eu não tenho nenhum filho que passou pela delegacia, não tenho nenhum filho que passou pela cadeia, nunca fui chamada em coisa, nunca fui chamada com problema deles [...] (Maria)

O uso de ervas medicinais é um recurso tradicional nas famílias, a maioria delas cultivadas nos quintais das casas, onde se encontram recursos selecionados e cultivados para o cuidado à saúde. Na cozinha são preparados os remédios naturais, com suas propriedades terapêuticas preventivas e curativas, e nela também se configura o lugar dos encontros e do preparo das refeições onde se prepara também o cafezinho. Seja no quintal, seja na cozinha, são inúmeros os aprendizados sobre cuidado e sobre ervas medicinais que se dão nas relações entre as mulheres.

Preta, que também é ACS, orienta as famílias a não deixarem de tomar os medicamentos receitados pela médica, porém ela mesma não usa nenhuma medicação farmacêutica, fazendo sempre uso de remédios naturais como chás e preparos feitos com as plantas que possui no quintal.

Há médicos que atuam no assentamento e que reconhecem a legitimidade dos tratamentos tradicionais aos quais suas mães, seus pais e avós recorriam e ainda fazem uso. Apesar de não se ter questionado as participantes especificamente sobre onde os profissionais aprenderam sobre as

práticas, espontaneamente as mulheres referiram sobre esse aprendizado ter se dado no interior das famílias desses profissionais. Este dado nos remete a pesquisas que têm investigado a inserção do tema das práticas populares de saúde nos cursos profissionalizantes de nível superior, cujos resultados têm mostrado a lacuna na formação profissional ao mesmo tempo em que mostram o interesse dos estudantes no estudo dessa temática[13].

As mulheres assentadas se referem a esse cuidado médico com admiração e valorizam essa postura do profissional.

> Quando a gente tinha um médico aqui, até que já faleceu. Que o sonho dele era trabalhar com as plantas medicinais. De sair do posto e passar na horta e pegar o remédio. Em Itapeva funciona esse projeto e o sonho dele era colocar aqui no assentamento. Tanto aqui, e depois ele foi pro Bela Vista. (Preta)

> Tem as mulheradas que tão no período da menopausa, elas tomam amora, chá de amora. Eu achei legal isso aí porque foi a própria Doutora que falou. (Marlene)

Marlene não atua profissionalmente na área da saúde e ficou satisfeita ao saber que a médica da saúde da família receita chás como tratamentos. Os mesmos chás usados antigamente dão resultados, além de não apresentarem os efeitos colaterais referidos pelas mulheres que usam, por exemplo, medicações para reposição hormonal durante esse período.

> É, me passaram tudo isso pra mim. Eu engordei, inchei, chegava aqui com a boca aberta. O tal do hormônio. Agora tomo o chá da amora. (Elizete)

Relatos das mulheres apontam a abertura e valorização também por outros profissionais de saúde acerca do uso de ervas medicinais:

> Tinha uma enfermeira que vinha aqui logo no começo [...] que ela me ensinou o chá, no caso, pra mim tá usando pra ajudar. Porque eu sou hipertensa, né. Ela falou, faz o chá da casca do abacaxi, faz o chá de algumas coisas, assim, pra tá ajudando. (Jisele)

Estes achados no assentamento, por um lado, se contrapõem aos resultados de pesquisas que mostraram, por exemplo, que a abertura a tais práticas se dá mais entre agentes comunitários de saúde do que profissionais de nível superior, como a de Matos e Greco[28]. Por outro lado, corroboram os resultados de pesquisa que mostram uma receptividade de profissionais de saúde a tais práticas[29].

Além das ervas medicinais usadas em curativos, chás, banhos, xaropes e outros tipos de remédios, adotam-se alguns cuidados especiais com a alimentação, incorporando em suas dietas alguns alimentos com propriedades específicas (como a linhaça) capazes de auxiliar no tratamento e prevenção de algumas doenças (no caso da linhaça, para o colesterol alto).

Foi possível perceber que nem todas as mulheres adotam práticas populares de cuidado à saúde, às vezes nem mesmo as aceitam. Algumas se mostram contrárias à utilização de alguns recursos, enquanto outras são entusiastas da utilização dessas práticas.

> A gente não pode deixar as ervas medicinais, não é? A gente não pode deixar! Não pode! Não pode nunca desprezar, né! (Elizete)

Alguns relatos mostram ainda uma possível hierarquização do saber, fazendo com que o conhecimento popular seja legitimado com a aprovação e o reconhecimento dos profissionais da saúde.

> Daí aquelas antigas, tipo minha sogra e a avó do meu marido falavam as coisas e eu não seguia nada, eu falava, gente, por favor, saiam daqui! Deixa eu ver o que eu vou fazer. Porque queriam [...] que eu

> colocasse maisena no bumbum, eu também não coloquei [...] Eu não queria ficar ouvindo muito, eu sempre queria a opinião mesmo de um médico. (Leonilda)

> O Doutor lá de Araraquara, ele é um pediatra muito bom. Se a minha netinha só tá assada ele fala: "Maisena!" É maisena direto. Põe na água, minha filha, põe no banho. (Jisele)

Leonilda, que é Agente Comunitária de Saúde, não aceitava as sugestões de cuidados feitas por sua sogra e pela avó de seu marido por não saber se essas práticas eram benéficas ou prejudiciais para seu filho. Sentia-se mais segura quando um médico ou médica recomendava o mesmo cuidado. Ela não utilizava os recursos naturais que tinha em seu quintal no cuidado à saúde, passando a usá-los após ter recebido orientação médica, colocando-a em prática para verificar sua eficácia.

> Eu cheguei a usar algumas coisas assim, eu tinha criança pequena na época e ele (o médico) dizia: "Não, ao invés de você passar aqui na farmácia e pegar um expectorante, você vai na casa do Donizete que o pai dele tem Caraguatá, e faz o chá. É aquela frutinha [...]" Eu não gostava muito não, eu nunca fui de botá muita fé nessas coisas. Eu não era dessas práticas de chá, não. Mas eu fiz a experiência que ele ensinou e funcionou mesmo. (Leonilda)

O ACS ocupa posição singular e contraditória no trabalho em saúde na Atenção Básica: por um lado, é membro da comunidade a ser atendida pelo serviço de saúde, sendo também usuário destes serviços; por outro, torna-se integrante, nem sempre legitimado, de uma equipe de saúde. Desta forma, conhece e enfrenta as mesmas dificuldades de acesso e de resolubilidade que perpassam o sistema público de saúde, enquanto faz parte de um serviço cujo processo de trabalho tende a reproduzir, de forma também contraditória, a divisão social do trabalho e as disputas em torno dos projetos terapêuticos[30].

> No trabalho dos ACS, é frequente que encontrem situações relativas a problemas de saúde comuns, para cujo enfrentamento existe abundância de informações preventivas, mas que persistem, e cujas causas vão além da capacidade de resposta por meio de ações individuais[30].

Aprendendo e ensinando práticas de cuidado à saúde.

Para Vanderleia, o cuidado se aprende na relação com o outro. Ela diz ter aprendido muita coisa sobre saúde nas capacitações para ser agente comunitária, mas reconhece que muito do que aprendeu foi consolidado no cotidiano e no convívio tanto com as famílias para quem presta assistência, como com sua própria família.

> [...] essa dedicação com o outro, eu acho que é uma troca, porque é a família da gente, eles se preocupam com a gente, entendeu. Eu acho que é uma troca, o cuidado é uma troca. A gente aprende na escola, televisão. Eu sou ACS, então é treinamento, capacitação. Então, a gente foi tendo muita informação. Coisa que há 12 anos eu não sabia, hoje eu sei. Pai e mãe. (Vanderleia)

Percebe-se nessa fala como a agente comunitária integra os diversos saberes no seu planejamento do cuidado, no conhecimento que mobiliza para tal, como nos mostram Stotz, David e Bornstein[31], referindo-se ao trabalho do agente comunitário de saúde:

> Numa abordagem que se baseia numa concepção ampliada de saúde, a centralidade do processo está no diálogo, na conversa, na busca de conhecer a vida das pessoas e seus problemas, antes de partir para a divulgação de orientações. [...] A concepção ampliada de saúde se aproxima da educação popular em saúde: considera o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura, adquirido através de sua história de vida e de sua cultura, o ponto de partida do processo educativo[31].

É importante reconhecer que uma relação pedagógica transformadora não está dada apenas pelo exercício da vontade individual deste ou daquele agente. Depende das possibilidades abertas pelas inovações trazidas pela estratégia de Saúde da Família[31].

A atividade profissional das Agentes Comunitárias é vista como uma atividade de cuidado que é também educativa. Dizem que nesse processo de cuidar, ensinam e aprendem na dialogicidade.

> Eu aprendi muito, eu tive que aprender, porque eu não sabia. Às vezes me chamam de muito curiosa, porque eu tenho muita vontade de aprender. Mas eu vejo assim, eu tenho que aprender pra transmitir, porque uma agente comunitária não tem um curso técnico, não tem né, a gente sabe que a gente vai aprender com a prática. (Leonilda)

> Mas hoje o que a gente tem de conhecimento pra tá passando a respeito de uma gestante, do cuidado com a boca, que é uma saúde geral. Aí, a gente tem e a gente aprende muito com quem a gente vai ensinar também. As práticas deles, o que eles conseguiram mudar, né. (Flávia)

Esses e outros relatos reforçam a importância dos profissionais de saúde conhecerem e reconhecerem as práticas populares, oferecendo recursos de cuidados acessíveis e adequados a cada contexto e população. A postura dialógica abre espaço para o relato de tais práticas no encontro com o profissional de saúde, que, por sua vez, abre caminhos para um plano de cuidados inclusivo da cultura popular. Postura não dialógica, como relatado por Teixeira, Lin e Martins[32], leva ao silenciamento em relação ao uso de tais práticas, pois os pacientes antecipam uma resposta desaprovadora, seguida de desinteresse e descrédito por parte dos profissionais.

Ainda no âmbito da aprendizagem nas relações, as intergeracionais foram frequentemente citadas como educativas:

> [...] às vezes a gente reclama de tudo. Às vezes eu chegava em casa e reclamava, só tem isso de mistura, arroz e feijão, um ovo frito. Aí, ele falava: "É, e antigamente não tinha nem isso pra comer..." Meu pai sempre falava "nunca reclama, se você pegar uma banana pra comer, se você jogar a casca, vai vir alguém atrás pra pegar aquela casca". (Preta)

> [...] eu adoro sentar perto dessas pessoas mais idosas pra ouvir as histórias, me comove. (Preta)

Relações intergeracionais também foram apontadas por Loyola[27] como sendo processos pelos quais as mulheres que exerciam práticas populares adquiriram conhecimentos e incentivos, mais especificamente, a autora refere o contato com mulheres mais experientes, quase sempre pertencentes ao seu grupo familiar.

A busca pela legitimidade das práticas populares também se revela como um processo educativo, como se verá a seguir, no relato de Marli, sobre um tratamento medicamentoso que fez para controlar o colesterol alto, dizendo que a medicação lhe fazia muito mal. Ao ir conversar com o médico sobre os efeitos colaterais da medicação, fizeram outro exame e, apesar do colesterol estar alterado, o médico considerou que seria melhor suspender a medicação que a prejudicava, porque o resultado do exame mostrava que seus índices de colesterol estavam próximos dos valores de referência. Marli, então, diz ter ficado preocupada com o colesterol e, na conversa com uma amiga, esta lhe disse que consumir sementes de linhaça regularmente ajudava a emagrecer. Passou, então, a consumir tais sementes e, após ler em uma revista que o consumo da semente de linhaça regulariza os níveis de colesterol no sangue, fez novamente os exames e constatou que o seu índice de colesterol estava baixo.

> Mas então, eu acho assim, eu só parei de tomar porque eu comprovei que realmente a semente de linhaça resolveu. [...] eu fiz o exame, deu alterado, mas era pouquinha coisa, então ele achou que não precisava entrar com medicamento. Aí eu comecei a usar, falei com ele e ele mandou eu parar com a Sinvastatina, não me passou nada. Daí eu fiz a semente de linhaça que me ensinaram. Daí eu repeti o exame e tava baixo. (Marli)

> É, eu li sobre ela! Eu aprendi que ela queima a gordura, essas coisas, ela age como diurético, faz o intestino funcionar melhor. (Marli)

Marli buscou comprovar por exames que a linhaça estava resolvendo seu problema de saúde e esse esforço configura-se como mais um exemplo da busca pela legitimidade dos tratamentos. Nessa busca, as mulheres recorrem a diversas fontes de saberes para sentirem-se seguras com as escolhas que fazem para cuidar de sua própria saúde, além da saúde dos demais. Elas trocam informações sobre as práticas de saúde que conhecem, procuram livros e revistas, profissionais da saúde e fazem exames. E assim aprendem mais sobre as práticas populares de saúde, reforçando seus argumentos a favor desse uso.

Algumas dizem aprender muito lendo livros ou revistas, citando o livro "Medicina Alternativa de A a Z"[g], assim como revistas que ensinam dietas, receitas e dicas de beleza de modo geral, como diz Marli

> Não lembro não, acho que vi em revista mesmo, essas de coisas naturais.

[g] Spethmann, Carlos Nascimento. Medicina Alternativa de A a Z. Editora Edições Natureza. 392 p. ISBN: 85-320-1967-6.

Além disso, programas televisivos são muito citados

> Eu vi numa reportagem do Globo Repórter. Sempre que fala sobre saúde eu vejo. Eu gosto muito. Acho que aborda uns temas bem legais. Nossa, eu já aprendi muito [...] (Jisele)

E assim, consultando diversas fontes de informação, trocando informações entre elas e com os profissionais de saúde, as mulheres vão ensinando e aprendendo sobre o cuidado e sobre as práticas populares de saúde, assim como fazendo suas escolhas com consciência, optando por aquelas que avaliam serem as mais eficazes, adequadas para as particularidades de cada uma delas e também das demais pessoas da comunidade onde moram e atuam.

Considerações finais

Esta pesquisa se configurou na perspectiva da Educação Popular e Saúde por seu intento em conhecer e divulgar os saberes das mulheres camponesas tanto relativos à saúde, como também relativos aos mecanismos de luta e resistência das camponesas na busca pela promoção do bem-estar pessoal e coletivo.

Como desafios político-pedagógicos à educação popular em saúde que emergem desta experiência de mulheres camponesas, apontamos, em concordância com Daron[8]: o desafio de construção de um sistema público de saúde mais democrático, capaz de ouvir a população e de cuidar das pessoas enquanto sujeitos, enfrentando as causas das doenças e articulando atores que possibilitem a intersetorialidade; e o desafio de implementar a exigência ética de reconhecimento e fortalecimento das práticas populares tradicionais e integrativas de saúde como formas de atenção à saúde que precisam de reconhecimento nas políticas públicas para repensar as políticas de saúde, deixando de serem vistas como práticas marginais e tornando-se, enfim, legítimas ao dar centralidade ao cuidado.

Dentro do seu escopo e objetivos, a pesquisa possibilitou identificar a falta de atividades voltadas para as mulheres do assentamento como um importante fator de agravo à saúde integral da mulher camponesa. Em contrapartida, esse mesmo

grupo de mulheres refere perceber melhoras na qualidade de vida das que se envolveram em atividades como cursos, grupos de discussões sobre a realidade no campo e na comunidade onde vivem, reuniões dos movimentos sociais, entre outras. As práticas de cuidado à saúde no Assentamento Monte Alegre perpassam por diversas atividades, como a produção e o uso de remédios caseiros, o diálogo, o companheirismo, a escuta ativa, as mobilizações e ações políticas promovidas por elas mesmas, além da própria educação em saúde praticada por todas em seus cotidianos, integrada às demais ações. Também foram mencionadas as práticas de assistência multiprofissional oferecidas pelos serviços de saúde e as visitas domiciliares.

Além dessas práticas desveladas neste estudo, relatadas no parágrafo acima, que mostram que essas mulheres vêm buscando novas estratégias para se articularem e proporcionarem novos espaços de trocas de experiências, com o intuito de fortalecer sua comunidade, outras ainda puderam ser identificadas nessa mesma direção. As mulheres promovem ações educativas sobre cuidados com a saúde, encontros na comunidade para estimularem empreendimentos solidários, grupos para atividades artesanais, entre outros. Tais estratégias são realizadas no assentamento para a população local, mas também em outros espaços, como nas praças da cidade; no terminal rodoviário; em outros assentamentos, para outros grupos de camponesas; fortalecendo ainda mais a expressão da população do campo.

Conhecer o cotidiano dessas mulheres, seus saberes de experiência, suas compreensões de saúde, suas práticas populares de cuidado à saúde e seus processos educativos abre possibilidades de ampliação das compreensões sobre as necessidades de saúde da mulher camponesa, o que potencializa novas investigações e a criação de novas estratégias no campo da atenção à saúde no SUS, com o intuito de ampliar a inclusão e diálogo com as compreensões e com os modos populares de cuidar da saúde.

Referências

1. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface (Botucatu). 2004;8(14):73-92. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005

2. Riquinho DL, Gerhardt TE. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. Trab Educ Saúde (Online). 2010;8(3):419-37. http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300005

3. Borges JRP, Fabro ALD, Ferreira P. Condições de vida e qualidade do saneamento ambiental em assentamentos da reforma agrária paulista: Representações e práticas cotidianas. In: Anais do 15o Encontro Nacional de Estudos Populares; 2006; Caxambú-MG. São Paulo: ANPED; 2006.

4. Morissawa M. A história da luta pela terra e o MST. São Paulo: Expressão Popular; 2001.

5. Pedrosa JIS. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: Fonseca AF, organizador. Educação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

6. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites na prática profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):154-60.

7. Sales C MV. Mulheres rurais: tecendo novas relações e reconhecendo direitos. Estud Fem. 2007;15(2). http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2007000200010

8. Daron V. A dimensão educativa da luta por saúde no Movimento de Mulheres Camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde. Cadernos CEDES., 2009;29(79):387-99. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

10. Laplantine E. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

11. Scopinho R A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. Ciênc Saúde Colet. 2010;15 supl 1:1575-84. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700069

12. Dussel E. Filosofia de la liberación desde la práxis de los oprimidos. Rev Liberación-Libertação (Campo Grande). 1991;2:33-49.

13. Oliveira MW, Moraes JV. Práticas populares de saúde e a saúde da mulher. Rev APS. 2010;13(4):412-20.

14. Queiroz MS. Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Editora da Unicamp; 1991.

15. Teixeira IMC. Saberes e práticas populares de saúde: os processos educativos de mulheres camponesas [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2012.

16. Campoi AM. Sistemas de produção e estratégias de vida para a permanência na terra: um estudo no projeto de assentamento Monte Alegre – Araraquara-SP [mestrado]. Araraquara: Centro Universitário de Araraquara; 2005.

17. Ferrante VLB. Assentamentos rurais: estratégias de recusa ao modelo estatal? Raízes. 2000;(15):62-76.

18. Gaspari LC. Estratégias familiares e sustentabilidade econômica em assentamento rural [dissertação]. Araras: Universidade Federal de São Carlos; 2010.

19. Bodgan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto; 1994. (Coleção ciências da educação)

20. Ezpeleta J, Rockwell E. Pesquisa participante. São Paulo: Cortez; 1989.

21. Vázquez-Navarrete ML, Silva MRF, Pérez ASM, Sanmamed MJF, Gallego MED, Lorenzo IV, organizadores. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2009.

22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

23. Silva GF. A natureza educativa nas ocupações de luta pela terra no Brasil. Libertas. 2007;ed esp:50-67.

24. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

25. Fiori EM. Conscientização e educação. Rev Educ Realidade. 1986;11(1):3-10.

26. Oliveira MW, Stotz EN. Perspectivas de diálogo entre organizações governamentais e não governamentais e instituição acadêmica: o convívio metodológico. In: Sociedade, democracia e educação: qual universidade? Anais da 27a Reunião da ANPEd. 2004; 21-24 nov 2004; Caxambu-MG. São Paulo: associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação; 2004.

27. Loyola MA. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel; 1984.

28. Matos I, Greco RM. Curandeirismo e saúde da família: conviver é possível? Revista APS. 2005;8(1):4-14.

29. Alvim NA, Cabral IE. Saberes e práticas de enfermeiras sobre plantas medicinais: um exercício de análise com categorias bakhtinianas. Acta Paul. Enf. 2004;17(1):70-8.

30. Bornstein VJ, Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. Trab Educ Saúde. 2009;6(3):457-80.

31. Stotz EM, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. Rev APS. 2009;12(4):487-97.

32. Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. O ensino de práticas não-convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. Rev Bras Educ Méd. 2004;28(1):51-60.

Teixeira IMC, Oliveira MW. Prácticas de atencìon en la salud de las mujeres campesinas. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1341-1354.

Este artículo presenta los resultados de la investigación de las prácticas de atención de la salud de mujeres campesinas del asentamiento Monte Alegre VI – SP. La metodología cualitativa, consistió en la observación de participante y entrevistas, se realizaron 15 visitas entre abril de 2010 y julio de 2011. Participaron doce mujeres, entre las cuales había seis agentes comunitarias de la salud. Las prácticas de cuidado se refieren a: el compañerismo, el diálogo, la escucha activa, la movilización social, los servicios de salud multidisciplinarios, el uso de las plantas medicinales, las creencias religiosas y las dietas. Estas prácticas se suman y se articulan. Las participantes enseñan y aprenden sobre el cuidado en las relaciones entre ellas, las inter-generacionales y en las relaciones con los profesionales de la salud, además de recurrir a otras fuentes de información y otros procesos de formación específicos, como PSF.

Palavras clave: Educación popular y salud. Cuidado de la salud. Salud de la población rural. Prácticas populares de salud. Procesos educativos

Recebido em 31/05/2013. Aprovado em 21/01/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0477

Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular:

encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde

Eduardo Simon[a]
Edineide Jezine[b]
Eymard Mourão Vasconcelos[c]
Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro[d]

Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KSQS. Active teaching-learning methodologies and popular education: agreements and disagreements in the context of health professionals' education. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1355-1364.

This study reflects the similarities and differences between the active teaching-learning methodologies and popular education in the training of health professionals. Moreover, it reflects the epistemological foundations of popular education and the core active teaching-learning methodologies considered in the context of its use in the training of health professionals. Popular education proposes a radical fusion between the media and education because awareness is both an aim and a method of training. Under different circumstances, although identified with a student-centered pedagogical process and autonomy motivation, the active methods can be used in isolation with a utilitarian logic, which is a characteristic of banking education. Thus, popular education can be an important analyzer of active methodologies in the context of health courses, facilitating to consolidate their use in liberating formative processes.

Keywords: Popular Education. Active Teaching-Learning Methodologies. Health Education.

Trata-se de reflexão acerca dos encontros e desencontros entre as metodologias pedagógicas ativas e a educação popular, no contexto da formação dos profissionais de saúde. Parte-se de uma reflexão acerca das bases epistemológicas da educação popular e das principais metodologias ativas, consideradas no contexto de sua utilização na formação dos profissionais de saúde. A educação popular propõe uma fusão radical entre os meios e fins pedagógicos, já que a conscientização é ao mesmo tempo metodologia e objetivo formativo. As metodologias ativas podem ser métodos identificados com um processo pedagógico centrado no aluno e produtor de autonomia, desde que não sejam utilizadas como métodos isolados, dentro de uma lógica utilitária característica da educação bancária. Neste sentido, conclui-se que a educação popular pode ser um importante analisador das metodologias ativas, ajudando a consolidar sua utilização em processos formativos libertadores, no contexto dos cursos de saúde.

Palavras-chave: Educação popular. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Educação em saúde.

[a,b,c] Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, 58051-900. João Pessoa, Paraíba, Brasil. esimon81@gmail.com; edjezine@gmail.com; eymard.vasconcelos@gmail.com
[d] Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. katiaqsribeiro@yahoo.com.br

Introdução

O processo pedagógico tem-se centrado, historicamente, na figura do professor: o conhecimento reconhecido como válido emana do professor, devendo ser memorizado pelo aluno. A consciência crítica em relação às limitações deste modelo de ensino-aprendizagem remonta ao século XVIII, com as escolas pedagógicas que, ecoando os ventos transformadores das revoluções liberais europeias e da independência norte-americana, preconizavam o reconhecimento do estudante como indivíduo portador de direitos, dentro de um contexto histórico de reconhecimento social da criança[1].

Configura-se, a partir daí, uma tradição de pedagogias que procuram centrar-se no estudante como sujeito ativo do processo de ensino-aprendizagem. Talvez a mais famosa delas seja a escola pedagógica de John Dewey. Seu pensamento pedagógico concebe a educação baseada no processo ativo de busca do conhecimento pelo estudante, exercendo sua liberdade. Para Dewey, a educação deveria formar cidadãos competentes e criativos, capazes de gerenciar sua própria liberdade. Por isso, a pedagogia de Dewey é considerada a expressão da democracia na educação[2]. Esta concepção pedagógica é construtivista, já que há uma reconstrução do conhecimento a partir da vivência do educando. Ela entende a educação como práxis transformadora, assumindo como sua finalidade o desenvolvimento de indivíduos capazes de viver de forma produtiva e criativa na sociedade democrática, escolhendo bem seus governantes, por exemplo. Entretanto, esta reconstrução é limitada pela ideologia liberal, na medida em que não chega ao questionamento da estrutura de classes da sociedade[3,4]. Educa-se para a liberdade, conforme concebida na sociedade liberal. A pedagogia de Dewey é o ápice de uma série de pedagogias do Iluminismo, muito influentes até hoje.

Esta é também, em linhas gerais, a concepção pedagógica de Paulo Freire na "Educação como prática da liberdade"[5]. Escrito no calor das reformas democráticas anteriores ao golpe de 1964, influenciado pelo existencialismo cristão em voga no ambiente europeu do pós-guerra, o livro traça tanto as bases filosóficas quanto o esquema do que viria depois a ser conhecido como "método Paulo Freire". Neste método, a interlocução com o universo simbólico do educando gera os subsídios para um processo de alfabetização bastante eficiente. É interessante que, no contexto de necessidade de legitimação do governo Jango junto às elites conservadoras, a marca utilitária da eficiência tenha dado ampla divulgação a um Paulo Freire que, mais tarde, refutaria o utilitarismo pedagógico[6].

De fato, este mesmo Freire, depois exilado no Chile pelo regime de exceção brasileiro, modificaria sua crença na "educação para a liberdade". Freire começa então a aprofundar o problema da recriação do conhecimento no processo pedagógico: ainda que progressista, o processo educativo cuja teoria do conhecimento não pressuponha como necessidade heurística, quer dizer, como constituinte do próprio processo de validação do conhecimento, a participação do educando, acaba por reproduzir a educação chamada bancária. Este procedimento aparentemente singelo, muitas vezes implícito e não explícito na obra freireana, é o que faculta a ressignificação (pela primeira vez radical e não apenas aparente) do processo pedagógico: o educador, ensinando, aprende, e o educando, aprendendo, ensina. É possível dizê-lo pela primeira vez, agora que Freire estabeleceu a participação do outro como necessidade heurística. A epistemologia da educação popular está radicalmente ligada a uma filosofia do Outro. O Outro, o educando, participa ativamente no processo de ensino-aprendizagem, na recriação mesma do conhecimento e em sua validação (heurística), e não apenas por um imperativo extemporâneo à produção deste conhecimento.

Neste sentido, se até a "Educação como prática da liberdade" Freire ainda compartilha alguma semelhança com a "educação para a democracia" de Dewey, a partir da "Pedagogia do Oprimido"[7], ele rompe com o Iluminismo: mais do que uma "educação para a liberdade", necessita-se de uma educação que assuma como tarefa a prática da libertação[8]. E libertar-se significa superar a dialética da opressão[7]. Aqui, a diferença com Dewey é clara. É política: visa-se à libertação da opressão trazida pelo capitalismo. Talvez Dewey quisesse também uma libertação da opressão trazida pela ignorância e pela passividade cognitiva. Entretanto, o processo da opressão (que Dewey não conseguiria divisar sob o sol a pino da – então – pujante democracia norte-americana) cria um obstáculo intransponível às pedagogias progressistas: mesmo centradas no aluno, elas mantêm-se sob o espectro do liberalismo.

Para Dewey, a opressão era o totalitarismo ou a escuridão da ignorância. Para Freire, que viu o governo democrático popular de Jango ser derrubado com ajuda norte-americana, o problema era mais profundo: a opressão sobrevivia em qualquer processo educativo, político ou social onde o diálogo verdadeiramente radical não estivesse presente[7].

O conhecimento transmitido em processo onde o outro não participa, além de ativamente, também "heuristicamente", tem uma série de características que o diferenciam do conhecimento libertário, popular, engajado, solidário, não-opressivo: há um limite epistemológico dado a priori: o conhecimento tem fontes validadas, há "donos do saber" (a ciência, o partido político, a igreja, etc.) e não é necessário questionar a intencionalidade do conhecimento, o seu "para quê"; este "para quê" é naturalizado. A educação liberal, bem como a educação marxista, desemboca nisto, ao tomar como ponto de partida uma "educação para a democracia" ou "educação para a liberdade", ou "educação para o socialismo" esquecendo-se de que tais fatos sociais (democracia, liberdade, socialismo) também são passíveis de recriação constante.

A educação popular freireana, a partir da Pedagogia do Oprimido, coloca a relação com o outro não apenas como método, mas como centro de uma teoria do conhecimento cuja intencionalidade é a recriação das relações sociais, na perspectiva da emancipação. Não mais a emancipação dos sujeitos individuais numa sociedade naturalizada, mas a emancipação de sujeitos que concomitantemente suprimem as relações de opressão. Com ela, o "como" e o "para quê" da educação tornam-se indissociáveis: Paulo Freire unifica os meios e os fins educacionais. Desta forma, os conteúdos do processo de ensino-aprendizagem desaparecem enquanto objetos acabados, para transformar-se em constructos culturais passíveis de recriação nesta educação, agora compreendida como ação cultural[9]. Supera-se assim a didática clássica, que, naturalizando as finalidades do processo educativo, preconizava a ideia de um método universal de "ensinar tudo a todos", independente do "para que ensinar"[10].

Ao superar as limitações da concepção pedagógica de Dewey, Freire se aproxima do sócio-construtivismo de Vygotsky. Enquanto Dewey é um legítimo representante do pensamento liberal em educação, Vygotsky tem, na dialética materialista, sua base filosófica, o que resulta em diferenças de fundo em suas concepções de homem e de sociedade[11]. Para Vygotsky, mais do que explorar experiências baseado em sua própria liberdade e autonomia, como frisara Dewey, o indivíduo realiza experiências mediadas por instrumentos e relações interpessoais, o que coloca a mediação com o contexto social numa posição central do processo de ensino-aprendizagem. Para Vygotsky, as condições objetivas da aprendizagem não são apenas os recursos materiais da escola ou o espaço de autonomia permitido pelo educando. Tais condições relacionam-se, em última análise, à totalidade da estrutura social: a aprendizagem é um processo socialmente construído[12].

Deve-se pontuar que o rompimento de Freire com a pedagogia iluminista difere do marxismo. Este, ao pretender desvendar a estrutura da sociedade e subsidiar sua transformação a partir de sujeitos e fóruns privilegiados (como os partidos políticos), esbarra em limitações para a criação compartilhada do conhecimento – limitações a que Freire chamava "dirigismo das massas"[5,7]. Diferentemente da educação popular, no dirigismo, a conscientização não necessariamente está presente no processo de transformação revolucionária. Se queremos uma sociedade radicalmente democrática, o método das relações educativas é também importante. A democracia política passa por uma democratização do processo de construção do conhecimento. Neste sentido, o que caracteriza a educação popular freireana não é tanto um desvelamento de estruturas nem um agir estratégico privilegiado. O que caracteriza a Educação popular (EP) é a radicalidade do diálogo.

Melo Neto[13] aborda a questão do diálogo a partir do problema da aporia, ou seja, da impossibilidade de acesso à verdade. Destacando a presença da aporia nos diálogos platônicos (alguns diálogos terminam na impossibilidade de resolução do problema apresentado), o autor destaca, na obra de Platão (geralmente considerada apenas em seu caráter idealista), o diálogo como processo constante, no qual a busca pela verdade não apresenta resultados acabados, mas sempre dinâmicos e, por que não, por vezes frágeis. Dar-se ao diálogo com o outro é correr o risco de desembocar na aporia. A partir da aporia, a ênfase desloca-se da verdade em si, do seu ser, para o processo de construção desta, o caminho durante o qual se vão tecendo considerações sempre frágeis, parciais,

transitórias: não mais um ser da verdade, mas um devir – eis a dialética. Ao colocar o problema da construção do conhecimento nestes termos, Melo Neto estabelece uma nova chave de leitura do diálogo platônico, estabelecendo uma ponte com o diálogo freireano. A consciência da limitação coloca, agora, a construção compartilhada como necessidade heurística, ou seja, como necessária à própria validação do conhecimento. Finalmente, a participação do outro sai da periferia (métodos de ensino-aprendizagem considerados isoladamente) para o centro (teoria do conhecimento propriamente dita) do processo educativo.

Agora, dentro dos limites deste trabalho, pode-se proceder à consideração acerca do contexto da emergência e utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação de profissionais de saúde em nível superior. Para que sejam coerentes com uma teoria do conhecimento na qual a participação do outro é uma necessidade heurística, tais metodologias devem promover uma recriação do conhecimento de alcances bastante ousados. Educadores e educandos que utilizem tais metodologias devem estar dispostos a uma profunda revisão de suas próprias concepções, dentro de uma práxis emancipatória, não só no nível individual, mas também, necessariamente, no nível coletivo.

A formação dos profissionais de saúde e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem

O processo de formação dos profissionais de saúde esteve, desde muito cedo, ligado à íntima convivência entre os mestres e seus aprendizes, num processo que Ariès chamava de aprendizagem[1]. Na aprendizagem, que representou importante atividade de caráter explicitamente educativo na Europa medieval desprovida de escolas, alguns elementos das metodologias ativas estão presentes: o estudante (aprendiz) não recebe o conhecimento ou habilidade numa via unidirecional, mas participa juntamente com o mestre na produção deste. Este processo é visível até o presente nas comunidades tradicionais, como, por exemplo, na aprendizagem do ofício de parteira, onde as aprendizes atuam como auxiliares desta até que adquiram maior autonomia[14].

A partir da emergência do Relatório Flexner em 1910, houve uma avalanche de reformas e fechamentos de escolas que o tornaram um paradigma para a formação de profissionais de saúde[15]. Na verdade, o próprio Flexner não defendia o ensino baseado em aulas teóricas, mas sim nos laboratórios. Desta forma, a associação entre Flexner e a pedagogia tradicional se dá mais em razão da forma como as reformas ocorreram do que o preconizado no relatório Flexner. O próprio Flexner reconhecia, em 1925, que as escolas médicas não ofereciam uma formação de base cultural e filosófica[16]. A "modernização" flexneriana do ensino médico acabou por interferir no tradicional processo de aprendizagem, ao deslocar o ensino médico dos ambulatórios, enfermarias e domicílios dos doentes, em direção às salas de aula e laboratórios. Assim, ainda que tenha havido, no início do século XX, a incorporação da ideologia do nascente complexo industrial da saúde nas escolas médicas através das reformas desencadeadas pelo relatório Flexner[15], imediatamente após, começou o movimento de contestação destas reformas que apartavam a prática do ensino de sua representação tradicional (a aprendizagem).

Já em 1927, uma conferência na escola de medicina de Harvard congregava importantes professores de clínica médica descontentes com a formação teórica, fragmentada e especializada, onde os estudantes aprendiam a ver "doenças e não doentes"[17]. Uma evidência deste processo é que a emergência da Medicina de Família como especialidade e disciplina acadêmica nos EUA, Canadá e Europa ocidental foi muito mais ligado à corporação médica, do que no Brasil, onde esta emergência, bem posterior, foi mais vinculada à Saúde Coletiva, só recentemente sendo incorporada pelos médicos de família brasileiros.

Não mais do que três décadas decorreram do momento da aparição do Relatório Flexner até as primeiras experiências de reforma curricular "anti-Flexner", que iriam culminar posteriormente na criação da metodologia ativa de ensino-aprendizagem conhecida como Problem Based Learning (PBL) na Universidade McMaster, no Canadá, e a consagração desta metodologia, representada por sua emblemática adoção no curso médico de Harvard. Assim, não houve um "renascimento" da

formação generalista após uma longa noite flexneriana de fragmentação em especialidades, mas um movimento contra-flexneriano constante e precoce. A intensidade e velocidade com que ocorreram tanto as reformas flexnerianas, quanto sua contestação, explicam-se pelo fato de que esta e aquela atendiam a interesses da corporação médica: de um lado a necessidade de "rigor científico", de incorporação das especialidades médicas, do hospital-escola e das tecnologias duras ao ensino; e, de outro lado, a preservação daquilo que era e continua sendo a representação social hegemônica em relação ao trabalho do médico e mesmo da aprendizagem da medicina, ou seja, o clínico que atende um paciente em sua casa ou no consultório – um *setting* terapêutico onde há valorização da relação médico-paciente, da formação generalista, do olhar integral sobre o sujeito, da consideração de seu contexto familiar e social, os estudantes acompanhando um professor em seu trabalho, etc.

Ao mesmo tempo em que estes movimentos ocorriam nas escolas médicas, amadureciam, no debate educacional, as ideias pedagógicas de John Dewey, culminando naquela formulação que se tornou um lugar comum das reformas curriculares brasileiras: o "aprender a aprender". O aprender a aprender, ou seja, a ênfase no desenvolvimento da capacidade do estudante buscar seu próprio conhecimento, consagrou-se como um dos pilares da "Educação para o século XXI" a partir do relatório homônimo da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), também conhecido como "Relatório Delors". Para Pedro Demo, o "aprender a aprender" tem como uma de suas origens o "do it yourself" (faça você mesmo) da cultura nórdica. Este autor identifica no "aprender a aprender" a espinha dorsal das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ressaltando sua eficiência. Para ele, não se pode simplesmente rotular pejorativamente como neoliberal ou excludente uma orientação pedagógica utilizada nos programas educacionais de instituições como o Massachusets Institute of Technology (MIT), a Google, ou em países como Cingapura, nas quais a educação é um valor acessível, compartilhado e de alto nível. Para Demo, enquanto as escolas brasileiras andam a passos de cágado (ainda que permeadas por fragmentos de discurso pedagógico crítico, libertário, engajado e popular), o capitalismo voa como um jato, com as constantes renovações internas já prenunciadas por Marx[18]. Muitas vezes, setores críticos da pedagogia tendem a fazer uma avaliação muito simplista da pedagogia capitalista, como se ela estivesse sempre associada ao ensino bancário tradicional.

A Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem Based Learning – PBL) é um método centrado no estudante desenvolvido na Universidade de McMaster, no Canadá, no final da década de 60. Partindo do seu conhecimento prévio e instigando sua curiosidade e criatividade, objetiva promover a aprendizagem significativa[19]. O PBL traz os problemas já estruturados previamente, possibilitando que se possam estipular, a cada problema, objetivos de aprendizagem bem definidos, o que facilita a integração dos diferentes conteúdos curriculares[20]. Embora dependa de problemas estruturados, é possível trazer para o PBL a complexidade necessária através da estruturação de problemas a partir da experiência concreta dos educadores e educandos, dentro do processo pedagógico. Este procedimento é importante para evitar o risco de se estruturar os problemas de modo artificial, afastando-se da complexidade dos problemas reais, onde múltiplas dimensões invariavelmente se articulam e exigem uma resposta criativa dos futuros profissionais[21].

A problematização desenvolveu-se como metodologia a partir da educação popular freireana, tendo sido sistematizada ao longo dos anos, com a contribuição de diversos educadores. A problematização pode ajudar na ampliação do olhar sobre outras dimensões da realidade, já que não parte de problemas previamente dados, mas sim da própria ação-reflexão-ação dos educandos[19]. Assim, a problematização não é um método voltado apenas para a discussão teórica, sendo marcado pela integração entre a ação e a reflexão, bem como pelas transformações práticas que daí advém. Por esse caráter praxeológico, a dimensão política é um elemento fundamental na avaliação do método:

> [...] o compromisso político com a luta contra a injustiça e a doença é também um elemento metodológico fundamental para a eficácia educativa. Sem ele, o aprendizado não se aprofunda.[21]

Uma questão desafiadora é que, embora a problematização tenha origem na educação popular e a ela esteja muito relacionada, trata-se de duas entidades distintas. À revelia dos pressupostos já

mencionados da educação popular, a problematização pode ser tomada como metodologia isolada, se for operada de forma instrumental, executando-se mecanicamente o passo-a-passo que a compõe, sem levar em conta as demais dimensões que a tornariam coerentes com a pedagogia de onde surgiu.

Neste ponto, faz-se necessário recordar que nenhuma metodologia é capaz, sozinha, de garantir o desenvolvimento da gama de habilidades e competências necessárias à formação de nível superior em saúde. O esquecimento disto tem levado a reformas curriculares superficiais, fragmentárias e por vezes transitórias, ao não corresponder aos objetivos pretendidos. Muitas vezes, as novas metodologias, quando dissociadas dos princípios pedagógicos de que foram oriundas, não logram superar a eficiência educativa das tradicionais aulas expositivas dialogadas, quando ministradas por docentes comprometidos e capacitados, dentro de condições favoráveis em termos de recursos materiais, número de estudantes em sala, etc. A mudança para uma educação libertadora não se faz apenas pelo método, depende acima de tudo da intencionalidade política do educador. Um educador comprometido com a transformação social pode fazer de uma aula expositiva um momento de diálogo, enquanto que o comprometido com a manutenção pode manter relações de opressão na roda de conversa, por exemplo.

Tal dissociação entre as metodologias (o "como") e os objetivos (o "para quê) do processo pedagógico em saúde está relacionada justamente com a ênfase excessiva nas primeiras em prejuízo dos segundos, como se a troca de uma metodologia considerada ultrapassada por outra considerada mais arrojada fosse capaz de reorientar *per se* a formação profissional. Mais ainda, não é a metodologia isoladamente, mas sim questões como os cenários de aprendizagem, a oferta de determinados conteúdos e reflexões, a oportunidade dos estudantes estarem em contato verdadeiramente implicado com os sujeitos da prática profissional em saúde, não como executores de procedimentos, mas como cuidadores – enfim, é a totalidade do currículo que irá determinar a coerência do processo formativo com o profissional que se espera formar.

A partir da releitura das reformas flexnerianas, bem como da consideração de Pedro Demo sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem como estratégias de busca de eficiência no processo educativo, é possível retornar ao paralelo com a educação popular. As metodologias ativas não são autossuficientes na superação das fragilidades da formação em saúde. Tanto o modelo flexneriano quanto sua contestação (acompanhada pela emergência das metodologias ativas) é forma de racionalização da formação de profissionais de saúde, dentro de um contexto de eficiência na obtenção de recursos humanos. Assim, a utilização das metodologias ativas pode não superar o utilitarismo, que é um inimigo do compromisso verdadeiro com o outro, ao não questionar as finalidades do processo pedagógico e ter um caráter meramente de reprodução não emancipatória do conhecimento. Como um exemplo deste desafio, pode-se citar a referência, na literatura, à metodologia da problematização quase como sinônimo de educação popular e vice-versa: a problematização toma por base os princípios da EP e a esta pressupõe a utilização da metodologia da problematização. Entretanto, deve-se recordar que a educação popular não é um método, uma teoria pedagógica ou uma teoria do conhecimento – ela é simultaneamente essas três coisas[2]. Ainda mais, os princípios da EP impedem que estas três dimensões sejam consideradas separadamente. Há uma radical fusão entre os meios e fins educacionais na EP. A conscientização não é apenas o fim, mas também o meio pelo qual a educação libertária se realiza: qualquer educação que almeje a superação da opressão não pode ser, ela mesma, opressiva[7]. Isto parece óbvio, mas não é o que ocorre no currículo oculto dos cursos da saúde, onde a representação do caminho de formação aponta que o sofrimento causado pela dificuldade do curso é elemento constitutivo do processo educativo dos profissionais[21,22,23,24].

Desta forma, tanto a metodologia da problematização, quanto o PBL, enquanto ferramentas, pode ser utilizado apenas de forma superficial, sem estar em coerência com princípios pedagógicos libertários. Esta dissociação ocorrerá, por exemplo, se elas forem utilizadas de forma a aperfeiçoar apenas o aspecto cognitivo presente no "aprender a aprender", sem acessar as dimensões políticas, sociais, históricas e éticas do conhecimento, ou seja, sem atuar na perspectiva da emancipação simultaneamente individual e coletiva, na perspectiva de que "*ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho*"[7]. Neste sentido, a educação popular em saúde emerge não apenas como uma

metodologia na formação dos profissionais de saúde, mas como um analisador das metodologias já utilizadas. Estão estas metodologias dispostas de forma a potencializar a recriação de um conhecimento libertador, solidário, crítico? Ou elas atuam no sentido de potencializar a assimilação de informações, ou o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais compreendidas em seu caráter utilitário, instrumental? No presente momento, em que a educação em saúde verga-se sob o peso de tecnologias normatizadoras das relações entre os indivíduos, que acabam por reincidir no próprio determinismo com o qual buscavam romper, a educação popular, ao colocar o outro no centro do processo de recriação do conhecimento, e ao fundir, por um princípio ético e epistêmico, a metodologia e a finalidade do processo pedagógico, assume um caráter de potente reorientadora das práticas formativas em saúde.

Conclui-se este trabalho defendendo que tal processo deve ser levado a cabo sem apontar uma oposição de princípios entre as metodologias ativas e a educação popular, mas a partir de um diálogo entre ambas, a fim de potencializar as práticas educativas libertadoras na formação de profissionais de saúde. Percebe-se que, atualmente, como a maioria dos cursos superiores em saúde brasileiros já experimentaram mudanças curriculares pós-diretrizes de 2001, a educação popular tem frequentado as salas de aula de forma frequente, porém mais ou menos amesquinhada: são as aulas, ao término das quais os futuros profissionais da saúde saem vociferando contra "esse tal Paulo Freire" cuja implicação no cuidado, em verdade, não chegam sequer a compreender. O equívoco de tais arranjos curriculares encontra-se em conferir à educação popular o caráter de teoria autossuficiente, na forma de um conteúdo a ser aprendido, abandonando assim o traço dialético que Freire esforçou-se em conferir a sua obra. A potência desta teoria não está em sua apresentação lírica, emocionada e proselitista, mas no poder das análises que é capaz de oferecer a todos os elementos da educação e da saúde. Não importa tanto aos estudantes de graduação conhecer os pormenores da educação popular em si, mas sim suas implicações no cotidiano da educação e da saúde. Como funciona um grupo de educação em saúde orientado pela educação popular? Como é uma consulta individual orientada pela educação popular? Como conciliar os pressupostos da educação popular com o exercício da clínica? Como é a produção do conhecimento acadêmico coerente com ela? A partir desta perspectiva, a educação popular poderia ousar adentrar mais os espaços educativos formais, não como conteúdo, mas como reorientadora das práticas pedagógicas, buscando desatar o nó de grande parte dos currículos brasileiros: a ausência de coerência entre os meios e fins pedagógicos, na perspectiva da transformação da sociedade.

Referências

1. Ariès P. História social da criança e da família. 2a ed. Rio de Janeiro: LTC; 2006.

2. Gadotti M. História das ideias pedagógicas. 8a ed. São Paulo: Ática; 2005.

3. Saviani D. História das ideias pedagógicas no Brasil. 2a ed. São Paulo: Autores Associados; 2008.

4. Manacorda, M. História da educação da antiguidade aos nossos dias. 12a ed. São Paulo: Cortez; 2006.

5. Freire, P. Educação como prática da liberdade. 7a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1977.

6. Beisiegel, C.R. Política e educação popular: a teoria e a prática de Paulo Freire no Brasil. 4a ed. Brasília: Liber Livro; 2008.

7. Freire, P. Pedagogia do oprimido. 41a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

8. Scocuglia, A.C. A história das ideias de Paulo Freire e a atual crise de paradigmas. João Pessoa: Universitária; 1999.

9. Freire, P. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. 5a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1981.

10. Jezine, EM. Currículo e movimentos sociais. novas perspectivas a velhos desafios. In: XIII Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino, 13., 2006. Recife. Anais... Recife, 2006 [acesso em: 20 abr 2013]. Disponível em: http://br.monografias.com/trabalhos912/curriculo-e-movimentos/curriculo-e-movimentos.shtml

11. Fartes VLB. Trabalhando e aprendendo: adquirindo qualificação em uma indústria de refino de petróleo. Educ Soc. 2002;23(78):225-54. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302002000200013

12. Oliveira MK. Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico. 3a ed. São Paulo: Scipione; 1995.

13. Melo Neto JF. Diálogo em educação: Platão, Habermas, Freire. João Pessoa: Universitária; 2011.

14. Haikal L. Maternidade: uma releitura na perspectiva da espiritualidade. Dissertação (Mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2010.

15. Ros, M.A. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 224-44.

16. Oliveira NA. Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2007.

17. Carneiro AP. A medicina de família. Rev Bras Educ Médica. 1978;Supl 1:19-50.

18. Cyrino EG; Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública. 2004;20(3):780-8. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015

19. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica. São Paulo: Hucitec; 2002.

20. Vasconcelos EM. Formar profissionais capazes de cuidar do florescer da vida. In: Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizadores. Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 265-308.

21. Gaudenzi P. Jaleco branco. In: Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizadores. organizadores Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 177-8.

22. Guimarães RM. Como criar um Frankenstein em nove períodos: notas de uma criatura. In: Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizadores. organizadores Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p.187-191.

23. Igarashi, C.S. Dilema de uma estudante. In: Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizadores. organizadores Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p.51-52.

Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KSQS. Metodologías activas de enseñanza-aprendizaje y educación popular: encuentros y desencuentros en el contexto de la formación de los professionales de salud. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1355-1364.

Reflexión sobre la relación entre las metodologías activas de enseñanza y la educación popular en la formación de profesionales de salud. Se parte de una reflexión sobre los fundamentos de la educación popular y las principales metodologías activas consideradas en el contexto de su utilización en la formación de los profesionales de salud. La educación popular propone una fusión entre los medios y fines educativos, ya que la conciencia es a la vez objetivo y metodología de entrenamiento. Aunque los métodos activos se identifiquen con un proceso pedagógico centrado en el estudiante y puedan producir autonomía, pueden ser utilizados como métodos aislados, dentro de la lógica utilitaria de la educación bancaria. Se concluye que la educación popular puede ser un analizador importante de las metodologías activas, consolidando su uso en los procesos formativos libertadores de los cursos de salud.

Palabras clave: Educación popular, Metodologías activas de ensino-aprendizaje, Educación en salud.

Recebido em 09/06/2013. Aprovado em 30/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0500

Educação popular e nutrição social:
considerações teóricas sobre um diálogo possível

Pedro José Santos Carneiro Cruz[a]
José Francisco de Melo Neto[b]

Cruz PJSC, Melo Neto JF. Popular education and social nutrition: theoretical considerations on a possible dialogue. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1365-1376.

In the health sector, the Popular Education has historically unveiled relevant theoretical and methodological perspectives in the search for new horizons for education of professionals, among which also include nutritionists. Pathways have been designed for a work in social nutrition committed to the concepts of Health Promotion and Food Safety and Nutrition, which add critical dimensions to the Social Nutrition, translated by its perception as committed to the role of nutrition science in popular communities and the nutritionist intervention in these spaces. Aiming to contribute to the improvement of the theoretical bases involved in this process, this essay aims to systematize the current challenges, possibilities and shortcomings of the encounter between Popular Education and Social Nutrition, with emphasis on their accomplishments in the scenarios of Family Health, and movements in around the Human Right to Adequate Food and Healthy in Brazil.

Keywords: Health Education; Nutrition Programs and Policies; Nutrition, Public Health; Food and Nutrition Education.

No setor saúde, a Educação Popular tem desvelado historicamente perspectivas teóricas e metodológicas relevantes na busca por novos horizontes para formação de profissionais, dentre os quais também se incluem os nutricionistas. Caminhos vêm sendo delineados para uma atuação comprometida com os conceitos da Promoção da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional, os quais agregam dimensões críticas à Nutrição Social, traduzidas pela percepção compromissada quanto ao papel da ciência da nutrição em comunidades populares e da intervenção do nutricionista nestes espaços. Tendo como objetivo contribuir no aprimoramento das bases teóricas intervenientes neste processo, o presente ensaio pretende sistematizar os atuais desafios, possibilidades e lacunas do encontro entre Educação Popular e Nutrição Social, com ênfase para suas realizações nos cenários da Saúde da Família, e dos movimentos em torno do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável no Brasil.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. Nutrição em Saúde Pública. Educação Alimentar e Nutricional.

[a] Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Campus I da UFPB, Jardim Cidade Universitária, S/N. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 58051-900. pedrojosecruzpb@yahoo.com.br.
[b] Departamento de Metodologia da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. meloneto01@yahoo.com.br.

Introdução

Nos últimos anos, diversos fatores vêm demandando mudanças na atuação profissional e na formação universitária de nutricionistas, seja em seus princípios éticos, nos aspectos políticos ou nas questões quanto às formas de atuar e participar, especialmente em contextos permeados pela exclusão social[1,2,3]. Contudo, as experiências de inserção de nutricionistas neste cenário passaram a revelar um anacronismo da formação tradicional diante dos desafios impostos pelas situações sociais cotidianamente vivenciadas pelo público protagonista deste nível de atenção[4,5,6,7]. Como demonstram diferentes estudos[5,8,9], problemas sociais como exclusão, fome, miséria, entre outros, demandavam modos de atuação distintos dos tradicionais, com ênfase na sensibilidade do profissional para compreender o problema da fome, da pobreza e seus condicionantes de forma ampliada (através da complexidade e da compreensão estrutural dos problemas sociais), crítica e humanizada, envolvendo também uma ação com ênfase social, cultural e educativa.

Nesse contexto, a Educação Popular vem constituindo um significativo componente inspirador para a formação e a atuação de nutricionistas no campo da Nutrição Social, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das ações de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Conforme ressaltam Cruz, Pereira e Vasconcelos[10], enquanto teoria da Educação[11,12,13], a Educação Popular traz um escopo de inspirações teóricas e tecnologias sociais relevantes capazes de oportunizar o desenvolvimento de profissionais com postura ética comprometida com ações de Promoção da Saúde e da Alimentação Saudável em caráter ampliado, orientadas, sobretudo pelo conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), o qual agrega dimensões críticas, sociais e políticas à compreensão do papel da ciência da nutrição em comunidades populares e da intervenção do nutricionista nestes espaços[14].

Todavia, percebe-se na literatura sobre Nutrição Social uma escassez de referências que coloquem estas iniciativas em análise crítica e promovam um aprofundamento teórico sobre este diálogo entre Educação Popular e Nutrição Social, o que revela, nestes campos, um desafio a ser enfrentado. Nesse sentido, o presente ensaio possui como objetivo central contribuir com este debate, estabelecendo algumas reflexões comprometidas com a expansão e qualificação crítica do debate em torno dos atuais desafios, possibilidades e lacunas do encontro entre as perspectivas teóricas da Educação Popular e da Nutrição Social.

Para tanto, iremos, em primeiro lugar, destacar breves entendimentos teóricos sobre estes dois conceitos, para depois situar encontros significativos decorridos entre as práticas de Educação Popular e as práticas de Nutrição Social. Em seguida, situaremos as atuais aproximações teóricas entre estes campos, ao tempo em que revelaremos também suas lacunas. Finalmente, apostando no arcabouço epistemológico da Educação Popular e nos avanços históricos de compromisso social da ciência da Nutrição, deveremos colocar em debate possibilidades para um maior aprofundamento acerca deste encontro, confluindo na perspectiva de refletir criticamente a prática da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) como possibilidade concreta de concretizar processos emancipatórios na atuação da Nutrição Social em contextos de exclusão social.

Desenvolvimento

Considerações metodológicas

Este artigo resulta de uma pesquisa original teórica, desenvolvida por ocasião de estudos provenientes da construção de tese de Doutoramento em Educação do autor principal, sob orientação do co-autor, construída na perspectiva qualitativa[15], a partir de inquietações e questões emergidas aos pesquisadores no seio de suas experiências no campo das práticas de Extensão Universitária em Educação Popular no setor saúde. Para desenvolvê-la, procedemos com pesquisa bibliográfica[15,16]. Segundo Gil[16], a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído

principalmente de livros e artigos científicos. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e se registrou a respeito do tema de pesquisa.

Tal técnica de pesquisa foi utilizada de modo a podermos considerar documentos oficiais de políticas públicas de saúde, proteção social, dentre outras, inseridas no campo da Nutrição Social. Também consideramos reflexões teóricas provindas de pesquisas teóricas e sistematizações de experiências em práticas de Educação Alimentar e Nutricional. Estas obras encontram-se citadas ao longo do artigo, conforme as normas da ABNT, e sua escolha deu-se de forma intencional, com critério de incluir aquelas que tivessem conteúdo articulado com os propósitos específicos deste ensaio.

Educação Popular e Nutrição Social: perspectivas teóricas

A Educação Popular nasce no início no século XX em meio ao cenário diverso das perspectivas críticas de pensar o fenômeno da Educação na América Latina e passa a ser melhor sistematizada, compreendida e aperfeiçoada a partir da década de 1950, a partir de sua processual realização nos processos de educação de jovens e adultos, bem como nos movimentos de cultura popular[13,17].

Esta perspectiva crítica foi construída a partir dos fundamentos teóricos erguidos pela obra de Marx e Engels[18], a qual conferiu bases filosóficas e teóricas significativas para se pensar a produção do conhecimento numa perspectiva dialética que tem como ponto de partida, necessariamente, o mundo concreto e suas contradições. Estando radicalmente inserida nas lutas contra opressão na América Latina e nos movimentos de cultura popular, aos poucos, a Educação Popular foi ganhando espaço em outros campos do conhecimento e em diferentes áreas profissionais, na medida em que subsidiava bases para se questionar a aplicação tradicional das ciências, reivindicando processos educativos que garantissem uma atuação da ciência comprometida com a geração de processos emancipatórios nos contextos de exclusão social onde se insere. Nesse sentido, a Educação Popular apresenta-se ainda nos dias de hoje como eminentemente necessária, constituindo um marco teórico e uma teoria do conhecimento de relevância singular para trabalhos sociais e ação de políticas públicas com perspectiva educativa libertária, democrática e participativa[19]. Para Calado[20], significa:

> [...] um processo formativo, protagonizado pela Classe Trabalhadora e seus aliados, continuamente alimentado pela utopia, em permanente construção de uma sociedade economicamente justa, socialmente solidária, politicamente igualitária, culturalmente diversa, dentro de um processo coerentemente marcado por práticas, procedimentos, dinâmicas, posturas correspondentes ao mesmo horizonte.

Cumpre destacar que a Educação Popular não é a única perspectiva teórica para uma educação libertadora. No entendimento de Paludo[21], ela faz parte do chamado Campo Democrático Popular (CDP), no qual atuam também perspectivas teóricas e filosóficas de relevância na educação como: a Teologia da Libertação; o Novo Sindicalismo; os Centros de Educação e Promoção Popular; o pensamento pedagógico socialista, cuja base está no materialismo histórico e materialismo dialético de autores como Marx, Lênin e Gramsci; as múltiplas experiências de movimentos sociais e populares ocorridas em toda a América Latina; além das experiências socialistas do Leste Europeu e aquelas de países latino-americanos como Nicarágua, Chile e Cuba.

Neste novo século, a Educação Popular permanece em diálogo com estas diferentes perspectivas, mas mantém sua importância singular no contexto vivenciado pela sociedade, pois ainda está em voga uma educação hegemônica excludente, autoritária, direcionada a reafirmar a sociedade como aí está.

Por sua vez, especialmente desde a década de 1930, a Nutrição Social vem se desenvolvendo no contexto das perspectivas de pensar e concretizar a ciência da Nutrição. Para Vasconcelos[22], na América Latina, a emergência da Nutrição decorre sob significativas contribuições dos estudos de Pedro Escudero, criador do Instituto Nacional de Nutrição em 1926, da Escola Nacional de Dietistas, em 1933, e do curso de médicos "dietólogos" da Universidade de Buenos Aires. Nestas experiências, diferentes brasileiros foram partícipes, dentre os quais se destacou o pernambucano Josué de Castro. De acordo com Vasconcelos[23], Escudero, Josué de Castro e seus colaboradores constituíram os pioneiros na promoção de estudos e intervenções de nutrição no campo social no Brasil, com maior

ênfase a partir da década de 1930, elaborando paulatinamente bases teóricas para se compreender questões alimentares e nutricionais, como a fome, de forma complexa e crítica.

Dessa maneira, em sua origem, a Nutrição Social estava atrelada às preocupações de médicos nutrólogos, particularmente com aspectos relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos pela população brasileira. Sob as bases deste grupo, configuraram-se espaços fundamentais da constituição da Nutrição Social como campo significativo no contexto das práticas da recém-criada profissão do nutricionista[24].

Nesse contexto, como afirma Boog[25], a Nutrição Social esteve fortemente vinculada aos programas de proteção dos trabalhadores e expressou-se através de iniciativas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) concretizadas em perspectivas de transmissão de informações, difusão de boas práticas e visitas domiciliares visando o acompanhamento de hábitos e atitudes visando uma alimentação "correta".

No contexto da Saúde Pública, a Nutrição Social dedicou-se, inicialmente, aos sistemáticos estudos sobre o problema da fome, suas repercussões e determinantes sociais, bem como as questões nutricionais relativas. A partir da década de 1950 e durante a década de 1960, muitos profissionais enfatizam suas ações a partir de programas de ajuda alimentar em políticas de assistencialismo como aquelas provenientes do USAID[(c)], onde se trazia alimentos estranhos à cultura brasileira, principalmente provindos dos Estados Unidos, de modo a inseri-los como doação em contextos de pobreza. Por sua vez, especialmente a partir dos anos 1970, a lógica desenvolvimentista e tecnicista governamental da Ditadura Militar influi no estabelecimento de ações de nutrição restritas à avaliação e diagnóstico alimentar e nutricional, bem como ao planejamento quanto às necessidades de abastecimento, produção e comercialização de alimentos, o que oportunizou o fortalecimento da perspectiva de Vigilância Alimentar e Nutricional, mas pouco afastou as possibilidades de trabalhar pedagogicamente e participativamente a questão alimentar e seus determinantes[24]. Para Boog[25], neste período decorre um "exílio" da EAN.

[(c)] United States Agency for Internacional Development.

A partir da década de 1980, a Nutrição Social respira novos ares graças a processos como os movimentos pela redemocratização, os movimentos e práticas populares de saúde, e a redescoberta do debate em torno da fome como questão social, atrelada a crescente discussão crítica em torno da Nutrição[26]. Nesse processo, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu fortalecimento através da criação e expansão do Programa Saúde da Família (atualmente compreendido como Estratégia Saúde da Família) na década de 1990 logrou êxito em demandar das políticas públicas de Alimentação e Nutrição trabalhos sociais com perspectivas diferenciadas daquelas consolidadas nas últimas décadas, especialmente no período pós-Josué de Castro.

Concomitantemente, o problema da fome no Brasil passou a ser cada vez mais compreendido como um fenômeno social, político, econômico e cultural, indo muito além da simples ausência de alimentos. Tal constatação demandou uma notável transformação na abordagem governamental a este problema, a partir do momento em que passaram a ser construídas novas perspectivas teóricas e outros conceitos orientadores de políticas e ações para o enfrentamento destas questões. Isto passou a ser vivenciado na prática com o advento do Governo Lula em 2003, no qual – dentre outras medidas – a criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome e do Programa Fome Zero demarcaram uma decisão assertiva do Governo Federal no sentido de inaugurar novas abordagens para

a implementação de políticas públicas nesta área. Dentre elas, o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) se sobressai[14], bem como o de Direito Humano a Alimentação Adequada e Saudável (DHAA). Com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), a SAN passou a ser entendida como fenômeno cujo enfrentamento não pode prescindir de caminhos como a intersetorialidade e o diálogo interdisciplinar. Assim, defini-se a SAN:

> A realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo por base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis[27].

Nessa perspectiva, hoje se compreende Nutrição Social através da ênfase nos aspectos social, cultural, religioso, econômico e político relativos à alimentação e como estes podem influenciar nutrição humana[5,9,28]. Nesta linha, são desenvolvidos projetos voltados para:

> [...] o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas e Programas que compõe as estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional, e a promoção da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA); A análise e a proposição de estratégias de implementação de ações de Alimentação e Nutrição em políticas, programas e serviços como, por exemplo, saúde, educação e assistência social; Ações de proposição, implementação e validação de estratégias e instrumentos de promoção da saúde e educação nutricional para diferentes grupos populacionais; além de informação, educação formal e continuada de profissionais de saúde[29].

A Nutrição Social configura um difuso campo de estudos e realizações, nos quais se desvelam estratégias de trabalhar o campo da Alimentação e Nutrição em interface com o cotidiano da vida e os determinantes sociais de saúde nas coletividades.

Educação Popular e Nutrição Social: avanços e lacunas

Como destaca Boog[25], historicamente as ações de Educação Alimentar e Nutricional pouco conseguiram auxiliar efetivamente o educador em nutrição a compreender em profundidade o fenômeno com o qual está lidando – alimentação humana. Corroborando com a referida autora, enfatizamos que a abordagem pedagógica em Educação Alimentar e Nutricional sempre esteve mais próxima da instrução, voltada a técnicas e procedimentos, em lugar do envolvimento dinâmico e compreensivo com a teia complexa e multifacetada da cultura humana.

Nessa direção, buscando cumprir o objetivo principal deste ensaio, procederemos com a explicitação dos encontros e diálogos existentes entre Educação Popular e as reflexões teóricas e as políticas de Nutrição Social, visando identificar de avanços e lacunas neste debate, sistematizando então algumas considerações e sugestões de desafios, na perspectiva de pensarmos caminhos para processos educacionais emancipatórios no contexto das práticas atuais de Nutrição Social.

Para tanto, cumpre destacar que, considerando os limites deste ensaio, deveremos nos ater a políticas públicas, consensos, relatórios e documentos construídos somente nos últimos anos, especialmente a partir de 2003. Assim, reforçamos nossa intenção em compor mais uma provocação ao debate e ao aprofundamento do tema do que um esgotamento de todas as possibilidades de reflexão possíveis.

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional[27] não contém menções explícitas a Educação Popular, mas chama atenção não mencionar tampouco a Educação, ou mesmo as práticas educativas. Aproximam-se destas perspectivas somente citações a: a) *a participação cidadã plena*, através da realização destes direitos (SAN e DHAA) constituir um conjunto de condições necessárias e essenciais para que todos os seres humanos, de forma igualitária e sem nenhum tipo de discriminação, existam, desenvolvam suas capacidades e participem plenamente e dignamente da vida em sociedade; b) a importância da *participação social* na formulação, execução, acompanhamento, monitoramento e controle das políticas e dos planos de segurança alimentar e nutricional em todas as esferas do governo; e c) a inclusão, dentre os princípios da Lei, da *preservação da autonomia* e respeito à dignidade das pessoas[30].

No mesmo documento, destaca-se a inclusão da educação nutricional no contexto dos elementos da SAN nas políticas de reforma agrágria, mas restringindo a mesma a capacitação para práticas pessoais saudáveis, textualmente indicando "ações de Educação Alimentar e Nutricional com vistas à melhoria dos hábitos alimentares, dos padrões de higiene e do aproveitamento dos alimentos pelas famílias assentadas"[30]. Todavia, exceção se faz presente nas reflexões sobre a inserção da EAN no cenário escolar, onde se enfatiza o significado da mesma como elemento articulador de diferentes setores na mobilização de ações sociais e formativas, especialmente saúde e educação. Ressalta-se a presença de principios caros à Educação Popular, da seguinte forma:

> [...] devem ser pautadas na perspectiva dos direitos humanos e da cidadania, sob valores éticos e de eqüidade, reforçando, assim, a autonomia social, política e econômica da população atendida. Para tal, é fundamental que haja participação social, transparência decisória e conhecimento, por parte da população, das ações desenvolvidas em todas as etapas do processo de planejamento[30].

Ainda nessa direção, o documento ressalta[30] que as ações de promoção de saúde e de uma alimentação saudável envolvem também o fortalecimento político dos diferentes grupos para que possam pressionar pela garantia de todos esses direitos: acesso ao alimento e a uma alimentação saudável, acesso à informação, à atenção em saúde, aos bens e serviços públicos essenciais[31].

Ao apresentar um balanço da implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) contextualizando as ações no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), Recine e Vasconcellos[32] referem-se à perspectiva educativa indicando que apenas ações de educação em saúde não são suficientes para o alcance do impacto necessário na promoção da alimentação saudável, pois necessita-se de estratégias como o Guia alimentar da população brasileira, que sistematiza e demarca pontos regulatórios e elementares quanto aos horizontes onde se quer chegar na promoção da SAN e da alimentação saudável.

De arcordo com Oliveira[33], a Educação Alimentar e Nutricional é prevista na Estratégia Fome Zero como ação estruturante, de tal sorte que a mesma configurou-se institucionalmente no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) tendo como perspectiva a promoção da segurança alimentar e nutricional. Dessa forma, a Coordenação responsável pelo desenvolvimento de ações educativas nesse Ministério promoveu importantes recomendações e estratégias como base para o desenvolvimento de ações educativas em Alimentação e Nutrição tanto para o governo como para a sociedade civil. Dentre essas recomendações, destaca-se a importância de que as ações educativas sejam desenvolvidas no sentido de promover a autonomia dos indivíduos, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, respeitando as culturas alimentares e valorizando a história alimentar e a diversidade regional, ao mesmo tempo em que reconheçam os saberes populares e fomentem a biodiversidade local.

Nos últimos anos, alguns marcos são representativos do avanço no debate sobre a dimensão educativa nas práticas da Nutrição Social. Um exemplo disto está na nova edição da PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição[34]. Dentre seus princípios, destacam-se elementos como: a Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; o respeito à diversidade e à cultura alimentar; o fortalecimento da autonomia dos indivíduos; a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da Alimentação e Nutrição; segurança alimentar e nutricional com soberania.

Em 2012, a criação do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional nas Políticas Públicas, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional), constituiu um avanço significativo na delimitação de caminhos para uma educação crítica no contexto das ações de SAN e DHAA. O Marco de Referência tem o objetivo de promover um campo comum de reflexão e orientação da prática, no conjunto de iniciativas de Educação Alimentar e Nutricional que tenham origem, principalmente, na ação pública, e que contemple os diversos setores vinculados ao processo de produção, distribuição, abastecimento e consumo de alimentos[35].

No que diz respeito à literatura e os principais estudos empreendidos no campo da Nutrição na perspectiva da Saúde Pública e da Segurança Alimentar e Nutricional, pode-se identificar diálogos com a Educação Popular, dentre os quais se destacam principalmente os trabalhos de Maria Cristina Faber Boog, a qual vem consolidando o campo da Educação Alimentar e Nutricional com sistematizações precisas, com caracterizações históricas do processo de constituição da EAN, e apontando desafios para esta prática. Neste quesito, a autora aponta uma educação crítica como caminho fundante. Numa de suas obras, a autora sugere que

> [...] a leitura da extensa obra de Paulo Freire seja a referência básica para a formação dos educadores em nutrição. Ninguém como ele conseguiu tão bem discutir as possibilidades e os limites da educação formal e informal, a natureza da educação como ato político, as características e o potencial da dialogicidade para a construção da autonomia, a educação como caminho para a libertação das condições sociais de opressão, focalizando a educação como via para a transformação da situação concreta de existência a fim de que se possa desfrutar de uma vida digna, na qual se inclua, entre outras condições, a segurança alimentar e nutricional[9].

Nessa perspectiva, vale destacar o protagonismo da obra de Boog no sentido de provocar o adensamento da reflexão crítica em torno das ações de Educação Alimentar e Nutricional, particularmente aquea que as conduzam em trilhas libertadoras. Conforme ressalta a autora, a atuação dos nutricionistas neste campo ainda é dominada

> [...] pelo empirismo e por um certo idealismo que pode levar a um fazer que não se dá conta das intencionalidades subjacentes à abordagem empregada nas ações educativas. É preciso acordar para o fato de que o processo social da educação existe sempre, e que a recusa em fazê-lo sistematicamente, apenas abre um espaço maior para que ele aconteça de forma espontânea, ou, pior do que isso, intencional, porém através de iniciativas que partem exclusivamente das indústrias de alimentos, as quais, através da mídia e hoje, até mesmo das escolas, desenvolvem programas de "educação" nutricional[25].

Influenciadas por estas perspectivas, ou com base em experiências exitosas, no debate atual em torno da Nutrição Social, vem se demarcando um discurso em torno da Educação Alimentar e Nutricional "transformadora" e dialógica, assumindo uma perspectiva "problematizadora", com vistas a ultrapassar uma visão puramente instrumental e instrucional da educação e passar a considerá-la como uma forma de realização da pessoa[36]. De acordo com a autora citada, percebe-se nos documentos, orientações e estabelecimentos oficiais uma clara intencionalidade de articular, do ponto de vista teórico-metodológico, a Educação Alimentar e Nutricional a uma perspectiva da educação cunhada no pensamento de Paulo Freire, com ênfase na dialogicidade e na autonomia do sujeito. Nesta direção, ainda mescla-se algumas contribuições da pedagogia construtivista. Assim, os discursos recorrem ao enfoque da problematização contrapondo aos métodos tradicionais baseados nas técnicas expositivas, a fim de promover uma prática reflexiva dos sujeitos sobre si e sobre as questões pertinentes às suas práticas alimentares.

Nessa direção, Conti[37] defende que

> [...] a existência de leis não significa que elas [as políticas públicas de SAN] estejam sendo efetivadas nos diferentes espaços. Por isso, ao mesmo tempo em que se avança no arcabouço legal é preciso continuar avançando no fortalecimento das organizações e movimentos sociais populares, que são instrumentos de mobilização e pressão política importantíssima pela realização e efetivação do DHAA, sem os quais esta efetivação tende a se tornar lenta, burocrática e enfocada, sem força de efetividade universal.

Por sua vez, Ferreira e Magalhães[7] apontam a Educação Popular entre uma série de questões articuladas na proposta de Promoção da Saúde como um caminho promissor para o campo da Alimentação e Nutrição: "[...] capacitação dos indivíduos; parcerias nas ações; intersetorialidade

de órgãos públicos e privados; reforço à ação comunitária; educação popular; cidadania; ética pública [...]". Seguindo esta direção, no âmbito das ações direcionadas à capacitação dos indivíduos, Ferreira e Magalhães[7] destacam o propósito de garantir condições para que a população possa exercer sua autonomia decisória, optando por escolhas alimentares mais saudáveis. Nesse aspecto, a EAN assume um papel fundamental para o exercício e fortalecimento da cidadania alimentar. A prática do nutricionista assume o desafio de promover uma educação nutricional eficaz, com ações que promovam mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos e de suas famílias.

Educação Popular e Nutrição Social: possibilidades e desafios

Até aqui, buscamos traçar um breve painel sobre o contexto histórico de movimentos de encontro entre a perspectiva da Educação Popular e as ações de Nutrição Social, assim como também nos debruçamos sobre a presença de conceitos teóricos e dimensões políticas da Educação Popular em documentos oficiais e reflexões acadêmicas sobre a Nutrição num conceito ampliado no cenário da Promoção da Saúde.

Diante do exposto, podemos delinear algumas considerações, as quais se configuram muito mais como reflexões teóricas e desafios revelados como convites para a continuidade e o aprofundamento deste debate.

Em primeiro lugar, cumpre destacar que a ausência preponderante de aprofundamentos sobre a dimensão educativa da Nutrição Social nos documentos e políticas públicas oficiais pesquisados demonstra a ausência de centralidade no debate sobre a Educação Alimentar e Nutricional neste âmbito, e revela uma falta de sincronicidade entre os propósitos transformadores expressos nestas políticas (como a SAN e o DHAA) e a educação como um caminho capaz de contribuir para sua efetividade. Ao contrário do que possa parecer, isso não se deve a uma falta de experiências educativas neste campo. O que se torna fundamental, então, é expandir e aprofundar a capacidade de sistematizar as experiências de Educação Alimentar e Nutricional em SAN e DHAA, bem como qualificar a interlocução do apoio dos agentes públicos a estas realizações.

Nessa direção, chama atenção também a timidez deste debate no campo acadêmico. É necessário dar continuidade e aprofundamento às bases teóricas fundamentais semeadas por Boog desde a década de 1990 até os dias de hoje.

Não obstante, cumpre destacar que será pouco empreender apenas reflexões sobre a Educação Alimentar e Nutricional como um todo. O contexto atual de exclusão social e permanente de modelos de desenvolvimento excludentes recomendam ser necessário pensar a Nutrição Social com processos educacionais fundamentalmente emancipatórios. A falta de estudos capazes de associar este campo ao da Educação Popular, de maneira explítica, evidencia o quanto a discussão em torno de uma Educação Alimentar e Nutricional persiste em segundo plano.

Não que avaliemos ser a Educação Popular a única saída crítica ao quadro sombrio que campeia o contexto social atual. Como afirmamos anteriormente, há outras perspectivas educacionais articuladas ao Campo Democrático Popular. Contudo, a permanente expansão e fortalecimento de experiências de Educação Popular em Saúde coloca esta vertente como uma das mais centrais no cenário atual de elaboração de iniciativas e reflexões educativas no campo social. Haja vista, inclusive, o recente processo de institucionalização desta perspectiva nas políticas públicas de saúde com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde[(d),4].

[(d)] Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2012 e coordenada, em seu processo de criação e desenvolvimento, pelo Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

A teoria da Educação inspirada pela Educação Popular, conforme sistematizada por Paulo Freire[11], ensina que as questões éticas, filosóficas e metodológicas concernentes à Educação Popular não se reservam apenas à análise das práticas, ações ou momentos educativos, mas transbordam estes na perspectiva de gerar olhares, críticas e novos direcionamentos para o conjunto das ações, para a perspectiva da ciencia, para sua relação com a sociedade, para seu papel, seu compromisso. Nesse sentido, corroborando com a perspectiva teórica fundamentada por Pinto[38]:

> A ciência só pode tornar-se um instrumento de libertação do homem e do mundo nacional se for compreendida por uma teoria filosófica que a explique como atividade do ser humano pensante e revele o pleno significado da atitude de indagação em face da realidade natural e social.

Na perspectiva da Educação Popular, não basta pensar as dimensões educativas nos momentos de relação entre científico e popular ou nos momentos de capacitação ou na ação comunitária, mas o que há de educativo e político em todas as dimensões de análise da Nutrição Social. Aprofundando esta reflexão, na esteira da obra de Pinto[38], a Educação pode constituir um elemento potencializador da capacidade de questionamento da ciência e do homem diante do mundo e sua realidade. Como ressalta este autor, "para quem trabalha e para produzir o quê, ou seja, está ele a serviço dos propósitos humanos ou como instrumento de alienação do homem?".

Em nossa análise, percebemos ainda persistir um obstáculo significativo para se alcançar este horizonte, o qual, na acepção de Santos[36], consiste na existência de um hiato entre as formulações das políticas e as ações desenvolvidas no âmbito local. Para a autora, permanece certa distância entre discursos e práticas em torno das ações educativas. Conclui que a Educação Alimentar e Nutricional é menos um instrumento do que um dispositivo de ações conjugadas que devem envolver diferentes setores e disciplinas, entretanto, demanda investimentos na formação profissional e na produção de conhecimento no campo.

Destacamos, assim, que uma contribuição fundante no diálogo entre Educação Popular e Nutrição Social consistiria em aprimorar a Educação Alimentar e Nutricional numa prática fundamentalmente popular, na acepção sistematizada por Melo Neto[12]. Para o autor, ser popular é tornar-se expressão de uma metodologia, mas só terá significado quando expressar uma visão de mundo em mudança, contendo em suas ações a dimensão de propor saídas para as situações de miséria vividas pelo povo. Assim, expressa jeitos de fazer e iniciativas definidoras de um novo tecido social embasado em outros valores e objetivos. A metodologia que confirma algo como popular tem o sentido de promover o diálogo entre os partícipes das ações. Sobretudo, deve ser contributiva ao processo de se exercer a cidadania crítica.

De acordo com Melo Neto[12], outra dimensão do popular se expressa quando a ação tem origem nos esforços, no trabalho do povo, das maiorias (classes), dos que vivem e viverão do trabalho. Mas a origem apenas não basta. Ser popular é ter clareza de que há um papel político nessa definição. Essa dimensão política deve estar voltada à defesa dos interesses das maiorias, ou seja, as classes populares. Nesse sentido, para o referido autor:

> Ser popular é tentar alternativas. É estar realizando o possível, mas que, ao se realizar, abre, contraditoriamente, novas possibilidades de utopias, cuja negação trará os elementos já efetivados e tentativas de novas realizações. Isto só ocorre, contudo, quando da sua realização mesma, caminhando para aquilo que, efetivamente, é o necessário. A utopia da democracia tem um valor permanente e deve ser vivida sem qualquer entrave. Precisamente, nos espaços da realização e da não-realização, estão as suas contradições e suas dificuldades maiores. Entretanto, não podem trans-formar-se em agentes impeditivos da intransigente e radical busca por novas concretizações de sonhos de liberdade e de felicidade[12].

Nesse sentido, embora haja uma preocupação crescente em relação às bases teórico-metodológicas que regem as ações educativas em Nutrição Social, há ainda pouca explicitação teórica e elaboração metodológica sobre a educação como um elemento potencializador da conscientização e formação

necessária para a atuação cidadã na perspectiva da autonomia, da participação e da emancipação humana em Nutrição Social[36]. Muitos documentos enfatizam onde se quer chegar, mas são timidos em acreditar na educação como caminho, ou mesmo como elemento gerador de reflexões, saberes e práticas que remem neste sentido.

Algumas considerações

Muitos autores e obras têm avançado no sentido de delinear possibilidades educativas capazes de concretizar as intenções expressas nos conceitos de SAN e no marco do DHAA. Contudo, avaliamos ser necessário, no atual contexto de exclusão social, dedicar mais estudos e reflexões críticas na perspectiva da promoção de processos emancipatórios nas iniciativas de Educação Alimentar e Nutricional, o que deverá corroborar não apenas para novos horizontes para a ação do nutricionista, ou mesmo na melhoria do estado de SAN das comunidades, mas para a ressignificação efetiva da Nutrição Social.

Acreditamos que a Nutrição Social precisa caminhar no sentido de refletir intensamente sobre seu compromisso social e seu significado no enfrentamento obstinado e cotidiano das condições objetivas de opressão, injustiça e desumanização às quais está exposta parte significativa da população brasileira.

Com o presente ensaio, esperamos ter mantido aceso o debate em torno dos esforços sinceros e fundamentais que muitos autores já vêm mantendo no aprimoramento de possibilidades para a Educação Alimentar e Nutricional. Apresentamos, por outro lado, a possibilidade de interlocução da Educação Popular com a Nutrição Social como constituinte fundamental da efetivação de práticas transformadoras da Educação Alimentar e Nutricional. Com isso, avaliamos como premente a necessidade de se evidenciar explicitamente o caráter popular da prática educativa em Alimentação e Nutrição no sentido de revelar as dimensões multifacetadas da Nutrição Social e as possibilidades de se vislumbrar, mesmo que em exercícios e lances, uma Educação Alimentar e Nutricional emancipatória, encharcada de categorias como: diálogo, criticidade, participação, amorosidade e compromisso social popular.

Referências

1. Recine E, Gomes RCF, Fagundes AA, Pinheiro ARO, Teixeira BA, Susa JS et al. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. Rev Nutr. 2012;25(1):21-33. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732012000100003

2. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. Ciênc Saúde. 2008;1(1):33-42.

3. Motta DG, Oliveira MRM, Boog MCF. A formação universitária em nutrição. Pro-Posições (Campinas). 2003;14(1):69-86.

4. Burlandy L. Atuação do nutricionista em saúde coletiva. [S.l., s.n.].; 2005. [Mimeografado]

5. Santos AC. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. Fam Saúde Desenv. 2005;7(3):257-65.

6. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr. 2002;15(3):255-66. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732002000300001

7. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cad Saúde Pública. 2007;23(7):1674-681. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700019

8. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(12):3289-300. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200014

9. Boog MCF. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. Saúde Rev. 2004;6(13):17-23.

10. Cruz PJSC, Pereira IDF, Vasconcelos ACCP. Educação popular e a promoção da segurança alimentar e nutricional em comunidades: desafios com base em uma experiência de extensão. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011.

11. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

12. Melo Neto JF. Extensão universitária: autogestão e educação popular. João Pessoa: Editora UFPB; 2004.

13. Gadotti M, Torres CA. Educação popular: utopia latino-americana. São Paulo: Cortez; 1994.

14. Vasconcelos ACCP, Pereira IDF, Cruz PJSC. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa-Paraíba. Rev APS. 2008;11(3):334-40.

15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

16. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002.

17. Lander E. Marxismo, eurocentrismo, colonialismo. In: Borón A, Amadeo J, González S, organizadores. La teoría marxista hoy. Problemas y perspectivas. Buenos Aires: CLACSO; 2006.

18. Marx K, Engels F. A ideologia alemã. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 1996.

19. Brandão CR. A Educação Popular na escola cidadã. Petrópolis: Vozes; 2002.

20. Calado AJFC. Educação popular como processo humanizador: quais protagonistas? In: Lins LT, Oliveira VLB, organizadores. Educação popular e movimentos sociais: aspectos multidimensionais na construção do saber. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2008.

21. Paludo C. Educação Popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2001.

22. Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. Rev Nutr. 2002;15(2):127-38. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732002000200001

23. Vasconcelos FAG. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(11):2710-7. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100027

24. Vasconcelos FAG, Batista Filho M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(1):81-90. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100012

25. Boog MCF. Educação nutricional: passado, presente, futuro. Rev Nutr. 1997;10(1):5-19.

26. Valente FL. Fome e desnutrição: determinantes sociais. São Paulo: Cortez; 1986.

27. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 set. 2006.

28. Vasconcelos FAG. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. Rev Nutr. 2010;23(6):935-45. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000600001

29. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Nutrição. Nutrição social. 2010 [acesso em 27 maio 2013]. Disponível em: http://fs.unb.br/nutricaohumana/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=55. Acessado em 27 mai 2013.

30. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e diretrizes de uma Política de SAN. Brasília, DF: Positiva; 2004.

31. Associação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: Associação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos; 2010.

32. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(1):73-9. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100011

33. Oliveira SI, Oliveira KS. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. Psicol USP. 2008;19(4):495-504. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000400008

34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

35. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012.

36. Santos LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(2):453-62. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200029

37. Conti IL. Segurança alimentar e nutricional: noções básicas. Passo Fundo: IFIBE; 2009.

38. Pinto AV. Ciência e existência: problemas filosóficos da pesquisa científica. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1979.

39. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. Rev Nutrição. 2006;19(4):413-24. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732006000400001

40. Amorim STP, Moreira H, Carraro TE. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. Rev Nutrição. 2001;14(2):111-8. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732001000200004

Cruz PJSC, Melo Neto JF. Educación popular y nutrición social: consideraciones teóricas sobre un diálogo posible. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1365-1376.

En el sector de la salud, la Educación Popular ha dado a conocer perspectivas teóricas y metodológicas históricamente relevantes en la búsqueda de nuevos horizontes para la educación de profesionales, entre los que se incluyen también nutricionistas. Los caminos han sido diseñados para un rendimiento comprometido con conceptos de Promoción de la Salud, Seguridad Alimentaria y Nutrición, que se suman a las dimensiones críticas de Nutrición Social, traducido por una percepción comprometida acerca de nutrición en comunidades populares. Con el objetivo de contribuir con la mejoría de los fundamentos teóricos que intervienen en este proceso, el presente ensayo tiene como objetivo sistematizar desafíos actuales, posibilidades y limitaciones de encuentro entre Educación Popular y Nutrición Social, con énfasis en sus logros en los escenarios de la salud de la familia, y los movimientos por el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada y Saludable en Brasil.

Palabras clave: Educación en Salud. Programas y Políticas de Nutrición y Alimentación. Nutrición en Salud Pública. Educación Alimentaria y Nutricional.

Recebido em 08/06/2013. Aprovado em 30/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0499

Educação popular e controle social em saúde do trabalhador:

desafios com base em uma experiência

Dailton Alencar Lucas de Lacerda[a]
Pedro José Santos Carneiro Cruz[b]
Maria da Graça Luderitz Hoefel[c]
Iris do Céu Clara Costa[d]
Andreia Marinho Barbosa[e]
Islany Costa Alencar[f]
Rodrigo Mendes Silva Luna[g]

Lacerda DAL, Cruz PJSC, Hoefel MGL, Costa ICC, Barbosa AM, Alencar IC, Luna RMSL. Popular education and social control in worker health: challenges based on experience. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1377-1388.

The Occupational Health (OH) refers to a field of knowledge that comprises the relationships between work and the health-disease process in order to articulate a body of interdisciplinary practices. In the context of the possibilities to conduct the OH with the amplitude that requires this concept, different initiatives of Popular Education in Health are articulated with demands of Social Control in Health, allowing new approaches to configure the active and critical training of health workers and social movements the mosaic of policies OH. This article seeks to reflect on these possibilities from the Extension Project "Parallel Lives". The systematization of the experience concluded that dialogue strategies, political-social organization and exchange of life experiences present themselves as significant scenario in sharing the worker's culture between themselves, providing opportunities for collective growth and better quality of life.

Keywords: Occupational Health. Popular Education. Social Control.

A Saúde do Trabalhador (ST) refere-se a um campo do saber que compreende as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença de modo articulado a um corpo de práticas teóricas interdisciplinares. No contexto das possibilidades para se efetivar a ST na amplitude que exige este conceito, diferentes iniciativas de Educação Popular em Saúde se articulam com demandas do Controle Social em Saúde, permitindo novas abordagens para configurar a formação crítica e ativa de trabalhadores de saúde e movimentos sociais no mosaico das políticas de ST. Este artigo busca refletir sobre essas possibilidades a partir do Projeto de Extensão "Vidas Paralelas". A sistematização da experiência permitiu concluir que estratégias de diálogo, organização político-social e troca de experiências de vida se apresentam como cenário significativo no compartilhamento de cultura e saúde do trabalhador, oportunizando crescimento coletivo e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Educação popular. Controle social.

[a] Departamento de Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Campus I da UFPB, Jardim Cidade Universitária, S/N. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 58051-900. dailtonlacerda@gmail.com
[b] Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. pedrojosecruzpb@yahoo.com.br.
[c] Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal. gracahoefel@gmail.com
[d] Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. iris_odontoufrn@yahoo.com.br
[e] Estudante de Graduação em Nutrição na Universidade Federal da Paraíba. amb_yeshua@yahoo.com.br
[f] Nutricionista. lany_alencar@hotmail.com
[g] Psicólogo. rodrigoo_mendes@yahoo.com.br

Introdução

A Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico[1]. Portanto, compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e focados numa perspectiva comum[2].

No contexto das possibilidades e caminhos para se efetivar a Saúde do Trabalho, na amplitude que exige esta perspectiva conceitual, diferentes iniciativas de Educação Popular em Saúde se articulam com demandas do Controle Social em Saúde, o que vem permitindo a constituição de novas abordagens, metodologias e possibilidades de configurar a formação de trabalhadores de saúde e movimentos sociais no sentido da participação popular crítica e ativa no mosaico das políticas de atenção à saúde do trabalhador.

Vasconcelos[3] define ainda Educação Popular como:

> Um modo comprometido e participativo de conduzir o trabalho educativo orientado pela perspectiva de realização de todos os direitos do povo, ou seja, dos excluídos e dos que vivem ou viverão do trabalho, bem como dos seus parceiros e aliados. Nela investem os que creem na força transformadora das palavras e dos gestos, não só na vida dos indivíduos, mas na organização global da sociedade.

A Educação Popular (EP) já se constitui vinculada à vida universitária, como inspiração de muitas práticas sociais que estudantes, professores e intelectuais mais inquietos têm tentado implementar em seus espaços de trabalho, a partir de rodas de conversas e interações no âmbito familiar ou social. Além disso, a renovação das políticas sociais passa a exigir um novo tipo de profissional mais habilitado para a relação aos interesses e à lógica popular[4].

Nesse sentido, participar dos projetos de extensão orientados pela EP passa a ser visto não apenas como militância política, mas também como maneira de preparar melhor os profissionais em formação para o mercado de trabalho[5,6].

Como ressalta a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS), é imprescindível apoiar um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da participação social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o que permitiria maior eficácia, eficiência e efetividade por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a ouvidoria, a auditoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde[7].

Visando desenvolver dispositivos pedagógicos direcionados à qualificação do protagonismo dos próprios trabalhadores neste campo do saber, o Projeto de Extensão "Vidas Paralelas" (PVP) constitui uma proposta de ação nacional para a qualificação do controle social em saúde do trabalhador. Originou-se como uma estratégia compartilhada dos Ministérios da Cultura e Saúde, Universidade de Brasília e Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST), entre as áreas de saúde e cultura do trabalhador brasileiro, tendo apoio das centrais sindicais do Brasil.

A criação de Redes de Apoio em cada estado promove esta interação, a qual viabiliza o processo de implementação do projeto a partir do apoio às atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e trabalhadoras em todo o Brasil.

No Estado da Paraíba, é desenvolvido desde 2008, como ação de extensão universitária do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com apoio do Programa de Educação Popular em Saúde (PROGEPS) e da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC).

Atualmente, o Programa de Educação Popular e Saúde do Trabalhador (PEPST) abrange todos os projetos de extensão universitária que tem como foco a Saúde do Trabalhador. Entre eles, destacam-se o Projeto de Educação Popular e Atenção a Saúde do Trabalhador (PEPAST) e o Projeto Vidas

Paralelas – Paraíba (PVP-PB) que se identificam como proposta de fortalecimento dessa rede, articulando estudantes, trabalhadores e entidades sociais na construção e ampliação de espaços de discussão acerca da cultura, participação e controle social, no campo da saúde do trabalhador.

Como Projeto, o PVP procura facilitar um encontro transformador entre os sujeitos sociais do mundo do trabalho, seus movimentos, sindicatos e organizações populares/comunitárias, a partir de uma análise crítica desta realidade considerando seu próprio olhar, para que assim se construa uma rede qualificada de sujeitos conscientes dos seus direitos e pró-ativos na busca pela efetivação dos mesmos.

Procurando abordar e difundir a prática e vivência cotidiana de trabalhadores, o projeto reúne sujeitos representantes dos setores formal e informal, no seu ambiente laboral e na sua inserção social e cultural, com enfoque na saúde em suas diferentes dimensões: individual, coletiva, do ambiente e condições de trabalho de diferentes categorias de trabalhadores. Sendo sua ênfase marcada nas estratégias de diálogo, organização político-social e troca de experiências de vida entre os diversos trabalhadores participantes.

A inserção de estudantes universitários de diversas áreas[h] desenha a intersetorialidade do campo da saúde do trabalhador no processo. A interação destes com os trabalhadores envolvidos no PVP cumpre o papel de inserir na formação estudantil vivências com foco no mundo do trabalho segundo o olhar do próprio trabalhador, contribuindo para qualificar não apenas tecnicamente, mas na perspectiva política do compromisso social, os futuros profissionais que atuarão nesse campo.

[h] Saúde, educação, assistência e seguridade social, emprego, direito do trabalho, comportamento humano, cultura, comunicação social, dentre outras.

Desenvolvimento

Percurso metodológico

Este estudo resultou de pesquisa qualitativa Minayo[8]. Para seu desenvolvimento, utilizou da sistematização de experiência como principal estratégia metodológica para chegar aos objetivos almejados. A metodologia da sistematização de experiência foi empregada conforme os fundamentos estabelecidos por Holliday[9], e serviu para verificar as condições do contexto em que se desenvolveu a experiência, bem como as percepções, interpretações e intenções dos diferentes sujeitos que intervieram no processo e nos resultados esperados e inesperados que foram surgindo.

A estratégia central para apreensão de fontes de informações e dados para subsidiar a sistematização desta experiência e sua análise crítica consistiu da identificação dos significados dos sujeitos envolvidos na experiência, por meio de grupo focal, o qual foi realizado de acordo com a fundamentação de Minayo[8]. Esta técnica foi empreendida e registrada por meio de filmagem em câmera digital e de gravador de voz em MP4.

Participaram do grupo focal dez pessoas, cuja seleção foi intencional, de acordo com aqueles sujeitos presentes de modo mais ativo e participativo no processo de constituição da experiência. Na medida do possível, dentre o conjunto de atores com disponibilidade de comparecerem a reunião presencial,foi procedida amostragem de maneira a compor um grupo com diversidade de funções (estudantes, técnicos, professores e militantes de

movimento social). Para o grupo focal, o roteiro teve temáticas previamente organizadas de acordo com as hipóteses dos pesquisadores.

Como questão geradora, o grupo focal sugeriu uma reflexão geral a partir de dois eixos. O primeiro tratou dos caminhos, possibilidades e aprendizados significativos acumulados durante a experiência. Por sua vez, no segundo eixo, priorizaram-se os desafios percebidos, especialmente no que tange ao Controle Social em Saúde do Trabalhador.

Para efeito de análise, procedeu-se com a escuta da gravação e posterior transcrição textual. Em seguida, empreendeu-se análise de conteúdo, na perspectiva da Minayo[8], a partir da qual foram desveladas reflexões centrais para responder aos objetivos da pesquisa, os quais deverão ser levantados no decorrer no desenvolvimento deste ensaio.

A participação dos sujeitos da pesquisa foi assegurada com privacidade e preservação de suas identidades. Antes de proceder com a coleta das informações cedidas pelos sujeitos do estudo, o pesquisador explicou claramente os objetivos do estudo, expondo os instrumentos, entregando cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi lido e, de acordo com a posição dos sujeitos, assinado. Esta pesquisa encontra-se em consonância com os preceitos que regem a Portaria nº 196/96[10].

Descrição metodológica do Projeto de Extensão

A Educação Popular, na perspectiva de uma Educação Permanente em Saúde, apresenta-se como alternativa metodológica e fio condutor do PVP-PB nesse processo. A proposta do Projeto, ao longo dos anos, vem apresentando uma forma de cumprir o desafio que envolve a Educação Permanente em Saúde e a participação social no campo da saúde do trabalhador.

As ações desenvolvidas junto aos sujeitos envolvidos na Educação Popular em Saúde (EPS) no estado da Paraíba são diversificadas. Entre essas atividades, destacam-se as concentrações no campo mais teórico para dar o suporte necessário aos estudantes e trabalhadores e as práticas que possibilitam aos atores a concomitância da teoria e prática dialogada constantemente em nossos encontros e conhecimento da realidade dos trabalhadores, tanto no seu ambiente de trabalho, quanto nas ações que estes realizam em sua comunidade, problematizando e refletindo acerca de cada ação.

Participam do Projeto 24 trabalhadores, sendo 12 trabalhadores do setor formal e 12 do setor informal. A rede de apoio estadual do PVP envolve, em primeiro lugar, a UFPB, que ancora e coordena as ações de extensão do projeto com a participação de um professor e estudantes-tutores. A rede inclui ainda: representantes sindicais, que indicam e participam dos fóruns promovidos; pontos de cultura, que contribuem com as atividades dessa área; outras entidades que participam e se envolvem nas ações: Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CERESTs) e as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CISTs).

No projeto encontram-se inseridas várias categorias profissionais dos mais diversos setores produtivos. No segmento dos trabalhadores formais há profissionais como: agente comunitário de saúde (ACS), torneiro mecânico, secretária de setor administrativo universitário, assistente social, professora, guarda municipal, torneiro industrial, pedreiro, enquanto no setor dos trabalhadores informais há: contínuo, vigilante, dona de casa, artesão, apicultor, catadora de resíduos, fitoterapeuta, lavador de carros, dentre outros.

Atualmente, a condução do projeto se dá em cinco eixos: 1) oficinas de inclusão digital com os trabalhadores e participantes parceiros do projeto; 2) tutorias através de visitas domiciliares ou ao local laboral dos trabalhadores promovida pelos estudantes-tutores; 3) reuniões organizativas, teóricas e de avaliação do grupo com o objetivo de planejar ações e aprofundar a fundamentação teórica para o embasamento e sistematizado com vistas a melhoria dos resultados das ações; 4) vivências realizadas nos territórios de trabalho dos integrantes do projeto; e 5) fóruns, que são espaços ampliados para discussão e problematização das situações, tendo como fio condutor a EPS.

Inicialmente, nas oficinas de inclusão digital, cada trabalhador recebe (em comodato) um aparelho digital fotográfico onde passa a produzir e socializar diversos registros da sua vivência pessoal e do seu cotidiano, socializados nas reuniões do Projeto e em um espaço pessoal no blog (atualmente site

nacional) do projeto[i]. Assim, a base da participação dos trabalhadores se dá através do uso de mídias digitais audiovisuais. A temática principal é a saúde do trabalhador. Uma situação concreta ilustrada no dia a dia de cada trabalhador é escolhida para o debate. Posteriormente, após ser compartilhado com o grupo local no encontro, o material produzido por todos é postado no site nacional para ser compartilhado em rede por todo o país.

As oficinas, além de toda dinâmica já relatada anteriormente, acontecem de forma itinerante, tanto na UFPB, quanto em espaços de protagonismo social e de trabalho dos participantes. A universidade empresta seus laboratórios de mídias digitais, usados pelos trabalhadores apoiados pelos estudantes-tutores, para o acesso ao site nacional e a postagem do material produzido.

O trabalho dos estudantes-tutores se processa, além do apoio nos encontros das oficinas, em visitas de acompanhamento e assessoramento aos trabalhadores, realizadas tanto em suas comunidades quanto em seus locais de trabalho. As visitas são feitas em duplas. Esta foi uma iniciativa pioneira do estado da Paraíba, que propôs ao PVP nacional o envolvimento de estudantes-tutores no projeto e a sua qualificação para formação estudantil universitária na perspectiva do Controle Social em Saúde do Trabalhador, sob a orientação pedagógica da Educação Popular.

As reuniões organizativas são realizadas semanalmente e acontecem em "rodas de conversas", onde são seguidos os seguintes passos: 1) Informes (avisos); 2) Pautas (temas a serem discutidos); 3) Repasse das visitas; e 4) Encaminhamentos (a resolver).

As reuniões teóricas são mais direcionadas aos estudantes extensionistas do projeto. Este espaço é destinado à discussão de assuntos teóricos pertinentes a EPS que, sobretudo, venha dar um aprofundamento e uma orientação aos estudantes nas atividades realizadas no âmbito da extensão, ou seja, um embasamento teórico sobre suas práticas e os resultados esperados através do seguimento discutido.

As vivências são espaços que possibilitam compartilhar de saberes e visões de mundo entre trabalhador e estudante. São realizadas no próprio espaço de trabalho dos atores sociais, que integram PVP-PB, tendo como objetivo proporcionar e conhecer o processo de trabalho, como também vivenciar as relações sociais que surgem no mesmo, contribuindo para o conhecimento de todos os participantes (estudantes e trabalhadores), sobre diversas realidades, sejam elas zona urbana, litoral ou rural.

O Fórum Permanente de Educação Popular em Saúde oferece um espaço de debate para qualificação do controle social, pretendendo dar maior visibilidade às problemáticas enfrentadas e promover diálogos de saberes e práticas em torno da saúde. Surge de uma cooperação do PVP-PB com o PROGEPS, sendo este uma proposta de ação participativa, de construção política com foco na promoção da cidadania plena. Seus principais objetivos são articular uma rede de experiências inovadoras que possibilite o aprimoramento e o compartilhamento de experiências no campo da EPS.

Neste espaço, é debatida a atual realidade dos movimentos sociais, que defendem a saúde como um bem essencialmente social. O evento conta com a presença de sujeitos sociais como, organizações populares, representantes da gestão pública estadual e municipal, estudantes e professores universitários envolvidos na defesa de uma qualidade saúde mais integral e universal. Também participam trabalhadores do setor saúde, representantes dos projetos que compõem o PROGEPS da UFPB e outros parceiros, como outros movimentos sociais (religião afrodescendente, agentes culturais, etc.).

[i] Acesso através do endereço: http://www.cultura.gov.br/vidasparalelas/

Durante as reuniões pedagógicas, vivências, fóruns e outras atividades do projeto, a câmera digital sempre foi uma ferramenta utilizada para registrar as ações produzidas pelos trabalhadores participantes e pela equipe do projeto. As produções digitais ajudaram a enaltecer e divulgar as histórias de vida dos trabalhadores seja em fotografias, filmes, entrevistas ou depoimentos que fizeram parte de produções em eventos.

Desafios do Controle Social em Saúde do Trabalhador

Ao analisar as falas sobre os aprendizados e percepções acerca dos desafios mais prementes no contexto do Controle Social em Saúde do Trabalhador, algumas categorias se revelaram centrais.

Como primeira delas, foi significativa a menção à formação da população e dos profissionais de saúde. Em primeiro lugar, identificou-se que os profissionais de saúde das unidades de saúde da família nem sempre se apresentam capacitados ou têm sensibilidade para detectar as questões de saúde do trabalhador trazidas pelos usuários na ocasião do atendimento. Muitos trabalhadores de saúde não possuem formação, preparação ou sensibilidade para cuidar integralmente da Saúde do Trabalhador nos serviços, especialmente no Saúde da Família.

Nesse sentido, referiu-se que ainda é tímida a participação ativa e propositiva da população na gestão dos serviços de saúde e na qualificação da assistência. Dentre os motivos, acredita-se que o trabalhador ainda conhece pouco da organização dos serviços de saúde e das formas de participação na gestão do SUS.

Como alguns dos caminhos que julgaram importantes como enfrentamento destas situações-limite, destacaram de modo central a qualificação das iniciativas de formação da comunidade para sua participação ativa na saúde, de modo a conhecer seus direitos e saber o modo de exercê-los e cobrá-los, evitando as situações onde, muitas vezes, a mesma é subornada para calar sobre suas necessidades. Ademais, referiram ser fundamental reforçar a humanização na formação dos profissionais de saúde e demonstrar, desde a formação do profissional de saúde, o compromisso social que devem ter aqueles que se formaram em instituições públicas, com financiamento público. Ainda, sensibilizar e formar os trabalhadores de saúde para saber identificar e cuidar integralmente dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

Outra categoria fundamental foi a participação e o controle social em saúde do trabalhador. Neste sentido, destacou-se a reflexão que os espaços de controle social em saúde do trabalhador estão atrofiados, com muita teoria e pouca prática. São liderados por poucas e pelas mesmas pessoas. Ainda avaliaram que o povo, através de suas organizações, movimentos e práticas populares não participa ou "controla" a Saúde do Trabalhador por falta de compromisso dos gestores e de alguns conselheiros em criar espaços para sua participação efetiva.

Como um dos pontos limitantes que delineiam esta situação, compreendeu-se que a população está pouco organizada para impor uma cobrança geral sobre os principais problemas e situações em saúde. Ademais, avaliou-se que as Conferências estão sendo feitas para legitimar o que já existe no SUS. Deveriam existir para criar soluções efetivas e fazer funcionar o que é direito do cidadão.

Como alguns dos caminhos que julgaram importantes para superação destas questões, destacaram que é preciso investir em mais ações para disponibilizar informações à população sobre seus direitos, priorizando a sensibilização e a formação do cidadão para reivindicar seus direitos e cobrar o bom funcionamento dos serviços, com uma participação popular ativa, criativa e propositiva nos serviços de saúde. Para os sujeitos da pesquisa, é preciso revitalizar a mobilização em defesa da saúde com dignidade para as camadas populares, pois assim, independente de quem for o gestor, eles devem dar continuidade ao trabalho, pois vão ver que as pessoas sabem dos seus direitos.

Neste sentido, Crevelim e Peduzzi[11] afirmam algo expressivo quanto aos serviços de saúde, nos quais se reproduz o modelo de "pensar por", "planejar por", "decidir por", ao invés de "pensar com", "planejar com", "decidir com" o usuário e a população. Nisto parece residir o grande conflito entre trabalhadores e Conselhos, pois a população é convidada a participar, sobretudo para legitimar decisões técnicas já tomadas pela equipe.

Ainda julgou-se premente apoiar e reforçar as iniciativas de luta, mobilização e reivindicação da sociedade, especialmente dos trabalhadores e seus movimentos organizados. Como outra estratégia, reforçar o caráter de luta das Conferências, para que sejam espaços de criação de mecanismos e caminhos de qualificação da vida e saúde da população. Finalmente, apoiar os movimentos comunitários de formação de conselhos locais e instituir conselhos locais nos territórios onde há movimento e vocação para isso.

Jacobi[12] afirma que a participação efetiva baseia-se na cidadania e, principalmente, em uma vontade política dos governantes de abrir espaços onde se possa questionar a ordem estabelecida. Dessa forma, a concretização de instrumentos que viabilizem a prática da democracia participativa através de organizações representativas da sociedade civil se faz de extrema importância para a participação dos cidadãos nas decisões do Estado que afetam suas vidas nas questões de saúde.

Perspectivas e reflexões da Educação Popular para o Controle Social em Saúde do Trabalhador

Para além dos elementos emergidos nas reflexões acerca do Controle Social em Saúde do Trabalhador, destacaram-se elementos sobre os aprendizados que esta experiência de extensão gerou. De modo particular, elencaram-se metodologias através das quais a Educação Popular expressa caminhos para a constituição de tecnologias para formar cidadãos na perspectiva do Controle Social e na elaboração de enfrentamentos e lutas para uma efetiva conquista de uma Saúde do Trabalhador integral.

Nessa direção, cada vez mais o Projeto PVP procura estabelecer em suas ações extensionistas não apenas aquelas atividades que foram características do período de formação do projeto, ou seja, apenas envolver sujeitos da classe trabalhadora em processo de inclusão digital, formação de redes sociais e criação artística com o objetivo de desenvolver uma consciência crítica na referida classe sobre as questões de saúde, cultura e trabalho ligadas as suas próprias realidades, mas também estabelecer, uma relação com a realidade do trabalhador, enfocando as vivências em seus locais de trabalhos, em suas cidades, em todo o território paraibano que abarca o PVP.

Neste sentindo, fortaleceu-se a união de todos os participantes, trazendo o protagonismo dos trabalhadores como ponto alvo, estimulando a superação do comodismo presente na participação política de muitos deles, o que se realizou processualmente através do envolvimento prático em ações concretas de participação social.

Considerando a análise do contexto que cercou esta experiência, bem como das metodologias e formas de organização nela aplicadas, pode-se certamente ponderar o sucesso de sua empreitada, na medida em que os espaços pedagógicos criados conseguiram fortalecer a discussão em torno da participação popular em saúde do trabalho, além de qualificar as possibilidades de formação dos atores sociais que a empreendem, sobretudo aqueles que são parceiros dos movimentos e práticas populares de saúde.

Tal afirmação possui sustentação contundente ao se observar o nível crescente da participação quantitativa de sujeitos e organizações sociais populares nos espaços educativos proporcionados pelo Projeto, bem como o crescimento substancial no nível de participação dos mesmos, o que pode ser demonstrado por sua atuação incisiva na construção dos espaços, na definição organizacional e metodológica da condução dos encontros, na formulação de cartas e documentos oficiais revelando posicionamentos políticos, reivindicativos e estratégicos, e, sobretudo, na capacidade de intervenção de seus atores no contexto da saúde municipal, regional e estadual.

Assim, o conjunto de atividades promovidas pelo Projeto, tanto em seu eixo transversal como no vertical, oportunizou o crescimento e estabelecimento de um espaço estadual de interação, articulação e mobilização de atores, práticas e experiências populares de saúde e de Educação Popular em Saúde.

Outro espaço que tem sido potente na qualificação da rede comunicativa da experiência é o das oficinas de inclusão digital. Tem se revelado um espaço destinado aos trabalhadores na construção de sua rede social ampliada; a utilização do computador pelos sujeitos é também considerada uma importante ferramenta na atualidade. Tem sido útil tanto na maneira operacional de necessidade de fazer algum texto, como na de sistematizar suas experiências e levar para diversos espaços a difusão dos relatos que acontecem com suas vidas, registrados do seu dia-a-dia.

A realização dessas oficinas ajuda na conexão dos trabalhadores e em sua troca de conhecimentos. Buscando também trazer a sua participação ao site nacional do PVP, levando assim suas opiniões acerca de problemas que ocorrem no país e proporcionando maior acesso a informações e na comunicação com outros trabalhadores, aumentando ainda mais a interação dentro dessa rede.

É de extrema importância o resgate das suas opiniões, indagações e protestos que são feitos através do *site*, o qual se configura em algo mais do que uma ferramenta de comunicação em nível nacional: um amplo fórum de debate. Assim sendo, cabe um destaque à importância dessas oficinas, para realização social e profissional do trabalhador, o qual passa a observar o sentido da autonomia. Poder fazer uma ação e compartilhá-la com outras pessoas seus sentimentos, influencia a percepção quanto as possibilidades e caminhos concretos que surgem mediante seu protagonismo na efetivação política do controle social. Nessa direção, foi significativo o envolvimento de tecnologias de comunicação social, através de câmeras, o site nacional, o blog do PVP estadual, o processo para se fazer *login*, o modo de usar o site, a formação sobre como usar as imagens de modo político, educativo, propositivo, e transformador, através de diálogo e da articulação manual das próprias ferramentas disponíveis.

As visitas domiciliares, também conhecidas como tutorias, servem para a capacitação dos trabalhadores. As visitas são feitas no decorrer da semana pelos estudantes-tutores. Uma visita a cada 15 dias é realizada tanto em seu em sua residência como no local de trabalho. Outro objetivo que merece destaque nas visitas é o fato de colocar os estudantes-tutores em contato da realidade objetiva do trabalhador brasileiro. Outras experiências vão se apresentando no processo, como observações em outros espaços do cotidiano do trabalhador. Caso ilustrado pela visita a uma Unidade de Saúde da Família na área de abrangência onde o trabalhador reside, que desencadeou desdobramentos em outros níveis de atenção, como ida ao Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e o Distrito Sanitário da região circunscrita.

As visitas eram sistematizadas e acompanhadas por meio de: 1) registro escrito das atividades de tutoria aos trabalhadores, no qual são detalhados todos os acontecimentos da visita, público alvo, ações desenvolvidas, reflexões e impressões e os encaminhamentos; 2) repasse nas reuniões organizativas e de avaliação do projeto.

Nas reuniões organizativas, as atividades desenvolvidas ao longo da semana são avaliadas e planejadas. Nas reuniões avaliativas, as situações vivenciadas são problematizadas, refletidas e debatidas. Esse espaço aberto serve para que os estudantes exponham suas opiniões, reivindicações e contrapontos sobre aquilo que eles vivenciaram. É uma oportunidade para a troca de experiências, tanto preconizada no campo da educação popular.

A reunião teórica é o espaço para aprofundamento dos conceitos e temas que envolvem o campo da saúde do trabalhador e educação popular e saúde. Também são convidados debatedores com experiência nos temas para contribuírem nas discussões.

Outro ponto que cabe destacar foi a maior articulação do projeto com outras experiências e iniciativas através de vivências, as quais permitem conhecer outras realidades sociais e experiências concretas de participação social e educação popular em saúde. As vivências são realizadas em diversas comunidades ou municípios da Paraíba.

No município de Itaporanga-PB, onde reside o trabalhador/apicultor Francisco Carneiro (Tico), durante dois dias os trabalhadores e estudantes puderam conhecer a realidade daquela região do sertão da Paraíba e como é o processo de trabalho em apicultura daquela trabalhador em condições extremamente adversas. A partir dos locais visitados, buscou-se a reflexão sobre o trabalho no semiárido o estilo de vida dos agricultores e como conduzem seu trabalho. As visitas a sítios de agricultura familiar e os locais onde se cultivam a produção de mel (apicultura) e seus derivados gerou reflexões sobre os produtos naturais e o problema dos agrotóxicos, o que se observou ser uma questão também de controle social. Aprendeu-se que este conceito se refere não apenas à fiscalização das leis e políticas públicas, mas também a toda prática social que incida sobre malefícios à saúde pública.

Nesta interação entre trabalhadores de vários setores, há troca experiências enriquecendo mais ainda o debate sobre a saúde do trabalhador e EPS naquela realidade. Aspectos relacionados à vida

do sertanejo e às dificuldades, como a seca, o preconceito, a desvalorização dessa população, foram destaques nos debates. As questões agrárias e suas contradições também foram debatidas.

Algumas vivências ocorrem nos espaços de inserção laboral de cada trabalhador, como forma de valorizar as lutas de cada categoria, bem como ampliar a integração do grupo e as possibilidades de debate e reflexão, a partir da observação, em maiores detalhes, das peculiaridades de cada contexto de trabalho. Como exemplo disto, destacou-se a vivência na Casa do Artesão de João Pessoa. Lá foi apresentada para os estudantes e trabalhadores a realidade do trabalho dos artesãos no Estado da Paraíba. Foram mostradas suas formas de trabalho e como eles refletem os problemas deste setor. Nesse contexto a vivência foi conduzida pelo artesão Dimas, que trouxe efetivamente tudo o que estava acontecendo no seu local de trabalho.

A visita se colocou em uma roda de diálogos entre alguns artesãos da casa, onde eles apresentaram as suas indignações e tristezas em relação a todo descaso e desmerecimento dessa rede de trabalhadores.

No que se refere ao Fórum Permanente de Educação Popular em Saúde, observou-se um grande crescimento do debate acerca da Educação Popular, visto a ampliação dos debates e do número de participantes progredindo a cada fórum. Proporcionado aos participantes do Projeto um espaço público e aberto para a manifestação de seus pensamentos, críticas e propostas acerca da Saúde do Trabalhador, em interface com a Educação Popular.

A forma de organização aberta a todo o público conferiu ao Fórum a modalidade de um espaço de diálogos disponível a toda a sociedade paraibana, o que oportunizou aos integrantes do Projeto a interação com outras experiências e movimentos sociais na área de saúde, ao tempo em que também estimulou os sujeitos envolvidos a extrapolar os assuntos cotidianamente debatidos no Projeto Vidas Paralelas. Com o debate, problematizam práticas e saberes. Apontam estratégias para atingir os objetivos, e discutem assuntos que interesse de toda a sociedade, como política de saúde, entre outros.

O Fórum cumpriu o papel de socializar, com outros movimentos e setores sociais, os debates mantidos no Projeto. E, para além disso, esta abertura proporcionou a própria ampliação do debate interno do Projeto e a interação entre os sujeitos do projeto e outros importantes militantes sociais atuantes na Paraíba. Nesse processo, diferentes caminhadas, lutas e reinvindicações mantiveram encontros e foram descobrindo que, por mais diferentes que possam ser suas estradas na Educação Popular em Saúde, tinham pontos de encontro bastante significativos e que a união de suas forças, saberes e propostas poderia resultar em conquistas amplas.

Seguindo nesta perspectiva, este Projeto não se limitou a realização de seus empreendimentos no campo educativo, na medida em que promoveu ações de registro, sistematização e socialização dos conhecimentos nele apreendidos. Contribuindo com o debate teórico da Saúde do Trabalhador no SUS, com ênfase na participação social e na educação popular. Acreditando que as rodas de conversa, os fóruns ampliados, visitas e Vivências propiciarão interações e partilhas de sentimentos, os quais revelam outras perspectivas para a saúde do trabalhador.

Dentre os produtos deste trabalho, destaca-se um catálogo de fotos, vídeos e textos dos trabalhadores disposto em site eletrônico de repercussão nacional, servindo de matéria-prima para um acervo virtual disponível na internet. Além disto, pequenos vídeos e documentários têm sido construídos a partir de filmagens promovidas pelos próprios trabalhadores envolvidos no Projeto, cumprindo tanto fins didáticos, como de difusão de suas experiências e de instrumento de reivindicação social e popular.

Frequentemente, filmes envolvendo temas sobre o trabalho, saúde, cultura e sociedade têm sido sugeridos pela coordenação nacional e escolhidos pelos trabalhadores para serem coletivamente assistidos e, assim, poder nortear debates de questões atuais, enriquecendo ainda mais as rodas de conversa.

No contexto deste Projeto, a metodologia da Educação Popular também oportuniza a integração de atores sociais de diferentes grupos populares, sindicatos e experiências comunitárias, o que tem cumprido o papel significativo de constituir espaços sistemáticos de encontro transformador para problematização, debate e reflexão sobre a Saúde do Trabalhador no Estado da Paraíba, contribuindo na construção das políticas públicas.

Neste processo, as metodologias desenvolvidas lograram êxito em constituir bases para o fomento da participação ativa e crítica dos trabalhadores, configurando um Controle Social que se identifica menos com a formalidade dos conselhos e mais com a compreensão de Calado[13], segundo a qual implicam a opção de ousar construir uma saída alternativa à encruzilhada com que hoje se depara a Humanidade – entre os sinais cada vez mais graves de barbárie, característicos do Capitalismo em sua face/fase atual, reforçando ações e experiências, ainda que moleculares, de compromisso com a vida dos Humanos e do Planeta. Nessa perspectiva, os movimentos sociais assumem uma dimensão de luta. Na acepção de Lins[14], a luta do movimento é uma luta política, a qual contempla as etapas do movimento, seu fluxo e refluxo diante de um processo dinâmico e conflituoso. Assim, a luta está configurada na construção de ações de ordem política, educativa, cultural e científica orientadas por uma "Utopia em permanente construção de uma sociedade economicamente justa, socialmente solidária, politicamente igualitária, culturalmente diversa"[13].

Apesar das significativas limitações e insuficiências que se apresentam no decorrer desta experiência, acredita-se firmemente que a Educação Popular permite empreender o processo de Controle Social em Saúde na perspectiva de um processo vivo e dinâmico capaz de permitir às pessoas se encontrarem com diferentes pensamentos, significados e vivências, através de sua relação com outras pessoas e com o mundo, a partir do que poderão ser mais, aprender mais, redirecionar posições e tomar atitudes.

A experiência do PVP esteve encharcada de encontros fecundos em produção de conhecimentos, através da participação de seus atores no próprio processo de criação, desenvolvimento e irradiação desta experiência, nutrindo-se de seus momentos de luta, mística e roda de conversa, através dos quais puderam interagir radicalmente com um movimento social popular em sua dimensão mais profunda e ontológica. Nesse sentido, concebemos o PVP como sujeito pedagógico, o que implica considerá-lo "como uma coletividade em movimento, que é educativa e que atua intencionalmente no processo de formação das pessoas que a constituem"[15].

Considerações Finais

O projeto PVP Paraíba vem buscando qualificar a formação estudantil por sua aproximação crítica e intensa com a realidade do trabalhador, aproximando os estudantes em espaços com uma realidade diferente da sua, com base na problematização e na construção de vínculos com os trabalhadores. Por outro lado, viabiliza a problematização das reflexões cotidianas dos trabalhadores sobre seu cotidiano de trabalho, por meio de processo de inclusão digital, incrementando, assim, sua capacidade de produzir o acervo áudio-visual com qualidade e capacidade ótima de comunicação com outros trabalhadores.

O PVP-PB contribui para ampliar uma visão dos participantes (trabalhadores e estudantes) e possibilita a estes tornarem-se sujeitos de sua própria representação. Estimula o empoderamento como condição necessária para uma visão crítica e participativa sobre a política de saúde do trabalhador, onde ele possa identificar e refletir os problemas relativos à sua saúde. Este considera desde a perspectiva do seu ambiente de trabalho até as ocorrências individuais que o levaram ao quadro de adoecimento. Qualifica também os sujeitos do controle social apresentando oportunidades para o empoderamento da sociedade civil em articulação com os diversos setores público, a fim de pactuar seus interesses no setor de saúde.

Desta forma, constituíram potencialidades do projeto suas tecnologias, principalmente as leves, traduzidas pelas oficinas pedagógicas, o Fórum Permanente de Educação Popular e Saúde do Trabalhador e as vivências nos locais de atuação dos trabalhadores.

Os encontros e compartilhamento de diferentes histórias de vida e experiências proporcionadas pelo PVP se apresentam como cenário privilegiado de compartilhar vínculos e saberes onde o mundo do trabalho e o cotidiano dos trabalhadores, apesar de distintos, se reconhecem nas dificuldades, nas superações e nos prazeres.

Deste modo, considera-se que a Educação Popular desvela tecnologias sociais e estratégias pedagógicas coerentes com a valorização da cultura, das experiências e dos saberes construídos em diferentes territórios na práxis dos trabalhadores e trabalhadoras, proporcionando reflexões

compromissadas com as perspectivas da autonomia e da criticidade. Nessa direção, avalia-se que é necessário observar os obstáculos presentes nesta iniciativas, mas principalmente manter suas bases fundamentais, posto permitirem a criação de um espaço onde há liberdade para discussão, construção de conhecimento e pactuação de ações dentro do campo da Saúde do Trabalhador.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde do trabalhador. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. (Cadernos de atenção básica, n° 5).

2. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Públ. 1997;13(supl 2):21-32. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003

3. Vasconcelos EM. Formar bons lutadores pela saúde. Bol. Rede Educ Popul Saúde. 2004(7).

4. Vasconcelos EM, Cruz PJSC. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2013.

5. Melo Neto JF. Extensão universitária: uma análise crítica. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; 2001.

6. Melo Neto JF. Extensão universitária: auto-gestão e educação popular. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; 2004.

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

9. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 1996.

10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 /96. Versão 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; 2012.

11. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(2):323-31; 2005. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200010

12. Jacobi P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. Lua Nova. 1990;20:121-44.

13. Calado AJF. Educação popular como processo humanizador: quais protagonistas? In: Lins LT, Oliveira VLB, organizadores. Educação popular e movimentos sociais: aspectos multidimensionais na construção do saber. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2008.

14. Lins LT. A formação política das educadoras e educadores do MST. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2006.

15. Caldart RS. Por uma educação do campo: traços de uma identidade em construção. Petrópolis: Vozes; 2004.

Lacerda DAL, Cruz PJSC, Hoefel MGL, Costa ICC, Barbosa AM, Alencar IC, Luna RMSL. Educación popular y control social en salud ocupacional: retos basados en la experiencia. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1377-1388.

Salud en Trabajo (ST) se refiere a un campo del conocimiento que comprende la relación entre proceso salud-enfermedad de trabajo, que busca articular prácticas interdisciplinarias. En el marco de las posibilidades de llevar a cabo la amplitud que requiere este concepto, diferentes iniciativas de Educación Popular en Salud se articulan con demandas de control social en salud, lo que permite nuevos enfoques para configurar la formación activa y crítica del personal sanitario y de movimientos sociales en mosaico de políticas ST. Este artículo pretende reflexionar sobre estas posibilidades en el proyecto "Vidas Paralelas". La sistematización de la experiencia permitió llegar a la conclusión de que las estrategias de diálogo, la organización político-social y el de experiencias de vida se presentan como escenarios importantes para trocar cultura y salud entre los trabajadores, proporcionando oportunidades para el crecimiento colectivo y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Salud Ocupacional. Educación Popular. Control Social.

Recebido em 08/06/2013. Aprovado em 30/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0357

Participação popular nas ações de educação em saúde:
desafios para os profissionais da atenção primária

Lucia Conde de Oliveira[a]
Maria Marlene Marques Ávila[b]
Annatália Meneses de Amorim Gomes[c]
Maria Homéria Leite de Morais Sampaio[d]

Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Popular participation in health education initiatives: challenges for primary healthcare professionals. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1389-1400.

This study analyzes the social participation in health educational initiatives under the Family Health Strategy. An investigative study was conducted in five Family Health Centers in Fortaleza, Ceará, Brazil, between 2009 and 2011. Data was obtained through participative observation and individual interviews with, health workers, community health agents and users. Health education initiatives occurred occasionally, mostly with traditional methodologies and individual approaches that do not favor the popular participation. The evidence indicated a lack of professional qualification for the development of these initiatives and the overwork resulting from the low coverage of primary care. Popular education initiatives provide greater autonomy participation, confirming the potential of this methodology to encourage user participation and the dialogue between scientific and popular knowledge.

Keywords: Family Health Program. Popular participation. Health Education. Popular Health Education.

Analisa a participação popular nas ações de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. Realizou-se pesquisa do tipo investigação-ação em cinco Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE, no período 2009-2011, tendo como técnicas a observação participante e grupos focais com trabalhadores de saúde, agentes comunitários de saúde e usuários. Identificou-se que as ações de educação em saúde eram realizadas de forma pontual, na maioria com metodologias tradicionais e abordagens individuais que não favoreciam a participação da população. As evidências apontaram a falta de qualificação adequada para o desenvolvimento dessas ações e a sobrecarga de trabalho pela baixa cobertura da atenção primária. Nas intervenções mediadas pela educação popular, houve maior autonomia, protagonismo, participação popular, confirmando o potencial dessa metodologia para favorecer a participação dos usuários e o diálogo entre o saber científico e o popular.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Participação popular. Educação em Saúde. Educação Popular em Saúde.

[a] Curso de Serviço Social, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Av. Dr. Silas Monguba, 1700, Itaperi, Fortaleza, CE, Brasil. 60740-000. conde.lucia@gmail.com
[b] Curso de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. marlenemarquesavila@uol.com.br
[c] Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. annataliagomes@secrel.com.br
[d] Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. mariahomeria21@hotmail.com

Introdução

A opção por estudar as ações de educação em saúde e a participação popular no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu da experiência dos pesquisadores no território da ESF por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Este possibilitou a inserção de estudantes e professores nos Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) de Fortaleza e a ação conjunta com os profissionais da ESF e os usuários da área de abrangência das unidades.

Essa experiência permitiu identificar o fato de que uma das grandes dificuldades expressas pelos trabalhadores da saúde no desenvolvimento das suas atividades com a comunidade era a escassa participação dos usuários nas ações de educação em saúde oferecidas e realizadas tanto na unidade de saúde quanto nos territórios.

Tal constatação instigou-nos a investigar sobre os motivos da fragilidade da participação popular nestes espaços. Uma das prerrogativas da ESF é a participação da comunidade, em parceria com a equipe de saúde da família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no planejamento participativo local e no acompanhamento da avaliação dos trabalhos.

A participação comunitária na formulação e no controle da execução da política de saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, o qual visa trazer para a arena pública os destinatários da política de saúde como estratégia para democratização da saúde e da sociedade[1,2]. Possibilita, deste modo, que os usuários desenvolvam a consciência de que são integrantes dos serviços, sujeitos na forma como a assistência e o cuidado se realizam, e sua exclusão se traduz como a negação dos direitos nos níveis individual e coletivo e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a conquista do direito à saúde na Constituição brasileira e a consolidação do SUS exigem dos governos, dos serviços de saúde e da sociedade civil um trabalho permanente para efetivação dessa política, de acordo com o preconizado pelo movimento da Reforma Sanitária e os dispositivos legais.

Conforme Paim, o desafio torna-se maior porque o SUS se constituiu sem rupturas, é o novo sendo implantado em velhas estruturas sociais, econômicas, políticas e organizacionais, ou seja, uma revolução passiva, de mais continuidades do que mudanças[3]. Os princípios do novo sistema colidem frontalmente com o modelo assistencial privatista hegemônico e com a ideologia neoliberal norteadora das ações governamentais nas últimas décadas. Desta forma, há uma tensão entre as diretrizes do SUS e as políticas elaboradas.

Em mais de vinte anos de SUS, contabilizam-se avanços jurídicos, legais, ampliação de serviços e melhoria das condições de saúde da população. Persistem, contudo, grandes desafios, como o financiamento do sistema e as mudanças no modelo de organização das práticas de saúde. Na perspectiva de Teixeira, o debate político sobre "a questão dos modelos de atenção, [...] foi obscurecida pelas discussões em torno do financiamento e da gestão do sistema. [...] Somente com a expansão do Saúde da Família, a partir de 1998, esse tema passou a ter um pouco mais de visibilidade [...]"[4].

A princípio, a Estratégia Saúde da Família foi implantada pelo Ministério da Saúde como um programa para atender as populações mais pobres do Nordeste, porém "[...] aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo da APS"[5]. Este modelo se fundamenta na insuficiência da perspectiva hospitalocêntrica e busca instituir um sistema centrado na atenção primária com ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação. Com tal orientação, as ações de educação em saúde constituem importante linha de ação e a participação da comunidade é vital, não apenas para a consolidação da ESF, mas também do próprio SUS.

No contexto da luta pela Reforma Sanitária ainda na década de 1970, os trabalhadores da saúde insatisfeitos com o modelo de atenção à saúde vigente intencionavam romper com as práticas autoritárias da relação entre os serviços e a população, fazendo emergir o movimento da educação popular em saúde[6,7].

Com efeito, estes se deslocam dos espaços institucionais para as comunidades urbanas e rurais, aproximando-se das classes populares e dos movimentos sociais locais. Tal aproximação favoreceu a interação dos trabalhadores com o cotidiano das comunidades e a compreensão do processo

de adoecimento e cura sob a ótica popular. Essa visão requer dos trabalhadores a busca de uma reorientação das suas práticas, com vistas a enfrentar os problemas de saúde identificados, em conjunto com a população. A educação popular, fundamentada na metodologia emancipadora de Paulo Freire, torna-se referência de novas práticas[6,7]. Como movimento e prática social, a educação popular em saúde demanda se instituir como política integrante do SUS, na perspectiva de tornar a saúde mais humanizada e em sintonia com a cultura popular[8]. Contudo, segundo alertam os referidos autores, essa institucionalização não pode prescindir da articulação com os movimentos sociais para o fortalecimento da cidadania e da participação popular.

Adversamente à educação tradicional, a educação popular em saúde se contrapõe àquele autoritarismo da cultura individualista e dominadora e ao modo tradicional de conceituar, técnica e politicamente, intervenções na área de saúde, lutando pela transformação das relações de subordinação em favor da autonomia, da participação social e da interlocução de saberes e práticas[9]. Conforme Vasconcelos, a educação popular é um saber indispensável para o estabelecimento da participação, e serve tanto para a formação da consciência sanitária como para a democratização radical das políticas públicas. Inclui um estilo de comunicação e ensino e um instrumento de gestão participativa da ação social[10].

O movimento de educação popular em saúde valoriza a prática educativa, numa perspectiva horizontal da relação trabalhador-usuário, incentivando as trocas interpessoais, as iniciativas da população usuária e, pelo diálogo, busca compreender o saber popular. Esta metodologia reconhece o usuário como sujeito capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e desenvolver uma análise crítica sobre a realidade, que possibilite incrementar estratégias de luta e de enfrentamento. Dessa forma, a educação popular em saúde deve ser concebida como habilidade de reorientação das práticas de saúde, superando a distância cultural entre os serviços e a população assistida de modo participativo e dialógico[11].

Com base nesses elementos conceituais, buscamos apreender como foram desenvolvidas as ações de educação em saúde, no contexto da ESF, identificando a participação popular, bem como as abordagens metodológicas utilizadas pelos trabalhadores da saúde na realização das ações educativas.

Metodologia

Este artigo é um recorte da pesquisa "A participação popular na Estratégia Saúde da Família" em Fortaleza-CE. O estudo original, financiado pelo CNPq, foi uma pesquisa participante do tipo investigação-ação, que compôs as ações do PET-Saúde. O foco deste texto é discutir a relevância da educação em saúde no âmbito da ESF e problematizar seu caráter interdisciplinar e transformador das práticas de cuidado na atenção primária em saúde (APS).

Desenvolvida no período de 2009 a 2011, em cinco Centros de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional IV, em Fortaleza, a pesquisa contou com a participação de professores, bolsistas de iniciação científica do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social, estudantes do PET-Saúde da UECE, coordenadores de unidades, trabalhadores da saúde, agentes comunitários de saúde (ACS), usuários, preceptores do PET-Saúde e estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). Os trabalhadores da saúde são todos os sujeitos trabalhadores no setor saúde. Nesse estudo foram: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes de saúde bucal e funcionários do setor de marcação de consultas. Contudo, reconhecemos a diferenciação do ACS em relação aos outros trabalhadores da saúde, por este também ser membro da comunidade.

O estudo seguiu as orientações de Brandão que conjuga na pesquisa participante investigação e ação, numa interação entre pesquisadores e pesquisados[12]. Isso constitui o primeiro desafio, qual seja, produzir conhecimento e participação[13]. Tínhamos como meta a participação dos pesquisados em todas as fases da pesquisa: elaboração do projeto, trabalho de campo, sistematização e análise do material empírico, discussão dos resultados e montagem de planos de ação. Efetivamente, a proposta político-pedagógica da pesquisa participante buscou operar uma práxis, visando não só conhecer a realidade, mas também transformá-la[14].

Normalmente, nos relatórios de pesquisa, só se apontam os resultados e dificilmente se registram as dificuldades. De tal modo, é importante destacarmos o fato de que o processo desta pesquisa transcorreu num tempo longo e em diferentes espaços, no serviço, na academia e na comunidade. Verificou-se dificuldade em conciliar horários compatíveis para todos, havia sobrecarga de atividades dos trabalhadores da saúde e ACS, e tudo isso contribuiu para o afastamento de alguns participantes em determinados momentos da pesquisa. Portanto, a participação de todos os pesquisados, em todas as fases, foi bastante variada. Não conseguimos contar com os usuários e ACS em todas as etapas; a participação destes foi maior na discussão do projeto, na produção dos dados, discussão dos resultados, bem como na elaboração dos planos de ação.

Em muitas pesquisas, os usuários são apenas informantes e o senso comum é material empírico, "[...] formas de conhecimento não verdadeiro com que precisaríamos romper para tornar possível o conhecimento científico"[15]. Na estratégia metodológica adotada, no entanto, valorizamos o saber popular e trabalhamos com ele na perspectiva ensinada por Paulo Freire, ou seja, problematizar o conhecimento popular, articulando-o com o saber técnico-científico, e, por meio deste processo, possibilitar aos sujeitos atuarem na transformação da sua realidade[16].

Na condução da pesquisa, buscamos ultrapassar a discussão puramente metodológica e assumimos atitude epistemológica ao problematizarmos o fenômeno de elaboração do conhecimento no sentido de que a produção do conhecimento não seja privilégio de intelectuais, mas possa ser compartilhada com as classes populares. Isto "implica uma interação comunicacional, em que sujeitos com saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns"[15].

Para produzir os dados, utilizamos as técnicas da observação participante e do grupo focal (GF). A primeira ocorreu durante todo o período da pesquisa e possibilitou observar as situações espontâneas e formais, ou seja, acompanhar as ações cotidianas nos CSF. Nesse trabalho, foi de fundamental importância o diário de campo para o registro dos eventos e das intervenções promovidas pela equipe de pesquisadores.

Quanto à técnica do grupo focal, esta é reconhecida pela sua relevância nas pesquisas qualitativas, pois sua operacionalização favorece a participação. Foram realizados dezesseis grupos focais com 125 participantes: um GF com quatro coordenadores; cinco GF envolvendo 41 trabalhadores da saúde; cinco GF dos quais participaram 37 agentes comunitários de saúde e cinco GF que contaram com 43 usuários. Os GF foram mediados por um facilitador, um relator e um observador, além de registrados por meio de gravação.

Após as transcrições dos grupos focais e a organização dos relatórios da observação participante, aconteceram oficinas para a sistematização das informações produzidas e a elaboração de relatórios. Foi um momento de aproximação com o material empírico, no qual ocorreu significativo processo de aprendizagem entre estudantes, trabalhadores da saúde e professores dos diferentes cursos.

Com base no referencial teórico de Minayo[17], para a análise construímos alguns instrumentais voltados a operacionalizar a análise temática Os passos propostos pela referida autora são: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Contudo, não seguimos a orientação de "contagem de frequência das unidades de significação"[17]; privilegiamos a busca de significados identificados nas categorias empíricas, relacionando-as com o referencial teórico.

Na sistematização dos diários de campo produzidos durante a observação participante, foi montado um quadro que agrupou os dados conforme os seguintes aspectos: atividades/facilitadores; número de participantes; objetivo; fortalezas; fragilidades; resultados/conclusões. Para os grupos focais, as informações foram sistematizadas em outro quadro, indicando as categorias analíticas definidas *a priori* "participação popular" e "educação em saúde"; em uma segunda coluna, fomos incluindo os recortes significativos dos textos – transcrições dos grupos focais – relativos às categorias analíticas; em seguida, fomos identificando as categorias empíricas que emergiam dos discursos. Para a categoria analítica "participação popular", as categorias empíricas apreendidas foram: "formas de participação" e "dificuldades para a participação". Para a categoria analítica "educação em saúde", as categorias empíricas foram: "tipos de ações educativas", "estratégias de mobilização" e "metodologias das ações educativas". As categorias empíricas orientaram a apresentação dos resultados e discussões mediados pelo referencial teórico da pesquisa.

A partir da reflexão sobre as práticas de educação em saúde observadas, implementaram-se algumas intervenções educativas. Essas proposições foram facilitadas por estudantes do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde de Família e Comunidade, com o apoio de docentes e preceptores, subsidiadas pela metodologia da educação popular. Após cada atividade, os facilitadores também produziam os diários de campo que foram sistematizados para compor a análise.

Os princípios da educação popular orientaram o planejamento e a execução das atividades de educação em saúde, num intenso trabalho interdisciplinar, no qual cada sujeito envolvido trazia os conhecimentos da sua área, contribuindo para o desenvolvimento da tarefa. Antes das atividades, eram promovidas discussões com os usuários sobre seus interesses e curiosidades. E, no momento das intervenções, o conhecimento da população era o ponto de partida para o desenvolvimento do diálogo, no qual os saberes e crenças populares eram problematizados com vistas a ampliar os conhecimentos populares sobre o SUS, processo saúde-doença e as práticas de cuidado.

O projeto de pesquisa seguiu a Resolução nº 196/1996 sobre as Normas Éticas que regem as pesquisas com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da UECE, sob o nº 09230420-6.

Os resultados do estudo foram apresentados e discutidos em várias reuniões com diferentes sujeitos: representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e dos Conselhos de Saúde Municipal, Regional e Locais, coordenadores dos CSF, trabalhadores de saúde e usuários.

Resultados e discussão

Várias evidências coletadas por meio da observação participante e dos grupos focais demonstraram a falta de prioridade para a execução das ações de educação em saúde na agenda das equipes de saúde da família. As raras ações coletivas promovidas aconteciam de forma assistemática, por meio de metodologias tradicionais, como a palestra informativa. Nessas atividades, havia pouca participação dos usuários e alguns não demonstravam interesse durante sua realização, distraindo-se com conversas paralelas ou permanecendo alheios ao que era exposto.

Historicamente, os saberes e as práticas de educação em saúde fundamentaram-se na teoria higienista, que orienta as intervenções normalizadoras, tradicionalmente características do campo de práticas da educação em saúde. Estas práticas organizavam-se com base no enfoque biologicista, que aborda o processo saúde-doença apenas na dimensão individual, não articulando as implicações econômicas, políticas e sociais das condições de vida e de trabalho da população. Este viés, historicamente, norteou o campo da educação em saúde e ainda predomina nas práticas educativas, também caracterizadas pelo autoritarismo e verticalidade das ações, funcionando como forma de controle dos serviços de saúde sobre as pessoas[11,18]. Ainda que a ESF se baseie em pressupostos que valorizem as ações de educação para a promoção da saúde, no contexto em estudo, as práticas dos trabalhadores se mantêm tradicionais.

Na ótica dos trabalhadores da saúde, as ações educativas eram realizadas predominantemente de forma individual, durante as consultas, como pode ser observado na discussão do grupo focal:

> [...] às vezes, a gente não faz educação em grupo, mas a gente faz educação individual, porque a partir do momento que a gente tira quinze minutos pra falar com o indivíduo, a gente tá aprendendo sobre tuberculose, a gente faz todo aquele [...], é aquela pergunta [...] (Grupo focal – trabalhadores de saúde).

Conforme verificamos, a ideia de educação em saúde para a maioria dos trabalhadores está associada à transmissão de informações, desconsiderando o saber popular. Atribuem um sentido de valorização da comunidade ao fato de realizarem atividades diretamente no território, ou seja, fora da unidade de saúde. Na realidade, essas ações contingenciais na comunidade eram, apenas, a transferência dos atendimentos clínicos para os espaços do território e as intervenções de educação em saúde, nessas ocasiões, assumiam papel secundário. Essa concepção pode ser verificada nos depoimentos dos trabalhadores pesquisados.

> Algumas equipes estão fazendo isso e eu acho muito importante. Eles se reúnem numa igreja, numa residência, num determinado dia e as pessoas são atendidas, elas se sentem valorizadas. Tem algumas pessoas que moram muito distante, tem hipertensos. Assim eu acho que as pessoas se mobilizavam, se interessariam mais pelo serviço (Grupo focal – ACS).

Como podemos observar, acredita-se que o simples fato de levar o atendimento para mais próximo da comunidade favorece sua participação. Como a maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família não desenvolve atividades de educação em saúde, estas não fazem parte do cotidiano do trabalho. Elas são desenvolvidas como práticas circunstanciais, improvisadas. Segundo eles, vários fatores contribuem para essa realidade: faltam estrutura, material, recursos humanos capacitados e maior entendimento da educação em saúde como componente do cuidado, tanto por parte dos trabalhadores quanto dos seus usuários.

Durante o processo formativo, os trabalhadores da saúde não são capacitados para desenvolver práticas educativas na perspectiva emancipadora e dialógica. Desse modo determina-se a perpetuação das práticas tradicionais. A formação, em regra, não privilegia a concepção ampliada de saúde, tampouco a metodologia da educação popular.

Além disso, há escassez de tempo e sobrecarga dos trabalhadores, especialmente de uma categoria – enfermeiros – da equipe mínima. Isso ficou evidenciado nas observações e nas discussões dos grupos focais, conforme destacado no depoimento:

> [...] Tem horas que falta perna porque se não for as [...] enfermeiras tentando resolver e tentando agilizar essas coisas, os médicos não participam disso, os dentistas não participam disso, então acaba ficando nas costas do enfermeiro. Enfermeiro fica com mapa, enfermeiro fica com num sei o que, grupo, [...] a coordenação vai só passando, vai só passando. Aí complica, e aí a gente se desestimula, aí vem a cara feia [...] (Grupo focal – trabalhadores de saúde).

Diferentemente das equipes de saúde da família, os trabalhadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) realizavam, sistematicamente, ações educativas. No entanto, estas, na maioria das vezes, transcorriam no modo de transmissão de informações, desconsiderando a experiência e sugestões dos usuários na definição dos temas abordados. Configuravam-se como repasse de normas e orientações definidas pelos trabalhadores, baseadas naquilo que julgavam relevante, visão esta nem sempre compreendida e/ou compartilhada com a população. Esses dados corroboram estudo de Gomes et al. sobre sala de espera, no qual as temáticas do processo informativo eram alheias às necessidades de informações dos usuários, e, muitas vezes, desinteressantes[19].

Consoante observamos, muitas ações de educação em saúde eram motivadas pela agenda da saúde – campanhas e datas comemorativas. Nessas ocasiões, eram ofertadas atividades diferenciadas com uso de atrativos materiais, tais como sorteio de cestas básicas e oferta de lanches, como estratégias de mobilização da comunidade. Nas ações de rotina sem este atrativo, contudo, a participação era reduzida. Sem negar a importância da socialização nestes eventos, questionamos o emprego dessas estratégias como forma de motivação da participação popular, pois condicionam a inserção dos usuários nas ações de saúde, atrelada a interesses materiais. Ao mesmo tempo, os trabalhadores não percebem que, com essas ações, condicionam a participação popular a este estímulo, como revela o depoimento:

> [...] Agora nessas histórias eventuais, programação de saúde da mulher, programação de combate à tuberculose, de combate à AIDS, [...] seja o que for que a gente faz o evento, aí os agentes de saúde comunicam, aí eles vêm porque tem sempre alguma coisa em troca. Dia das crianças aqui era absolutamente lotado, que eles já sabem como é que funciona, que é pra trazer a criança pra participar [...] Mas foi pra eles participarem, participar dos problemas deles, eles não [...] é questão de consciência [...] (Grupo focal – trabalhadores de saúde).

Nas ações educativas promovidas, a formulação de perguntas e as manifestações dos usuários eram pouco estimuladas, o que nos leva a interrogar: os trabalhadores reconhecem os usuários como sujeitos capazes de reflexão e ação?

A observação das atividades coletivas de educação em saúde demonstrou a predominância do modelo hegemônico, evidenciando-se a difusão de informações, procedimentos e a persuasão das pessoas para adotarem comportamentos saudáveis. Resultado semelhante foi identificado por Pinafo et al.[20]

Nesse contexto, o ser humano é percebido como o responsável pela sua saúde e o culpado por sua doença. Isso demonstra a desconsideração do fato de ele estar inserido em relações culturais, políticas e econômicas, que determinam e condicionam seu modo de vida[21]. Se essas condições não são problematizadas, as práticas educativas, consequentemente, não contribuem para a tomada de consciência passível de levar a uma ação transformadora.

Nos exemplos referidos, a relação pedagógica não se fundamenta no princípio da autonomia[22] e contraria as diretrizes e princípios do SUS, privilegiados na gestão participativa, na educação permanente e na Política Nacional de Humanização. Assim, a participação dos usuários em todos os processos da atenção e gestão em saúde ainda é considerada insuficiente[23].

Processos históricos configuram resistências à participação popular, embora seja crescente a consciência dos direitos de cidadania. Conforme Moroni, nos países da América Latina, a concepção de democracia e participação política é limitada a um procedimento de escolha de representantes por meio de eleições[24]. Este caráter formal da democracia esconde a dominação e a opressão instituídas socialmente e legitimadas pelo Estado autoritário. No caso brasileiro, as marcas do patriarcado, do regime escravocrata, do patrimonialismo ainda influenciam os processos participativos e a democracia formal[25]. Essa discussão sobre o caráter político da participação é pouco enfocada no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

No modelo assistência, o processo de mudança no modelo assistencial é tensionado pelas práticas hegemônicas, a exemplo do observado nas equipes de saúde bucal (ESB), que incorporaram as ações preventivas de educação em suas rotinas de trabalho. Ainda predomina, no entanto, o curativismo, pois cada cirurgião-dentista destina a maior parte do tempo ao atendimento em consultório, além de programar atividades preventivas – escovação supervisionada, palestras educativas, controle da placa bacteriana e aplicação de flúor nas escolas – com crianças na faixa etária de 6 a 14 anos. Inegavelmente, a realização das atividades de saúde bucal nas escolas contribui para criar vínculos com a comunidade e fortalecer laços com os equipamentos sociais disponíveis no território.

Contudo, os tipos de atividades e as metodologias precisam ser repensados. É com esteio dessa lógica de atenção que as ações preventivas se configuram no cotidiano das ESB, de forma acrítica e limitada, sem os cuidados com a solução de problemas inerentes a este campo.

Na Estratégia Saúde da Família, os trabalhadores enfrentam dificuldades na condução e formação de grupos e uso de metodologias participativas, apesar da formulação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a qual, elaborada pelo Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com a participação dos movimentos sociais em saúde, foi apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e instituída pela Portaria nº 2.761 de 19/11/2013[26]. No entanto, conforme Bonetti et al.[8], esta se apresenta contra-hegemônica como política pública protagonizada pela sociedade civil.

De acordo com Pedrosa, é preciso reconhecer que o "popular" da educação em saúde implica os conceitos de libertação, autonomia e cogestão, devendo contribuir para a formação de sujeitos críticos[27]. No Brasil, as propostas de mudança convivem com a reiteração de práticas tradicionais que reforçam a dominação e a subalternidade, confirmando o caráter de revolução passiva na política brasileira[3].

Concepções próprias da educação popular, entretanto, são incorporadas por uma minoria, trazendo novas experiências e desejos de transformação. Nesse sentido, o educador em saúde implicado pode colaborar com o grupo de usuários, questionar e assessorá-lo na tomada de decisão, contribuindo para o crescimento da autonomia e da consciência do coletivo. Além disso, os trabalhadores da saúde necessitam ampliar sua consciência sobre seu ser e estar no mundo, reconhecer-se como seres igualmente condicionados, buscar formas de superação dos limites de sua prática e contribuir para que os usuários também o façam[21,16].

Como acentua Buss, a educação em saúde é considerada estratégia fundamental, compreendida de forma ampliada e não apenas como acontecimento que precede a doença[28]. Isso se realiza quando a promoção da saúde passa a ser percebida como uma forma de pensar e de fazer a saúde, na qual as

pessoas são vistas em sua autonomia e em seu contexto político e cultural como sujeitos capazes de superar o instituído e de serem os protagonistas não só de um estilo de vida saudável, mas da luta por condições de vida saudáveis. Neste prisma, Pedrosa[27] expressa ser indispensável repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social; compreender que as verdadeiras práticas educativas só têm destaque entre sujeitos sociais se considerar a educação em saúde como um caminho para a constituição de sujeitos ativos, que se movem em direção a um projeto de vida libertador.

Sob este aspecto, um resultado significativo da pesquisa foi favorecer a educação permanente dos trabalhadores envolvidos no estudo por meio das oficinas temáticas, de metodologias participativas e educação popular em saúde. Esta pesquisa participante propiciou o aprendizado coletivo de todos os sujeitos envolvidos, o que é uma característica inerente a essa metodologia.

Embasada nos pressupostos da educação em saúde emancipatória, a equipe de pesquisadores propôs e realizou atividades educativas com diferentes grupos de usuários. Entre estes, destacamos os grupos de crianças e idosos, que contaram com o protagonismo da equipe da RMSFC, a qual planejou as ações educativas com base nos interesses dos usuários, dialogando com o conhecimento prévio destes sobre os temas abordados. Consoante entende Vasconcelos, é fundamental tomar o saber das classes populares como ponto de partida do processo pedagógico, promovendo um processo de debate horizontal e de respeito à cultura popular, mas com questionamentos que possibilitem sua desmistificação[6].

Durante as atividades educativas implementadas na sala de espera pelos estudantes do PET-Saúde e equipe da RMSFC, foi possível perceber que os usuários se sentiam mais à vontade para participar de forma espontânea e expor suas opiniões. O fato pode decorrer da formação de vínculos entre os alunos e a comunidade e as estratégias participativas como as rodas de conversa e peças teatrais com o uso de fantoches. Em corroboração aos nossos achados, o relato de experiência de Santos et al.[29] sobre a realização de ações educativas em sala de espera ressaltou a importância do acolhimento aos usuários, com a escuta das suas necessidades, em um ambiente crítico. Tal iniciativa favoreceu o diálogo entre o saber técnico-científico e o saber popular, tornando as gestantes protagonistas do seu processo saúde/doença/cuidado.

Nas experiências observadas em nossa pesquisa, os sujeitos interagiram e opinaram sobre temas relevantes para a comunidade, direitos dos usuários do SUS, ações de autocuidado. Portanto, foram ativos na problematização de hábitos e atitudes considerados de risco para a saúde. Deste modo, a eficácia dessa metodologia ficou evidenciada na maior participação dos usuários.

Além das atividades realizadas nas salas de espera, também ocorriam na comunidade caminhadas e passeatas. As caminhadas eram ações de caráter informativo, seguindo as campanhas do Ministério da Saúde; as passeatas tinham um caráter mais político, de denúncia dos problemas do sistema e reivindicações para atender às necessidades da comunidade. Isto favoreceu o protagonismo dos sujeitos envolvidos na luta por direitos e fortalecimento da cidadania.

Assim, a educação dialógica propiciou o estabelecimento de novos saberes e a prática educativa contribuiu para o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade.

Considerações finais

Esta pesquisa investigação-ação no contexto da ESF e do PET-Saúde possibilitou o diálogo entre o saber popular e o científico; a interação serviço-academia contribuiu para a formação de mais pesquisadores; permitiu o aprofundamento na metodologia da pesquisa participante, nas metodologias participativas e na educação popular em saúde. Dessa forma, seu legado não foi apenas de elaboração do conhecimento, mas do aprendizado coletivo da investigação e da ação, numa perspectiva crítica, comprometida com a transformação social.

No cenário estudado, as diretrizes e os princípios do modelo de atenção à saúde são contra-hegemônicos, como ficou evidente nas concepções tradicionais de educação em saúde e participação popular.

Essa limitação é passível, todavia, de superação. A proposta de educação popular em saúde se efetiva nos processos formativos desenvolvidos pelas equipes do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que integram neste processo os trabalhadores da equipe de saúde da família, conforme observamos neste estudo. Nas intervenções mediadas pela educação popular, houve maior autonomia, protagonismo, participação popular, confirmando o potencial dessa metodologia para favorecer a participação dos usuários e o diálogo entre o saber científico e o popular.

Colaboradores

Lucia Conde de Oliveira e Maria Marlene Marques Ávila participaram de todas as fases da pesquisa e da discussão, redação e revisões do artigo.
Annatália Meneses de Amorim Gomes e Maria Homéria Leite de Morais Sampaio participaram da pesquisa bibliográfica e da discussão, redação e revisões do artigo.

Referências

1. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 979-1010.

2. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Ciên Saúde Colet. 2010;15(5):2455-64. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020

3. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

4. Teixeira, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde Debate. 2003;27(65):257-77.

5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciên Saúde Colet. 2009;14(3):783-94. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014

6. Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.

7. Vasconcelos EM. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: Vasconcelos EM, Cruz PJS, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 28-34.

8. Bonetti OP, Pedrosa JIS, Siqueira TCA. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. Rev APS. 2011;14(4):397-407.

9. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 286-301. (Série B. Textos básicos de saúde).

10. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis (Rio de Janeiro). 2004;14(1):67-83. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005

11. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu). 2005;9(16):39-52. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004

12. Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. 8a ed. São Paulo: Brasiliense; 1999.

13. Demo P. Pesquisa participante: pensar e intervir juntos. Brasília: Liber Livro; 2004.

14. Marx K, Engels F. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo; 2011.

15. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos**:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-114.

16. Freire P. Educação como prática da liberdade. 27a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

18. Singer P, Campos O, Oliveira EM. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1978.

19. Gomes AMA, Albuquerque CM, Moura ERF, Silva RM. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde. Cad Saúde Colet. 2006;14(1):7-18.

20. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. Ciên Saúde Colet. 2012;17(7):1825-32. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700021

21. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos**:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 115-36.

22. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.

23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores. 4a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

24. Moroni JA. O direito à participação no Governo Lula. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 248-69.

25. Oliveira, LC. As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

26. 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). [Acesso em: 12 dez. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html.

27. Pedrosa JIS. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. [Entrevista cedida a Radis em 13 set 2003]. Acesso em: 3 mar 2013. Disponível em: http://www. gices-sc.org.

28. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

29. Santos DS, Andrade ALA, Lima BSS, Silva YN. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. Rev Bras Educ Med. 2012;36(1 Supl. 2):62-7. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300010

Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Participación popular en acciones de educación para la salud: desafíos para profesionales de atención primaria. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1389-1400.

Este estudio analiza la participación popular en acciones de educación para la salud en la Estrategia de Salud Familiar. La investigación fue realizada en cinco Centros de Salud Familiar en Fortaleza, Brasil, entre 2009 y 2011. Los datos fueron obtenidos a través de la observación de participantes y grupos focales con trabajadores de la salud, agentes comunitarios de salud y usuarios. Estas acciones se llevan a cabo de forma puntual, sobre todo con metodologías tradicionales y abordajes individuales que no favorecen la participación popular. Se señaló la falta de cualificación profesional para el desarrollo de estas acciones y una sobrecarga de trabajo debido a la baja cobertura de la atención primaria de salud. Intervenciones de educación popular resultaron en mayor autonomía, protagonismo y participación popular, confirmando su potencial para fomentar la participación del usuario y el diálogo entre el conocimiento científico y popular.

Palabras clave: Programa de Salud Familiar. Participación popular. Educación para la Salud. Educación Popular para la Salud.

Recebido em 30/05/2014. Aprovado em 08/05/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0404

Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular

Patricia Serpa de Souza Batista[a]
Eymard Mourão Vasconcelos[b]
Solange Fátima Geraldo da Costa[c]

Batista PSS, Vasconcelos EM, Costa SFG. Ethics in educational and health care actions oriented by popular education. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1401-1412.

This study aims to analyze ethics in educational and care actions oriented by Popular Education in Health, based on the extensionists experiences of the Popular Education and Family Health Care Project. This is a qualitative research done with ten extensionists in the Maria de Nazaré Community, João Pessoa-PB. The empirical material was collected through interviews and participant observation and analyzed by content analysis technique. The reflections showed the importance of valuing subjectivity, sensitivity, take the lead of your own life, affective bonding and loveliness in the ethical acts directed at health care family. This study brings a conception of ethics that transposes the directed act to compliance with ethics codes, usual in health.

Keywords: Ethics. Health. Care. Popular Education in Health.

Este estudo objetiva analisar a ética nas ações educativas e de cuidado orientadas pela Educação Popular em Saúde, com base na experiência de extensionistas do Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família. Trata-se de estudo qualitativo realizado com dez extensionistas na Comunidade Maria de Nazaré, João Pessoa–PB. O material empírico foi coletado através das técnicas de entrevista e observação participante e analisado mediante técnica de Análise de Conteúdo. As reflexões evidenciaram a importância da valorização da subjetividade, da sensibilidade, do protagonismo, do vínculo afetivo, da defesa dos direitos humanos, da amorosidade, no agir ético direcionado ao cuidado à saúde da família. Esse estudo traz uma concepção de ética que transpõe o agir direcionado ao cumprimento de códigos de ética, usual na saúde.

Palavras-chave: Ética. Saúde. Cuidado. Educação Popular em Saúde.

[a] Departamento de Enfermagem Clínica, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. Rua Vicente Lucas Borges, 697, Treze de Maio, João Pessoa, PB, Brasil. 58025-510. patriciaserpa@oi.com.br
[b,c] Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. eymard.vasconcelos@gmail.com; solangefgc@gmail.com

Introdução

A ética é considerada como teoria ou ciência que estuda o comportamento moral do ser humano[1], ou seja, o comportamento adequado diante dos valores socialmente aceitos pelos grupos a que o ser humano pertence. O comportamento moral relaciona-se aos modos de agir cotidianos, às decisões que vão sendo tomadas, de acordo com os valores e os princípios adequados àquela sociedade específica.

A ética tem sido valorizada por diferentes áreas do conhecimento, ocupando espaço nas discussões sobre meio ambiente, política, comunicação, saúde, educação, entre outros. Na educação, especialmente na Educação Popular, a ética é considerada de forma específica. A Educação Popular compreende elementos eticopolíticos relacionados com a construção de relações equitativas e justas mediante uma pedagogia dialógica, crítica, que busca o desenvolvimento pleno das capacidades humanas cognitivas, emocionais e valorativas[2]. Em seu livro Pedagogia da Autonomia, Freire[3] discorre sobre uma ética universal do ser humano, de valorização da vida e da dignidade humana, uma ética que condena os interesses do lucro das sociedades capitalistas, estando direcionada à conscientização do oprimido, tornando o processo educativo uma prática para a liberdade.

A ética da libertação e da solidariedade proposta pelo educador Paulo Freire relaciona-se ao compromisso de lutar pela dignidade do oprimido e pela justiça social[4]. É uma ética que se encontra firmada nos valores da solidariedade, da amorosidade, do respeito à diversidade e aos saberes, da valorização da autonomia coletiva, da perseverança na construção de mudanças[5].

Na área da saúde, a ética também tem sido bastante enfocada, entretanto, especialmente na formação acadêmica, encontra-se muito direcionada a uma ética normativa profissional, isto é, do agir segundo o dever. Essa ética toma por base o cumprimento de códigos de ética profissionais específicos que norteiam o agir no exercício das profissões em saúde.

No campo da saúde, a Educação Popular atua como estratégia de superação da grande distância que existe entre o serviço de saúde e o saber científico, de um lado e, de outro, a dinâmica que envolve o adoecimento e a cura. Tem significado uma importante referência teórica e metodológica para a reorientação da atenção à saúde a partir da construção compartilhada e dialogada de práticas de cuidado e promoção da saúde, com as várias pessoas e grupos sociais envolvidos nas questões trabalhadas. Assim, vem sendo considerada um instrumento de construção para saúde mais integral e adequada à vida da população[6]. A Educação Popular traz para o trabalho em saúde, por meio da problematização das situações enfrentadas, uma ampliação das ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde, integrando-as na luta por melhores condições de vida e por uma sociedade mais justa e solidária.

As práticas de Educação Popular têm sido incorporadas na formação universitária em saúde, principalmente através das atividades de extensão. A extensão tem representado o campo institucional da vida universitária que tem conseguido apoiar e organizar grande parte das iniciativas emergentes que expressam propostas e práticas pedagógicas que criticam o que é dominante e bem estabelecido e que buscam novas formas de atuação social. Tem significado importante espaço de fortalecimento institucional do movimento renovador presente na universidade, gerando questões, propostas, pesquisas, saberes e movimentos que irradiam para o ensino de graduação e pós-graduação. Tem-se assistido, assim, à criação e reorganização de muitas disciplinas, principalmente aquelas voltadas para o ensino de práticas comunitárias, que estão se estruturando a partir dos princípios da Educação Popular. Isto vem sendo particularmente importante no ensino em saúde, cuja extensão orientada pela Educação Popular tem se mostrado mais organizada e atuante que em outros setores, tendo, inclusive, tomado a frente na organização da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP) em 2005[7].

Este estudo está associado a essa perspectiva de extensão, denominada de extensão popular[8]. A extensão popular apresenta uma base já bem estruturada na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atuando em comunidades periféricas do município de João Pessoa-PB. Dentre as práticas de Extensão Popular da UFPB, há o Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) que atua na Comunidade Maria de Nazaré, há cerca de quinze anos. É desenvolvido principalmente mediante ações

educativas e de cuidado em saúde no acompanhamento interdisciplinar de estudantes a famílias e atividades coletivas desenvolvidas com crianças, idosos e moradores em geral, no espaço comunitário.

Uma das pesquisadoras deste estudo atua nesse Projeto desde o ano de 2006, desenvolvendo atividades semanais com o grupo de extensionistas e a população local. Nele, tem-se observado a importância das considerações éticas na reorientação de suas práticas de cuidado e como essas práticas ali reorientadas são inovadoras e significativas em apontar caminhos de uma atenção mais integral e humanizada. Como esta pesquisadora participa também do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB e vem estudando o tema da ética em saúde desde o seu mestrado, em 2002, ela percebeu a importância destas considerações para o debate teórico que se vem fazendo sobre os desafios éticos da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde.

A construção de novos formatos para a atenção em saúde não pode depender apenas da formulação de propostas pelos grandes estudiosos do campo ou pelas lideranças institucionais. É preciso valorizar os saberes construídos em práticas estruturadas, a partir de iniciativas de profissionais, docentes, estudantes e movimentos sociais que vêm tentando superar os entraves a uma assistência à saúde mais integral e ética. A partir dos saberes acumulados nesses quinze anos do PEPASF, buscou-se discutir, nesta pesquisa, a forma como a ética da Educação Popular reorienta as ações educativas e de cuidado, inseridas em uma comunidade de periferia urbana.

Cabe ressaltar que as práticas de Educação Popular em Saúde vêm ganhando notoriedade no Sistema Único de Saúde e se orientam por princípios diferentes daqueles que norteiam cuidados tradicionais em saúde, os quais, em geral, ainda se encontram muito firmados em uma perspectiva biologicista e numa ética de abordagem normatizadora, baseada no cumprimento de códigos de ética específicos. Embora se observe um número representativo de pesquisas sobre a ética no cuidado em saúde e várias outras envolvendo o tema da ética na Educação Popular, não foi possível identificar, na bibliografia disponível, nenhum estudo envolvendo o tema ética na Educação Popular em Saúde e muito menos sobre sua implicação na reorientação do cuidado em saúde. Neste sentido, o estudo sobre a ética da Educação Popular em Saúde e suas implicações para as práticas comunitárias de saúde é pioneiro no campo da saúde coletiva e da pedagogia.

Com base nessas considerações, este estudo tem o objetivo de analisar a ética nas ações educativas e de cuidado orientadas pela Educação Popular em Saúde, com base na experiência de extensionistas do Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, realizada na Comunidade Maria de Nazaré, localizada no Bairro Funcionários III, município de João Pessoa-PB. Participaram da pesquisa dez extensionistas, sendo cinco professores e cinco estudantes que estavam vinculados ao PEPASF. Os critérios de inclusão abrangeram os aspectos: ter idade superior a dezoito anos, participar do PEPASF há um período mínimo de um ano e aceitar participar da pesquisa. Vale ressaltar que este estudo trata de recorte de uma tese de doutorado que contou com a participação de estudantes, professores, lideranças comunitárias e moradores que estavam vinculados às ações do Projeto, durante o período de coleta de dados.

A coleta do material empírico foi realizada no período de junho a julho de 2010, mediante entrevista, gravada e transcrita para análise e através da observação participante. Os dados obtidos foram analisados qualitativamente por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin[9], que segue as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Foram considerados os princípios éticos das pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país no período da apreciação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB e obteve parecer favorável sob o protocolo nº 091/2009.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes da pesquisa, sendo garantidos a autonomia e o anonimato.

Para garantir o anonimato dos participantes, os relatos foram assinalados com letra "E", quando referia-se a Estudante, e "P", a Professor, seguido do número de ordem da realização das entrevistas.

Resultados e Discussão

No que se refere à caracterização dos participantes do estudo, dos cinco docentes pesquisados, quatro são do sexo feminino e um, do sexo masculino; dois realizam atividades acadêmicas no Curso de Fisioterapia; um, no Curso de Medicina; um, no Curso de Psicologia, e um, no Curso Técnico de Enfermagem da UFPB. Todos têm idade entre trinta e nove e cinquenta e um anos e têm pós-graduação: um é doutor, três são doutorandos e um é mestre. Todos os participantes vêm desenvolvendo atividades no PEPASF por um período que varia entre quatro e treze anos. Com relação aos cinco estudantes participantes, a maioria é do sexo feminino, têm idade entre vinte e vinte e sete anos, e vêm realizando atividades no PEPASF, por um período que varia entre um e três anos.

O modo ético das ações educativas e de cuidado orientadas pela Educação Popular em Saúde na Comunidade Maria de Nazaré

O modo ético como o cuidado e as ações educativas norteadas pela Educação Popular em Saúde estruturam-se na comunidade é definido, no processo de relação com as pessoas e os grupos comunitários. Não se trata de uma relação qualquer, mas uma relação marcada pelo vínculo afetivo, pelo diálogo orientado pela teoria da Educação Popular, pela problematização das questões suscitadas nesse diálogo e pela preocupação com a justiça social.

É pertinente ressaltar que há uma gradação de vínculo e de profundidade de diálogo dos estudantes com a população comunitária. Os aspectos aqui discutidos não são seguidos por todos os estudantes, mas representam uma tentativa de perceber os elementos mais marcantes dessa ética.

Trata-se de um modo ético de cuidar diferenciado, pois não se relaciona apenas a uma concepção de ética normativa, pré-estabelecida, pautada em códigos de ética específicos. A abordagem de cuidado em saúde no PEPASF segue uma concepção de ética delineada coletivamente, de acordo com cada caso específico, a partir da problematização de situações concretas. Portanto, não é possível seguir continuamente, no cotidiano das ações de saúde, o cumprimento de normatizações pré-estabelecidas.

A experiência do PEPASF evidenciou o vínculo afetivo como elemento estruturante do agir ético de estudantes. Como refere o depoimento a seguir:

> "[...] um dos elementos éticos da Educação Popular em Saúde é o compromisso verdadeiro, que a gente pode cristalizar no vínculo. O PEPASF é fantástico nisso, e isso é a raiz profunda de qualquer ética, porque, por exemplo, a partir do momento em que eu chegava àquelas famílias, a cada visita, a cada conversa na insistência de continuar visitando-as, de continuar escutando os desabafos da comunidade assim como um todo, a gente vai criando um vínculo, uma amizade". (E3)

Como ficou claro no discurso, a continuidade do acompanhamento às famílias tende a promover o fortalecimento do vínculo afetivo. O vínculo proporciona uma aproximação com a subjetividade do outro. Movido pelo vínculo, o estudante mantém uma atitude ética de zelo, de respeito, de preocupação com os problemas que a família acompanhada vivencia e de busca por intervir nesses dilemas. Conforme Zoboli[10], como um elemento ético, o vínculo possibilita a sensibilidade com a experiência humana. Ele permite uma relação de compreensão com o outro. Permite também que a subjetividade do estudante se aproxime da subjetividade da pessoa visitada, e que ela seja compreendida em seu contexto de vida.

Esse vínculo está presente em todo o percurso do estudante, desde suas ações de cuidado com o indivíduo e a família, até sua atuação comunitária, numa perspectiva política, e mostrou ter uma grande

implicação ética. A partir dele, os participantes do PEPASF se aproximam, emocional e racionalmente, dos sentimentos, interesses e lógicas dos moradores, gerando uma percepção ampliada e sensível de sua realidade subjetiva e material. Essa percepção passa a ser orientadora de seus gestos educativos e de cuidado. O vínculo cria mais motivação e um canal afetivo para ampliar-se essa percepção sutil da realidade, que torna o encontro educativo e de cuidado capaz de fornecer elementos orientadores de um agir direcionado ao benefício dessas pessoas.

Envolvidos pelo vínculo afetivo, observamos que estudantes procuram valorizar a subjetividade dos indivíduos e famílias, em suas ações de cuidado. Vai se aprendendo que uma determinada forma de trazer a emoção para o agir profissional não só é legítima, como extremamente importante. Os estudantes percebem que pequenos gestos guiados pela sensibilidade e pela intuição são bastante significativos na relação com o indivíduo em sofrimento. Percebem a força da valorização da subjetividade humana em seu agir ético com os indivíduos e as famílias que acompanham. Pode-se observar isso no seguinte trecho do depoimento:

> "A gente sentou com ela naquele momento, e ela não disse absolutamente uma palavra. Mas, a gente confortou; a única coisa que a gente fez foi realmente abraçar e lá ficar vários minutos com ela, assim, abraçada. Perguntamos se ela queria falar, mas ela só fazia chorar. Eu acho que teve uma questão ética ali, de você respeitar o que ela estava sentindo, perceber, ter aquela sensibilidade e ficar junto". (E4)

Movidos pela sensibilidade do momento e pela intuição, alguns estudantes abraçaram a mulher acompanhada, demonstrando o seu apoio, a sua compreensão, a sua emoção. Esses gestos são geradores de mudanças, e os estudantes sabem da força que eles têm na promoção da saúde das pessoas.

Alguns estudantes das fases iniciais de seus cursos de graduação ficam perplexos, pois, mesmo com pouca formação técnica, sentem-se capazes de ajudar na solução de problemas vivenciados. Isso os motiva a dedicarem-se ao acompanhamento da família, que, por sua vez, passa a gostar cada vez mais da visita semanal. A menor formação técnica dos estudantes das fases iniciais de seu curso contribui para que fiquem mais disponíveis para se envolverem com as várias dimensões dos problemas dos moradores e não apenas nas dimensões em que têm um saber técnico profissional já aprendido e treinado, como tende a acontecer nos estudantes que se inserem no Projeto mais no final de seus cursos[11]. Há uma pedagogia não explícita nos cursos de saúde que vai formatando o olhar do estudante para valorizar e considerar apenas os detalhes do corpo para qual sua profissão tem um agir técnico[12]. Os estudantes que permanecem no Projeto, ao longo de seu curso, vão conseguindo ajustar os caminhos da articulação dos recursos técnicos aprendidos às necessidades mais gerais dos moradores.

A valorização da subjetividade do adoecimento humano, com toda sua complexidade e singularidade, contrapõe-se à orientação presente no modelo biomédico, uma vez que, com sua racionalidade, trata da objetividade da doença, com a exclusão de toda subjetividade que envolve esse processo[13]. Assim, a valorização da subjetividade, da emoção, no cuidado em saúde, turvaria a objetividade lógica que deve orientar a conduta profissional para que alcance um melhor benefício para as pessoas em cuidado. Nessa perspectiva, o vínculo emocional com o sujeito do cuidado pode ser entendido como não ético.

No entanto, no Projeto, vai se percebendo a potência educativa e terapêutica de uma inteligência emocional presente em todos os estudantes e que tende a ser reprimida na formação universitária usual. Os estudantes se surpreendem com sua capacidade de contribuir para a solução de problemas complexos com ajuda da emoção, da sensibilidade e da intuição e não apenas através da razão. O Projeto é uma oportunidade de se elaborar a inteligência emocional, pela possibilidade de uma relação continuada e franca com as pessoas em cuidado e pela possibilidade de problematização coletiva dos atos praticados. Vai se descobrindo a ética de determinado modo de agir emocionado.

Cabe ressaltar que a valorização da subjetividade humana tem sido tema de crescentes debates no campo da ética. Estudos referem sobre o tema da ética na saúde, associando-o à importância da subjetividade humana, da afetividade, nas ações de cuidado[13,14,15,16]. É atribuída, principalmente, à influência do modelo biomédico no cuidado em saúde, o distanciamento para

com a subjetividade humana na assistência à saúde, porém há uma necessidade de que a emoção, o toque, a escuta e a presença amiga façam parte do cuidado em saúde.

Portanto, na experiência realizada no PEPASF, estudantes têm a oportunidade de experienciar aspectos que fazem parte do debate da ética na atualidade, como a valorização da subjetividade nas práticas de cuidado em saúde. Ao valorizar esse aspecto em suas ações, contribui para transpor a perspectiva do paradigma biomédico na assistência, visto que procura atender a uma concepção integralizadora no cuidado à população acompanhada no âmbito comunitário.

O vínculo afetivo, elemento tão ressaltado na experiência do PEPASF, é uma dimensão do diálogo freireano. Um diálogo que vai além da troca de conhecimentos e da negociação racional de interesses e de projetos. Esse diálogo, que busca estratégias para se tornar horizontal, superando os silenciamentos impostos pelas relações de opressão e humilhação consolidadas na sociedade, é a base para a estruturação do caminho ético de condução das ações educativas e de cuidado nas práticas de Educação Popular. Trata-se, ainda, de um diálogo que não se esgota no encontro, mas que se aprofunda e se desdobra em pesquisas e estudos pela problematização de estranhamentos, dificuldades e contradições, buscando ampliar a compreensão pela correlação com dinâmicas sociais, políticas e ambientais globais. Um diálogo que se prolonga no agir transformador conjunto sobre a realidade problematizada em um processo contínuo de reflexão, ação, reflexão, ação...

A ética na Educação Popular em Saúde é, portanto, definida essencialmente na relação de diálogo. Como elemento ético, o diálogo está voltado à busca pela utopia de construção de uma sociedade transformada, onde os sujeitos subalternos possam ser protagonistas, pessoas participativas e atuantes política e socialmente. O diálogo encontra-se implicado na construção desse protagonismo. Conforme Melo Neto[17], o diálogo é considerado o elemento ético básico da formulação freireana e está relacionado a um projeto de emancipação. Como expressa o relato a seguir:

> "Essa é uma comunidade, um grupo de pessoas que tem seu jeito de viver, que tem violência e miséria, mas que também tem sabedoria e alegria [...]. Daí vem o aprendizado que tive no Projeto, com a ética: é importante você descobrir também que aquelas pessoas, com os próprios "pés", podem melhorar de vida. [...] A gente descobre que pode construir através do diálogo, da problematização da realidade, processos de estímulos para que ela própria possa se reerguer e construir a sua vida e melhorar, não apenas sozinha. Essa não é a ética do individuo; é a ética coletiva, da comunidade!". (E2)

Entretanto, para que as pessoas se tornem participativas, atuantes e protagonistas e possam coletivamente construir sua emancipação, essa relação dialogada se faz de forma específica. Nesse modo ético de diálogo, são criadas condições propícias para que as pessoas em cuidado ou os educandos expressem os problemas, as necessidades, os sofrimentos que experimentam em sua cotidianidade. As pessoas marcadas pelo sofrimento, pela subalternidade, em geral, apresentam dificuldades de se expressar ou de elaborar um discurso claro e afirmativo. É preciso criar dinâmicas para que as pessoas silenciadas falem; é necessário promover um ambiente afetivo para que se sintam à vontade para construir uma relação amorosa, para que se percebam acolhidos e à vontade para explicitar suas opiniões.

Não basta, porém, anunciar a vontade de construir relações baseadas no diálogo. Ele é difícil. A Educação Popular é um saber de superação dos bloqueios e das dificuldades do diálogo educativo com pessoas e grupos sociais marcados por pobreza, subalternidade, opressão e marginalidade. Esse saber é trazido para o Projeto pelos professores, pelas lideranças comunitárias, pelos estudantes mais antigos e pelos estudos bibliográficos. Sem esse saber, o diálogo e o vínculo afetivo não aconteceriam no PEPASF. Apesar de parecerem ser espontâneos e de fluírem naturalmente para muitos estudantes, eles são frutos de uma longa e difícil construção pedagógica, que foi consolidando atitudes e perspectivas de abordagem na cultura do Projeto. No jogo de tentativas, erros e acertos, atitudes e estratégias fortalecedoras do diálogo foram sendo reforçadas e aperfeiçoadas.

A metodologia problematizadora da Educação Popular encontra-se implicada nesse processo. Nesse sentido, as situações verbalizadas mediante o diálogo, geram problematizações que vão originar novas

elaborações sobre a realidade. O diálogo se aprofunda pela problematização, com uma perspectiva ética importante para a população, pois é feita, valorizando seus saberes, suas lógicas e seus interesses e não apenas trazendo reflexões do saber acadêmico ou dos professores e dos estudantes. Todos são acolhidos indistintamente e têm a oportunidade de participar com suas ideias a respeito da situação analisada. Essa é uma atitude ética que se busca fazer sem autoritarismos ou imposição. Não se procura apenas encontrar melhores entendimentos e soluções, mas também fortalecer o protagonismo dos moradores. O protagonismo político passa pelo protagonismo cognitivo. Assim, a partir da problematização coletiva da realidade, a situação vivenciada é discutida coletivamente e, em conjunto, são delineadas as formas mais éticas de organizar o cuidado em saúde para esses sujeitos. Procura-se construir uma nova forma de organizar a vida familiar e social, de maneira participativa. Esse construir "com", e não "para" eles, tem muitas implicações nos resultados obtidos.

Outra dimensão ética da Educação Popular é a ampla valorização da dimensão política no processo pedagógico. Não se buscam apenas compreender e encontrar soluções para os problemas pessoais e comunitários encontrados, mas enfrentá-los de um modo que fortaleçam as redes locais de solidariedade, as organizações comunitárias e articulações com os movimentos sociais mais amplos, tendo em vista a conquista da justiça social de maneira participativa. Os estudantes e professores se preocupam em apoiar politicamente a comunidade em suas reivindicações políticas, sabendo que elas se ligam a lutas mais gerais da sociedade.

Nesse contexto, destaca-se o trecho do seguinte discurso:

> "O apoio do Projeto às lutas comunitárias é uma coisa social. Foi assim na luta pela creche, para resolver a questão do lixo, a questão da história do Programa Saúde da Família; tudo isso foram lutas com participação do Projeto. [...] isso passa pela ética da libertação, pela intencionalidade política de ajudar as pessoas a se libertarem e da justiça social". (P4)

Esse discurso demonstra o compromisso de extensionistas com as aspirações e os interesses da comunidade, numa atitude ética condizente com a intencionalidade política da Educação Popular, de contribuir para transformar a realidade carente onde vivem; unir esforços no sentido de colaborar para conquistar a igualdade de oportunidades e a justiça social. É uma prática educativa que, como Freire[3] considera, está a serviço da decisão, da ruptura, da opção, da reorientação da ação sobre a realidade com vistas a transformá-la.

Essa é uma ética que se tece na atitude de estímulo à formação do protagonismo social dessa população, para que se sinta altiva e capaz de buscar a conquista de direitos sociais (acesso à saúde, à educação, à moradia, entre outros) e de justiça. Uma justiça que não vem do reconhecimento de gestores das políticas sociais, mas que se forja na base, isto é, que nasce da participação e da luta política comunitária.

A luta política na Educação Popular em Saúde condiz com o pensamento ético freireano, ao evidenciar a valorização de uma ética universal que luta pela concretização dos direitos humanos:

> Faz parte da ética universal do ser humano, a luta em favor dos famintos, [...] a briga em favor dos direitos humanos, onde quer que ela se trave. Do direito de ir e vir, do direito de comer, de vestir, de dizer a palavra, de amar, de escolher, de estudar, de trabalhar; do direito de crer e de não crer, do direito à segurança e à paz[18].

Nesse sentido, norteado pela Educação Popular, o PEPASF oportuniza a estudantes da área da saúde a busca pela concretização de uma ética universal do ser humano, em favor de sua dignidade e dos seus direitos. Essa experiência proporciona aos estudantes a compreensão de que a saúde não significa apenas a ausência de doenças, mas também ter casa para morar, trabalho, educação, alimento, afetividade, entre outros, e que é preciso lutar para que direitos humanos se concretizem e a população empobrecida possa direcionar-se para uma vida digna, o que requer a reorganização da vida política e econômica da sociedade.

A concepção política da Educação Popular, portanto, pode ser considerada um grande diferencial para a ética na saúde. Traz para o debate atual da ética uma ampliação que supera a preocupação com as relações interpessoais de cuidado, mediante uma perspectiva de ética voltada para uma dimensão socioafetiva.

Vale ressaltar que nem todos os estudantes do PEPASF se envolvem nas lutas mais amplas pela justiça. Alguns extensionistas desenvolvem um sentimento humanitário, indignado, em relação aos problemas vivenciados com a população comunitária. Esse sentimento os motiva a participar e apoiá-los na luta política pela conquista de direitos sociais que lhes são legítimos, tais como acesso a serviço de saúde e à educação, moradia adequada, entre outros. Esses estudantes vinculam-se afetivamente não apenas às famílias que acompanharam ou à dinâmica política da comunidade Maria de Nazaré; apresentam uma vinculação que tende a exceder esse cenário de atuação, algumas vezes desdobrando-se para participação em outros movimentos políticos. O afeto construído tende a se ampliar para uma vinculação de maior intensidade, permeada por um sentimento amoroso que chega dentro do processo, mas não é sentido por todos os estudantes nem na mesma intensidade. É algo que envolve muita afinidade e dedicação a esse trabalho no contexto da Educação Popular; um vínculo amoroso com a causa dos oprimidos; um amor humanitário, universal, em favor da valorização da dignidade humana, do respeito à vida, da luta pela concretização da justiça. Esse sentimento foi citado no seguinte discurso:

> "Cada momento que a gente passa na casa daquelas famílias, a ética está sempre regendo nossas vidas. Posso citar a ética da luta por justiça social que tem a ver com a ética do amor; a ética da liberdade; a ética da autonomia, que tem a ver com a liberdade; a ética do cuidado que está ligada a preservação da vida". (P3)

Este estudo tem frisado muito a importância do vínculo afetivo na estruturação de uma ética definida na relação de diálogo com as classes populares. Esse vínculo afetivo começa com o encantamento com a criatividade popular, o carinho como são tratados pelos moradores, o fascínio pela surpreendente diversidade de caminhos de vida presentes naquela comunidade, os desafios teóricos trazidos pelas situações com que se deparam e os consequentes aprendizados, a gratidão das pessoas acompanhadas e o clima de amizade e de alegria que é criado nesse trabalho. Mas esse vínculo vai se aprofundando. Situações de dificuldade, ingratidão, tensão, conflito e frustração surgem, criando períodos sem esses reforços. Tempos áridos, que desanimam alguns, mas fazem outros estudantes descobrirem estar vinculados afetivamente para além das emoções do presente. Um vínculo mais visceral e mais atávico que os aproxima de um compromisso não apenas com os moradores mais próximos, mas com as classes populares em geral. Esse vínculo mais profundo e amplo é mais bem expresso pelos conceitos de amorosidade e amor, muito presentes na teoria freireana.

A amorosidade percorre a obra de Freire e se materializa no afeto como compromisso com o outro. É um sentimento que envolve a solidariedade, a humildade, o respeito ao outro, o acolhimento às diferenças. "É uma amorosidade compartilhada que proporciona dignidade coletiva e utópicas esperanças em que a vida é referência para viver com justiça nesse mundo"[19]. A amorosidade freireana, portanto, relaciona-se a uma perspectiva coletiva, universal, de busca pela justiça, pelo respeito à dignidade humana.

O amor vem sendo motivo de objeto de reflexão filosófica desde a Antiguidade até a Contemporaneidade. Segundo Abbagnano[20], Platão foi quem primeiro deu tratamento filosófico ao amor. Suas obras, "O Banquete" e "Fedro", destacaram-se como estudos filosóficos sobre esse sentimento. Desde a Grécia Antiga, o amor vem sendo analisado por pensadores de diversas correntes filosóficas como uma manifestação, na realidade humana, de um princípio transcendente que orienta o cosmo. Na Contemporaneidade, a Psicologia se tornou outro campo teórico que muito tem valorizado o seu estudo. Recentemente, a Neurobiologia tornou-se outro campo teórico inovador de seu estudo.

É oportuno destacar que o amor é um sentimento simples de se entender por ser uma realidade existencial universal e, ao mesmo tempo, pouco preciso nas descrições teóricas, por assumir formas tão diferentes no cotidiano da vida humana. Ferreira[21] afirma que o amor compreende

diversos significados: sentimento de dedicação absoluta a outro ser ou a uma coisa; sentimento de afeto; amizade, carinho, simpatia, ternura; muito cuidado, zelo; sentimento ardente de uma pessoa por outra; adoração, amor a Deus; inclinação ou apego profundo a algum valor ou a alguma coisa que proporcione prazer. Há o amor de mãe, dos casais, dos místicos, dos poetas, dos prostíbulos, do comércio preocupado com a venda de presentes, de irmãos, dos políticos populistas, etc. A grande valorização do amor romântico entre os casais, na cultura contemporânea, tem criado uma referência de compreensão mais forte que tende a torná-lo um conceito carregado de grande idealização, confundindo outras perspectivas de compreensão. Trata-se, por isso, de um conceito importante no pensamento freireano, que vem sendo evitado de ser analisado mais claramente nos estudos sobre a Educação Popular. Nesses estudos, há uma tendência de explicitar, principalmente, sua dimensão de compromisso, menosprezando suas dimensões afetivas, que este estudo mostrou serem fundamentais.

Na obra de Paulo Freire, os conceitos amor e amorosidade estão muito presentes. São fortemente influenciados pelo Cristianismo que professava, mais precisamente pela perspectiva teológica que, na década de 1970, passou a ser denominada de Teologia da Libertação. Em entrevista concedida à Revista Tempo e Presença, Freire assim se expressou sobre sua ligação com o Cristo:

> [...] a prática pedagógica a que me entreguei desde a minha juventude, no caminho libertador, teve muito a ver com minha opção cristã. Certa vez eu disse numa entrevista que, muito moço ainda, eu fui aos morros do Recife, às zonas rurais, por causa de certa intimidade com o Cristo [...]. Chegando lá, a realidade dramática e desafiante do povo me remeteu a Marx, a sua leitura e estudo. Mas não deixei jamais de continuar me encontrando com o Cristo nas esquinas das favelas[22].

Nessa entrevista, Freire evidencia a ligação de sua prática pedagógica libertadora com sua opção cristã. Em outras palavras: sua opção cristã encontra-se ligada ao caminho libertador dos pobres de sua condição de oprimidos, de explorados.

A opção cristã freireana remete ao cristianismo social, tal como assumido pela Teologia da Libertação[23]. Esta Teologia propõe o engajamento político dos cristãos na construção de uma sociedade justa e solidária. Considera o pobre, não como um objeto de caridade, mas sujeito de sua própria libertação, protagonista de sua história. As concepções freireanas apontam para esse sentido, visto que Freire expressa uma prática educativa libertadora, voltada para uma concepção crítica e problematizadora da realidade, com vistas à conscientização coletiva e à luta política pela concretização de mudanças. Conforme Silva[22], a perspectiva cristã expressa por Freire encontra-se vinculada ao sentimento de amor humanitário à pobreza, o qual se revela no compromisso com as classes empobrecidas, com a construção de sua libertação.

Nesse contexto, um dos professores entrevistados assim se reportou:

> "A Educação Popular é esse referencial para a gente seguir os princípios éticos da autonomia, da intencionalidade política, da busca por mudanças. Acho que essa ética se encontra muito ligada com o cristianismo, com os princípios morais, não no sentido próprio da moralidade, mas no sentido de princípios que norteiam a vida". (P1)

Essa perspectiva cristã não está presente apenas em Paulo Freire. Muitos dos militantes da Educação Popular são cristãos. A Educação Popular se expandiu muito vinculada às ações pastorais das igrejas cristãs da América Latina. Muitos dos professores e estudantes do PEPASF são cristãos e frequentemente expressam o vínculo entre suas estratégias de ação e sua concepção religiosa.

A pouca legitimidade, no ambiente científico, de trazer a perspectiva religiosa e espiritual para a discussão acadêmica pode estar dificultando a compreensão do conceito de amor na Educação Popular. Talvez por isso seja importante recorrer à teologia cristã para entender melhor o pensamento de Paulo Freire e de muitos educadores populares sobre o amor.

No Cristianismo, o amor também é encarado como princípio transcendente que orienta o cosmo. Seria a forma de o divino se revelar no humano. A primeira carta de João, apóstolo de

Jesus, destaca que devemos amar uns aos outros, pois o amor vem de Deus e todo aquele que ama, nasceu de Deus e conhece a Deus, porque Deus é Amor. Esta afirmação é base para se entender a antropologia cristã, ou seja, o conceito cristão do ser humano, que teria sido criado à imagem e semelhança de Deus. Assim, para a antropologia cristã, a realidade mais essencial do ser humano é o amor. A história humana seria, nessa perspectiva, formada pelas vicissitudes e peripécias do amor e do desamor. As maiores conquistas e vitórias são as do amor, assim como os erros e as derrotas. A ética cristã é fortemente marcada por essa perspectiva. Paulo de Tarso (5-67 d.C.), conhecido entre os cristãos como São Paulo e autor de textos de imensa influência em todas as igrejas cristãs até na contemporaneidade, escreve em sua Carta aos Romanos que o amor relaciona-se ao pleno cumprimento da Lei. O desafio da ética cristã seria aprender a amar a partir da referência de Jesus de Nazaré[24].

A Psicanálise tem evidenciado a força da dimensão inconsciente no ser humano, mostrando a incapacidade da consciência e da objetividade racional governarem todo o seu agir. A espiritualidade cristã seria uma forma de acolher e modular essa dinâmica inconsciente em direção ao amor para que todo o ser, e não apenas a consciência lógica, atue socialmente[24].

Nessa perspectiva cristã, a amorosidade não seria apenas uma metodologia para o diálogo mais intenso, mas um fim em si mesmo. Não se busca apenas uma sociedade justa, participativa e sem marginalizados ou oprimidos, mas uma sociedade amorosa, pois só assim o ser humano se realizaria plenamente. Paulo de Tarso expressa bem essa perspectiva cristã sobre o amor em sua Primeira Carta aos Coríntios:

> [...] ainda que tivesse o dom da profecia, o conhecimento de todos os mistérios e de toda a ciência; ainda que eu tivesse toda a fé, a ponto de transportar montanhas, se não tivesse o amor, eu não seria nada. Ainda que eu distribuísse todos os meus bens aos famintos, ainda que entregasse o meu corpo às chamas, se não tivesse o amor, nada disso adiantaria[25].

A amorosidade social e radicalmente difundida seria um princípio ético dessa perspectiva cristã, tão presente na Educação Popular. Luta-se por justiça, protagonismo e participação de todos na definição dos rumos da sociedade, pela equidade e pelo fim da miséria, mas tudo com amor e para o amor. Trata-se, sem dúvida, de uma diferenciação de muitas perspectivas éticas emancipatórias que se centram em projetos de reorganização das relações políticas e econômicas concretas e de suas organizações institucionais.

O desenvolvimento do sentimento de amor, por alguns estudantes, durante sua caminhada no Projeto, traz uma significação ética importante associada ao benefício que se quer alcançar mediante o apoio e a participação na busca pela concretização de mudanças na realidade da população comunitária. Motivados pela amorosidade, eles solidarizam-se com as famílias e com a população comunitária, unindo-se com elas, na luta por melhores perspectivas de vida e de saúde, por justiça social. Eles demonstram alegria com as conquistas e entristecem-se com as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que ali moram, na luta pela sobrevivência.

Conforme Freire[26], o amor relaciona-se ao compromisso com a humanidade. Para ele, o ato de amar está em comprometer-se com a causa da libertação dos oprimidos, onde quer que eles estejam. Nesse sentido, a prática educativa freireana expressa um amor compromissado com as classes oprimidas em uma perspectiva libertadora, que impulsiona a população a problematizar as situações de opressão que vivenciam e investe na formação do protagonismo dos sujeitos e dos grupos, tendo em vista a intencionalidade política de transformar a realidade opressora vivenciada.

Nessa perspectiva, em se tratando da proposta ética da Educação Popular em Saúde experienciada pelos estudantes, podemos perceber que a presença da amorosidade gera compromisso com a população comunitária, com as suas reivindicações, com as suas necessidades. A valorização desse sentimento no debate da ética em saúde pode ser considerada uma inovação da discussão do que se busca através do trabalho de promoção da saúde.

Considerações finais

O desenvolvimento deste estudo revelou a importância da formação ética oportunizada pelo PEPASF para a estruturação do agir ético de futuros profissionais atuantes no campo da saúde. Este agir ético, baseado no vínculo afetivo, na amorosidade, no diálogo problematizador e na busca pela justiça social, traz uma concepção diferenciada para a ética na saúde na atualidade, que ainda se encontra muito articulada ao cumprimento de códigos de ética e à valorização do modelo biologicista centrado na doença, nas técnicas e na racionalidade científica. Além disso, essa experiência demonstrou que há uma passagem da ética centrada nas relações interpessoais, muito comum nas ações em saúde, para uma ética voltada para uma ação social efetiva.

Embora a ética descrita neste estudo não seja absorvida por todos os estudantes, a experiência oportunizada pelo PEPASF tem contribuído para formar estudantes que seguem hoje, na vida profissional, como pessoas atuantes numa perspectiva transformadora. Nesse sentido, se queremos investir em uma formação ética que tenha fortes influências da Educação Popular, precisamos procurar conquistar, por meios administrativos institucionais e pela melhor sistematização teórica, a incorporação mais abrangente da Educação Popular no ensino em saúde. Desse modo, a formação ética evidenciada neste estudo poderá ser expandida, trazendo uma concepção de ética diferenciada para a saúde pública, pautada em valores humanos.

Referências

1. Vásquez AS. Ética. 30a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.

2. Holliday, OJ. Ressignifiquemos as propostas e práticas de Educação Popular perante os desafios históricos contemporâneos. In: Pontual P, Ireland T, organizadores. Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas. Brasília. DF: Ministério da Educação; 2006. p. 233-9.

3. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica. 33a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

4. Trombetta S, Trombetta LC. Ética. In: Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. Dicionário Paulo Freire. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 178-80.

5. Wanderley LEW. Educação Popular: metamorfoses e veredas. São Paulo: Cortez; 2010.

6. Vasconcelos EM. Espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. Espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 9-162.

7. Cruz PJSC, organizador. Educação Popular na universidade: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP). São Paulo: Hucitec; 2013. Capítulo x, A extensão popular e seu significado atual para a universidade; p. 21-8.

8. Melo Neto J F. Extensão popular. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; 2006.

9. Bardin l. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

10. Zoboli ELCP. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. Saúde Colet. 2007;4(17):158-63.

11. Ribeiro KSQS, Soares JS, Vasconcelos EM, Cruz PJSC, Silva MO, Lira GA. Os primeiros passos de uma experiência de Educação Popular na UFPB. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 64-88.

12. Vasconcelos EM. Educação Popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 363-98.

13. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Júnior KR. A subjetividade humana como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc Saúde Colet.* 2006;11(4):1093-103. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030

14. Fonseca AM, Campos ACV, Cotta FMP, Borelli LR, Dutra BS, Santana JCB. Reflexões éticas sobre o cuidado humanizado na percepção dos enfermeiros. Ciênc Saúde. 2010;3(1):2-8.

15. Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. Mundo Saúde. 2010;34(1):86-91.

16. Fortes PAC. Ética, direito dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):30-5. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300004

17. Melo Neto JF. Educação Popular: enunciados teóricos. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB; 2004.

18. Freire P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. 7a ed. São Paulo: Ed. Unesp; 2000.

19. Fernandes C. Amorosidade. In: Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. Dicionário Paulo Freire. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 37-9.

20. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 5a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007. Amor; p. 38.

21. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3a ed. Curitiba: Positivo; 2008. Amor; p. 29.

22. Silva NS. Amor e revelação na pedagogia dialógica: diálogo entre Paulo Freire e Juan Luis Segundo [dissertação]. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 2009.

23. Calado AJF. Rastreando fontes da utopia freireana: marcas cristãs e marxianas do legado de Paulo Freire. Consciência net. 4 fev 2009 [acesso em: 22 fev 2012]. Disponível em: http://consciencia.net/rastreando-fontes-da-utopia-freireana-marcas-cristas-e-marxianas-do-legado-de-paulo-freire-por-alder-julio-ferreira-calado/

24. Storniolo I. O amor, revelação do divino no humano [Internet]. In: Anais do 15º Congresso Internacional da Associação Junguiana do Brasil; 2007; Atibaia, Brasil. São Paulo: Instituto Junguiano de São Paulo; 2007 [acesso em 4 jan 2012]. p. 5. Disponível em: http://ijusp.org.br/memoria/xv-congresso-internacional-da-ajb-27-a-30092007/.

25. Bíblia sagrada. São Paulo: Paulinas; 2010. 1 Cor 13:2-3.

26. Freire P. Pedagogia do oprimido. 42a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

Batista PSS, Vasconcelos EM, Costa SFG. Ética en las acciones educativas y de cuidado en salud orientadas por la educación popular. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1401-1412.

Este estudio tiene por objetivo analizar la ética, en las acciones educativas y de cuidado, orientada por la Educación Popular en Salud, basándose en la experiencia de extensionistas del Proyecto de Educación Popular y Atención a la Salud de la Familia. Se trata de un estudio cualitativo realizado con diez extensionistas en la Comunidad Maria de Nazaré, João Pessoa, *Paraíba – Brasil*. Se colectó el material empírico a través de entrevistas y observación de participante, y se analizó por Análisis de Contenido. Las reflexiones evidenciaron la importancia de valorar la subjetividad, la sensibilidad, el protagonista, la vinculación afectiva, la defensa de los derechos humanos y la amorosidad, en la acción ética dirigida a la familia en el cuidado de la salud. Este estudio genera una concepción de ética que transpone la actuación dirigida al cumplimiento de los códigos de ética, usual en la salud.

Palabras clave: Ética. Salud. Cuidado. Educación Popular en Salud.

Recebido em 24/05/2013. Aprovado em 15/04/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0504

Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS

Osvaldo Peralta Bonetti[a]
Muna Muhammad Odeh[b]
Fernando Ferreira Carneiro[c]

Bonetti OP, Odeh MM, Carneiro FF. Questioning the Institutionalization of Popular Education in Health in the Unified Health System (SUS – acronym in Portuguese). Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1413-1426.

In the context of the implementation of the National Policy of Popular Education in Health, the analysis and reflection on the process of institutionalization of Popular Education in Health in the Unified Health System are deepened. Theunderstanding of the actors embedded in the field of popular education is identified and it stimulates further debate concerning the process of institutionalization, its potentialities, risks and challenges. This article is structured as a qualitative research, which was developed through a semi-structured interviews and literature review. The conclusion of the article is that the institutionalization of popular education in health is a bet that may thrive if the historical background, knowledge, practices and struggles conducted by popular organizations in the health system are recognized and respected.

Keywords: Health Policy. Health System. Education in the health realm. Community Participation.

No contexto da implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, aprofundam-se a análise e reflexão sobre o processo de institucionalização da Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde. Identifica-se e problematiza-se a compreensão dos atores do campo da educação popular sobre o processo de institucionalização, suas potencialidades, riscos e desafios. Configura-se em uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e análise bibliográfica. Conclui que a institucionalização da educação popular em saúde configura-se em uma aposta e que seu êxito dependerá do reconhecimento e respeito à historicidade e ao conjunto dos saberes, práticas e lutas do campo popular na saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. Educação em Saúde. Participação Comunitária.

[a] Ministério da Saúde, Departamento de Gestão Participativa (DAGEP). SQN 409, bloco C, apto 207. 70857-030. Brasília, DF, Brasil. obonettibr@yahoo.com.br
[b,c] Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário. muna.odeh@gmail.com, fernandocarneiro.brasilia@gmail.com

Introdução

Ao refletir sobre a institucionalização da Educação Popular em Saúde (EPS), inicialmente, visitamos sua historicidade, buscando identificar quem são seus atores e o que intencionam.

Neste sentido, a década de 1960 é um marco na caminhada da educação popular, quando profissionais e estudantes engajados na busca da transformação social aproximam-se da cultura popular. Surgem iniciativas como os movimentos populares de cultura, de educação de base, entre outros, nas quais foi possível compreender a cultura popular como uma forma de luta popular, bem como compreender que este processo levaria à transformação das relações de poder e da vida do país[1].

Já a aproximação da educação popular com a saúde somente veio a se edificar na década seguinte, na qual, inspirados nos conceitos da educação popular, sistematizados inicialmente por Paulo Freire, muitos profissionais de saúde articulados ao movimento da educação popular, à luta pela transformação da atenção à saúde buscaram implementar formas participativas de relação com a população, rompendo com a tradição autoritária dominante que se estabelecia nestes espaços[2,3].

A sistematização destas experiências em encontros populares veio compor o ideário do que se convencionou chamar de movimento da Reforma Sanitária[3]. Contudo, fortalecendo o cenário das possíveis justificativas para mobilização pela PNEP-SUS, o autor ainda afirma que mesmo com o acolhimento dessas contribuições na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, o modelo biomédico que está na base do "fosso cultural" entre serviços de saúde e população continuou intocado[1]. Ao analisar o processo da Reforma Sanitária e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), o autor afirma ainda ter havido um erro estratégico por parte dos sanitaristas ao conquistarem o SUS, por terem se afastado dos movimentos populares. Assim, desde então o processo político se desloca dos movimentos populares para o âmbito das instituições do Estado, por exemplo, os conselhos de saúde[4]. Reflexão essa que acreditamos ser oportuna ao momento atual do cenário de desafios trazidos pela PNEP-SUS.

Desde então, nos seus mais de 40 anos de história, a EPS tem contribuído como referencial para a configuração de novos espaços de participação popular no contexto do SUS[5]. Processo alimentado pela constituição de novas redes de movimentos e práticas de EPS em todo país, que se configuram em espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos, conceitos, visões de mundo, atuando como dispositivos fundamentais[d] para o campo[6,7].

Segundo Gomes e Merhy[8], muitas das formulações desenvolvidas pela EPS têm sido agregadas em diversas experiências onde se tenta implementar novas perspectivas de fortalecimento e consolidação do SUS. Percebe-se também que a EPS apresenta uma caminhada crescente junto à gestão do SUS. Contudo, mesmo que se identifique a influência difusa exercida no sistema de saúde, percebe-se que o campo, configurado em um movimento social tão amplo e com razoável acumulação de experiências, tem encontrado muita dificuldade em generalizá-las politicamente[3].

No que diz respeito à saúde, observa-se que, com a redemocratização do país, a partir de 1980, experiências individuais que atuavam de certa forma clandestinamente, em função do sistema ditatorial, começam a conquistar maior expressão e evidência junto à política de saúde, tornando-se inclusive referência político metodológica de gestões municipais, a exemplo de Recife (2000-2004) e Camaragibe (1996-2004), ambas em Pernambuco e administradas pelo Partido dos Trabalhadores, e no governo estadual de Miguel Arraes (1994-1998), também em Pernambuco[2].

[d] Dentre estes podemos citar a Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP), a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), o Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da ABRASCO, a Articulação Nacional de Extensão Popular em Saúde (ANEPOP), Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), entre outros.

No nível de Governo Federal, o ano de 2003 apresenta-se como um divisor de águas no país, momento em que, fruto de uma grande mobilização dos movimentos sociais, o Partido dos Trabalhadores governa pela primeira vez a Presidência da República com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva. Nesse período, encontramos a acolhida da EPS no Ministério da Saúde (MS), ao ser criada a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde em sua estrutura, integrando a nova Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)[9]. Essa iniciativa apresentou-se como um desdobramento da intencionalidade política do movimento em participar do SUS, expressa em 2002 pelos atores da Rede de Educação Popular em Saúde, por meio de uma carta ao Presidente recém-eleito[10].

Uma das estratégias implementadas neste período foi o apoio à constituição da "Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), como um espaço de interlocução entre os movimentos sociais populares e a gestão do sistema"[9].

No percurso da institucionalização, merece destaque também, o ano de 2008, no qual a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) recebeu a reivindicação, por parte dos movimentos e coletivos nacionais de EPS de qualificação da interlocução com os mesmos, ampliando o espaço de construção coletiva e de apoio institucional às experiências de EPS. Dentre os encaminhamentos sugeridos, foi apresentada a proposta de criação de um grupo de trabalho permanente entre a SGEP e os movimentos e coletivos de EPS[(b)].

Ao acolhê-la, a Secretaria propôs a implementação do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), posteriormente instituído pela Portaria GM nº 1.256/09[11], tendo como objetivo principal a formulação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS). Desde então, uma agenda de diálogo tem sido empreendida, confluindo na aprovação em julho de 2012 da Política no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, em maio de 2013, na sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)[9].

Cabe destacar que atualmente a institucionalização da EPS extrapola o setor saúde, sendo que outras áreas também tem buscado fortalecê-la enquanto referencial político-metodológico de suas políticas. No momento presente, o Governo Federal vem promovendo o debate por meio da Secretaria Nacional de Articulação Social da Presidência da República da formulação da Política Intersetorial de Educação Popular.

Assim, na conjuntura atual, muitas indagações emergem, dentre as quais ressaltamos: Qual a compreensão sobre a institucionalização apresentada pelos atores deste processo? Que riscos, desafios e potencialidades são apontados?

Apenas esse leque expositivo já traz dimensões inesgotáveis para o exercício que aqui nos propomos. Porém, enquanto ator que se movimenta no campo, em suas redes e articulações e também protagonista do espaço de gestão da EPS no SUS, me disponho junto aos colegas autores a problematizá-los. Buscamos assim, contribuir com as reflexões sobre a institucionalização da EPS no SUS e identificarmos possíveis contribuições e limitações apresentadas por este processo, na tentativa de identificar nossos acertos e necessárias correções na caminhada.

Instigados pelo contexto da institucionalização, neste artigo buscamos discutir a PNEPS a partir dos resultados encontrados em pesquisa sobre tema. Este trabalho configura-se, assim, em artigo original.

Identificando referenciais teóricos para a reflexão sobre a institucionalização da EPS

Segundo Gadotti[12], a educação popular se constitui em um grande conjunto de teorias e de práticas que tem em comum, nas diversas partes do mundo, o compromisso com os mais pobres, com a emancipação humana. Seguindo sua origem, a EPS é também um compromisso político com as classes populares, com a luta por melhores condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo controle social. Apresenta-se diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular, possuindo perspectiva histórica, reconhecendo os pequenos passos e os movimentos das forças sociais em busca do controle de seu próprio destino[13].

De acordo com Valla[14] para os movimentos populares que historicamente vivenciam a educação popular como dispositivo na construção do sentido para sua existência, a mesma traz o pressuposto da integralidade da política. Pois, de maneira geral, lutam no enfrentamento dos múltiplos problemas que aparecem no mundo da vida.

Instigando a importância dos processos instituintes da EPS, Vasconcelos[2] refere que "não basta alguns saberem fazer, é preciso que o saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde". O autor aponta que temos condições de superar a fase em que as práticas de saúde mais integradas à lógica de vida da população aconteciam apenas em experiências alternativas pontuais e transitórias.

Assim, podemos inferir que as aspirações de fortalecer a institucionalidade da EPS é um processo anterior a 2003 e às próprias experiências governamentais registradas anteriormente, pois se apresentam como um processo político contra-hegemônico, embasado em uma perspectiva integral da política, a qual não pode furtar-se das oportunidades apresentadas pela conjuntura atual.

Para Gadotti[12], espera-se hoje da educação popular a "ruptura com seus próprios preconceitos e que não tenha medo, inclusive, de superar-se a si mesma, de renovar-se, refundar-se, fiel ao princípio de buscar respostas para esse novo tempo, aberto a muitas possibilidades de futuro".

Ao problematizarmos a institucionalização da EPS enquanto uma política pública do SUS, é importante aprofundarmos a reflexão sobre a relação entre Estado e Sociedade, pois a tensão entre esses espaços configura-se em elemento estruturante para o exercício da sua compreensão.

Com este intuito, aliados à perspectiva freiriana, revisitamos as formulações de Gramsci, dentre as quais destacamos a centralidade da cultura na práxis política pela transformação do Estado em busca de uma sociedade de todos, onde a liberdade seja, não só um direito, mas uma experiência coletiva[15].

A aposta na possibilidade de transformação do homem, mesmo que este esteja constantemente sendo condicionado pelo meio, é uma questão transversal entre os mesmos.

Para Gramsci[16], a sociedade civil é um duplo espaço de luta de classes, expressa contradições e ajustes entre frações da classe dominante e, ao mesmo tempo, nela se organizam também as lutas entre as classes. Logo, não há oposição entre Sociedade Civil e Estado em Gramsci, de certa forma há sim, uma unidade na diversidade[17]. Concorda, assim, com a concepção freiriana que nunca estabeleceu dicotomia entre os espaços Estado e Sociedade Civil, para a qual é inconcebível pensá-los em polaridades absolutas[18].

Ao apresentar centralidade na subjetividade em sua "filosofia da práxis", Gramsci apresenta o conceito de hegemonia cultural, expondo, sem desmerecer a dimensão econômica, que Marx via como definidora da ordem social, a luta cultural como questão central para as organizações populares[19].

Consta-se, dessa forma, que o poder de uma classe se define, sobretudo, no campo da cultura, sendo que este não depende tanto do controle do aparelho estatal, mas, antes de tudo, de sua capacidade para dirigir intelectual e moralmente o conjunto da sociedade e para gerar "consensos" condizentes aos seus interesses, sendo o controle do Estado apenas consequência.

Ao expor que o poder se estabelece como soberano, hegemônico, não só pela coerção, mas especialmente pelo consentimento voluntário das classes subalternas e dominadas, Gramsci, longe de buscar a culpabilização das classes populares, veio a desnudar as contradições da hegemonia burguesa, abrindo caminho para compreender a ordem social e, fundamentalmente, as possibilidades para transformá-la[19].

Conforme a perspectiva apresentada, o "Estado pode ser assumido pela sociedade civil como finalidade intrínseca de sua ação, entendido como espaço de permanente disputa; pode ainda, conforme a capacidade do processo de construção de hegemonia cultural, ser espaço de promoção da justiça social e econômica"[20].

Referindo-se ao setor da educação, Paludo[21] afirma que o movimento de educação popular que opta pela via da institucionalização em políticas públicas, deve ser mais amplo do que a política propriamente dita. Para a autora, "a construção da educação popular como política pública acompanha, necessariamente, o avanço da refundação do Estado", assim, teria que incidir na explicitação das contradições sociais para se inserir na totalidade do social, processo no qual seus atores teriam que ser necessariamente protagonistas[18]. Apresenta-nos assim, a importância do olhar dialético e problematizador sobre os papéis de cada segmento na relação Sociedade/Estado nos processos de

institucionalização, a fim de se evitar o aprisionamento da ação política dos movimentos populares que se dedicam a o protagonizar.

Outra referência atual e importante neste contexto é a obra de Boaventura de Sousa Santos que, ao afirmar que vivemos em um mundo de transição paradigmática marcado por perguntas fortes e respostas fracas, propõe a recuperação dos saberes e práticas dos grupos sociais como um "imperativo ético" à sociedade atual. Nesse sentido, apresenta-nos construções importantes como a Sociologia das Ausências, na qual refere ser a racionalidade que alicerça o "pensamento ortopédico ocidental" uma racionalidade indolente, que não reconhece e, por isso, desperdiça muita da experiência social disponível ou possível no mundo[22].

Na formulação da sua Ecologia dos Saberes, o saber só existe enquanto diversidade de saberes, sendo que temos a existência e a possibilidade de uma infinita diversidade destes no mundo. Considera uma exigência atual, a identificação e o rompimento de fronteiras para a construção de saberes mais integrais que atendam com mais efetividade os problemas de nosso tempo[22].

Santos[22] também defende a ação, mesmo que em um período de incertezas, de respostas fracas, antes que seja demasiado tarde. Logo, *a utopia do presente é o pensamento alternativo de alternativas*, ou seja, não desperdiçarmos a infinidade de alternativas que temos acessíveis a partir da radical incerteza destas. Empregarmos assim, outra racionalidade no resgate e construção de saberes, baseada na aposta e não meramente da comprovação de sua eficácia científica como apregoa o pensamento ortopédico.

Metodologia

O estudo configurou-se como pesquisa qualitativa alinhada ao método freiriano e buscou uma construção dialógica entre pesquisador e pesquisados.

Minayo[19] afirma que o método qualitativo permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante o período de investigação, permitindo a sistematização progressiva de conhecimento até atingir a compreensão do processo em estudo.

O estudo foi desenvolvido por meio da realização de oito entrevistas semiestruturadas com membros do CNEPS e de análise de literatura.

Nas entrevistas, buscou-se identificar e compreender os significados implicados no processo de construção da PNEP-SUS, de acordo com o olhar de seus protagonistas, ressaltando o entendimento sobre institucionalização, riscos, desafios e potencialidades apresentados no processo.

Para tanto, a seleção dos entrevistados contemplou dois atores de cada um dos setores ou espaços de inserção a seguir, buscando atingir a diversidade de olhares e perspectivas: da gestão do SUS, da academia ou pesquisa, dos movimentos populares e do trabalho ou cuidado em saúde.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, conforme o Parecer nº 146.691/2012.

A análise das entrevistas

A transcrição da integralidade das entrevistas foi feita pelo entrevistador, autor da pesquisa, *ipsis litteris*, preservando-se a originalidade das falas.

Para análise dos dados coletados nas entrevistas foi utilizada como uma referência, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Seguindo as orientações de Lefèvre e Lefrève[23] sobre o DSC, a escolha das ideias centrais foi realizada com base nos objetivos estabelecidos na pesquisa, na bibliografia e nas falas dos entrevistados, mas, de forma interdependente e interligada à análise dos dados coletados nas entrevistas. Identificou-se como ideias centrais: institucionalidade, potencialidades, riscos e desafios da PNEP-SUS.

Neste percurso, por meio da evidência ou intensidade de aparição, como também pela convergência entre estas nas falas e na bibliografia, elencamos algumas categorias de análise, ou ancoragens como indicam Lefrève e Lefrève[23], dentre as quais destacamos em relação à institucionalização: parceria, legitimidade,

perenidade e intersetorialidade; às potencialidades: historicidade, multiculturalidade, saber e cultura popular, protagonismo; aos ricos: não respeito aos princípios; desconhecimento; cooptação; representatividade; regulação das práticas; aos desafios: articulação; trabalho em saúde; reformulação da EPS; ampliação de processo formativos; descentralização; mobilização pelo direito à saúde, intra e intersetorialidade.

Discussão dos resultados: dialogando com as falas dos entrevistados

Institucionalização da EPS como Política

Mesmo entendendo a dialogicidade entre o que é instituído e o que é instituinte, apontam que institucionalização é aquilo que torna perene alguma coisa até então periférica, tornando-se acessível de forma universal, garantindo-lhe legitimidade. Ou seja, aquilo que o Estado brasileiro, por meio do SUS, das Secretarias de Saúde, do MS, das Universidades Públicas e demais instituições incorpora no seu conjunto de regras, princípios, costumes e normativas legais.

> [...] é aquilo que é torna perene alguma coisa, né, aquilo que é trazê pra dentro do Estado brasileiro.

Contraditoriamente, outro entrevistado, ao trazer a dimensão de parceira no processo de institucionalização, expõe que esta não se tornará algo para sempre, sendo que a parceria será constantemente avaliada, podendo vir o movimento popular e as práticas a se retirar de sua construção.

> [...] é uma ideia de parceria, um pensamento de parceria.... porque se o movimento popular estão nessa parceria inseridos, eles não vão dexa que isso aconteça, eu tenha certeza que não vão dexa... porque, por exempro, é, é, o Ministério hoje, pode muda amanhã,... Mas, aí se não apoia, não concorda, vai fica de fora.

Segundo Maltez[24], citando Burdeau, a institucionalização do poder é a operação jurídica pela qual o poder político se transfere da pessoa dos governantes para uma entidade abstrata – o Estado. Neste sentido, a busca da institucionalização seria o deslocamento do poder ou da decisão política sobre determinado fazer do gestor ou governante, para a Política que seria uma representação do Estado. Com essa, a decisão não estará mais dependente apenas da vontade do gestor, pois, por ter sofrido todo um processo de consenso e negociação para sua aprovação, sendo que demanda processo democrático, institui uma vontade coletiva junto ao arcabouço do Estado.

As falas dos entrevistados apontam também que, ao ser institucionalizada uma Política de EPS em um setor específico, acabará por imputar uma responsabilidade ao Estado, conferindo legitimidade à educação popular nos demais setores das políticas de direito, configurando-se assim, em um processo intersetorial.

Dentro da reflexão sobre a institucionalidade da EPS, merece destaque a leitura apresentada pelos entrevistados sobre as características do Estado brasileiro.

> [...] Há uma coisa truculenta de cima pra baixo, vertical, o Estado brasileiro é extremamente autoritário..., a universidade dentro, tem pessoas que lutam pela democracia, mas, dentro das instituições tem muito autoritarismo.

Assim, segundo a fala dos entrevistados, o Estado ainda apresenta características autoritárias, elitistas, sempre em busca da legitimidade na sua relação com a sociedade. Neste sentido, entendemos que, embora haja um governo que apresenta comprometimento com as questões sociais, ainda não conseguimos reconfigurar o Estado de modo geral, a cultura arraigada nas suas múltiplas instituições.

A análise dos três últimos governos, nos mostra grandes conquistas em relação à consolidação da democracia e mobilidade social, com melhoria de vida da população mais pobre. Segundo o último Relatório do Programa das Nações Unidas, o Brasil está entre os 15 países que mais conseguiram

aumentar o IDH entre 1990 e 2012, alto desempenho em desenvolvimento humano fruto do que o relatório aponta como políticas "certas"[25].

Contudo, novas questões e desafios se colocam. Sader[26], ainda atual, ao se interrogar sobre qual a natureza dos governos Lula, aponta que não decifrar o enigma do seu significado teria levado a direita a reiteradas derrotas, assim como a esquerda a ser incapaz de se desenvolver, frear o processo de despolitização em curso e se posicionar de maneira correta diante da polarização política e social que vive o Brasil.

Concordando com a afirmativa, Pochmann[27] refere que as pessoas que melhoraram de renda e emprego são orientadas pelo mercado, favoráveis ao crescimento, mas extremamente conservadoras em valores, favoráveis a pena de morte, por exemplo.

Contraditoriamente, um entrevistado afirma que em relação àqueles que têm acesso à participação, que estão engajados nos movimentos populares construindo políticas durante as últimas três gestões do Governo Federal, este processo tem gerado conscientização e ampliação da habilidade política, para esses o Estado "já não mete medo mais" afirmou.

Potencialidades

A realização de encontros multiculturais entre segmentos e entre a diversidade de movimentos e práticas, referenciados na leitura crítica da realidade, é apontada como possível contribuição para a ampliação do imaginário popular sobre a saúde, contexto no qual as Tendas Paulo Freire são destacadas como dispositivos importantes.

> [...]. Por que pocos momentos que tu encontra vários movimentos sociais, com trajetórias diferentes e vários atores de diferentes espaços...; e se você pode junto, né, amplia esse imaginário do que é saúde,.., eu acho que a Educação tem muito a contribui com isso.

A qualificação da relação entre profissionais de saúde, serviços e usuários, como também, do cidadão com a própria saúde é mencionada. Além disso, a possibilidade de ampliar os espaços de participação popular, ao identificar e fomentar novos canais de diálogo, mais identificados com a arte e a cultura popular, são destacados como potencializadores da democracia participativa no SUS. Neste cenário, os círculos de cultura e as rodas de conversa são apresentados como caminhos estimuladores do protagonismo de novos atores no setor saúde.

> [...] Qué dizê, cria outra forma de relação, de que a saúde se não se torne apenas médico, enfermeiro, paciente, enfermero, paciente néh, individual, sem nenhuma relação comunitária coletiva.

Às práticas populares de cuidado é atribuída uma grande potencialidade, sendo que contribuem enquanto referencial para as práticas de saúde instituídas no sentido da mudança no modelo de atenção do SUS.

Percebe-se que a EPS poderá vir a contribuir com o protagonismo popular nos processos de cuidado, promovendo maior autonomia. O que se manifestaria em múltiplas dimensões permeando a esfera dos serviços de saúde que também são aparatos ideológicos do Estado, até a produção da saúde de modo mais amplo, impactando inclusive sobre a perspectiva econômica envolvida.

> [...] das pessoas se entenderem que ela pode tê autonomia nos seus processos de cuidado e que ela pode exige, também, do Estado, a sua parcela de, de contribuição, né.

Identificamos em falas como "é a reinvenção do SUS", "é a reinvenção de um projeto humanitário", a intencionalidade de construir outro projeto de sociedade, no qual o desenvolvimento seja alicerçado em uma cosmologia mais solidária, mais humana, mais integral e integralizadora, que não desmereça ou marginalize as potencialidades já existentes historicamente acumuladas pelo povo na superação das situações limites enfrentadas no cotidiano. Conflitante assim, com a cultura posta pelo capital, do lucro,

do individualismo exacerbado, que tem trazido marcas indeléveis à saúde, outra forma de relação entre as pessoas. "[...] o projeto popular apontado por Freire caracteriza-se pelo resgate do histórico de lutas do povo brasileiro, é recuperar a humanidade roubada do povo, construindo uma nova cultura"[28].

A implementação da PNEP-SUS apresenta potencial para a conquista de uma nova cultura política no SUS, ampliando a democracia participativa, mais identificada e respeitosa com a diversidade da cultura popular brasileira. Construção já em curso no campo das práticas de EPS, mas que agora poderá ser capilarizada, ou seja, possibilitar o alcance aos princípios, valores e "jeitos de fazer" da EPS na vida cotidiana das pessoas. Para esta conquista, é evidente a necessidade de maior investimento público em processos formativos e comunicativos que propiciem aos atores implicados com a implementação da Política, um processo dialógico e pedagógico de fato, promotor de uma rede de interlocutores capazes de contribuir com a sua descentralização junto aos estados e municípios.

Observamos que as intencionalidades manifestadas em relação à PNEP-SUS a configuram identitária da filosofia da práxis, não só por valorizar a dimensão cultural nos processo de cuidado e de participação, como também, por apresentar um referencial político metodológico ao trabalho educativo. Assim como, com a proposta da Ecologia dos Saberes, sendo que PNEPS é compreendida como uma estratégia fortalecedora de um processo multicultural na relação entre os saberes popular e formal. Respondendo ao que seu autor aponta como imperativo ético ao conhecimento na atualidade, destacando o reconhecimento ao saber popular, historicamente relegado na formulação das políticas públicas.

Possíveis riscos

A inobservância e desrespeito a princípios como o diálogo, a construção compartilhada, a autonomia, a historicidade da EPS na implementação da Política são os primeiros riscos apontados pelos entrevistados. Situação que transformaria a institucionalização apenas em mais uma inovação do campo técnico burocrático do setor, perdendo sua potencialidade como dispositivo promotor de mudanças.

> [...] Eu acho que o risco é o esquecimento da história, *risos*. Existe o risco de tê o esquecimento, então, a gente precisa tá sempre lembrando...

A dificuldade de compreensão sobre o que seja EPS por parte dos trabalhadores de saúde é apresentada por mais de um entrevistado como um risco, podendo vir a ser vivenciada "somente como algo atrelado ao resgate do tradicional". Entende-se que essa afirmativa fortalece a importância da comunicação, dos processos formativos e informativos na implementação da Política.

Ademais, a cooptação dos movimentos populares nesta relação com o governo é colocada de forma dialética, mas referida pela maioria dos atores entrevistados. Alguns a entendem como um grande risco, dentre estes representantes da gestão e dos movimentos populares.

> [...] Outro risco é da cooptação não é. Que esses setores, vamos dizê populares, eles comecem a se acomodar numa, numa determinado espaço, numa determinada situação... acho que já, agora já chegamo lá, né, e não precisamos mais, não precisamos mais estar abertos ao novo e essas coisas todas aí né.

Outros acreditam que o processo de politização construído no caminho de institucionalização criou certo "antídoto" a mesma.

> [...] Eu acho que se a gente trouxe e tê bem claro a educação popular num de, político, eu acho que não se corre o risco de coopta os movimentos sociais, por que você vai politizando os movimentos também, né.

Apenas um ator do segmento dos movimentos, nega que esta possa ocorrer entre movimentos que têm a práxis da EPS no seu projeto.

> [...]. Mas eu acho que num, não teria risco não, por que se o movimento popular estão nessa parceria inseridos, eles não vão dexa que isso aconteça.

Dentre seus reflexos deletérios, são apresentados por um entrevistado o engessamento das práticas pela burocracia, a perda da perspectiva de movimento que a EPS historicamente construiu, abrandando sua criticidade, uma de suas maiores potencialidades no diálogo com a gestão do Sistema.

Acreditamos que o grau de fragilidade dependerá não somente da força política de cada movimento, mas da identidade com o projeto político da EPS. Logo, movimentos que têm uma práxis referenciada nos princípios da EPS poderão encontrar mais espaços e dispositivos onde possam desenvolver, com criatividade e assertividade, estratégias de apoio, fortalecimento e consolidação de suas experiências.

Um risco apontado por mais de um entrevistado, mesmo não sendo a intencionalidade apontada na Política e por aqueles que estão envolvidos em sua formulação, é o de as iniciativas de fortalecimento das práticas populares de cuidado sejam confundidas com profissionalização e haja a tentativa de um processo de regulação das mesmas.

Sendo um processo participativo, construído em parceria com coletivos e movimentos de educação popular, mesmo que a intencionalidade da PNEP-SUS não seja institucionalizar movimentos e práticas, ainda nos é apresentado o desafio de problematizar cada vez mais sobre qual deverá ser o papel de cada um destes espaços ou atores na implementação da Política? *Até onde ir*? Em que ações o movimento popular deve centrar suas forças e colocar-se em parceria com o Estado em sua implementação? A beleza e a potência das práticas de EPS possuem íntima relação com a autonomia em que se constroem, profissionalizá-las poderá ser um risco.

Importante também destacar que nas falas dos entrevistados os riscos apresentam dualidade em relação às potencialidades, não de forma contraditória, mas dialeticamente, ou seja, uma possível potencialidade, se não bem trabalhada, pode vir a se configurar em um risco.

Desafios identificados

Indicada por alguns atores, a necessidade de fortalecimento da relação entre EPS e os segmentos reivindicatórios das políticas de promoção da equidade.

> [...] Então, hoje nóis, nós temos, é, reconquistamos esse lugar, né, com o Comitê, com a instituição da Política, mais, a gente tem esse novo desafio que é primero por um lado, fazê esse diálogo, né, com, com essas outras Políticas.

O fortalecimento da EPS nos serviços de saúde é referenciado, apontando-se certa dificuldade para construir coletivamente ações com os profissionais de saúde. "Muitas vezes, não há abertura por parte do Sistema para realizarem tais práticas no seu cotidiano, o que se fortalece pela não consideração desta como produção em saúde", refere um entrevistado.

Merece destaque a demanda exposta por um ator entrevistado de que a EPS "volte a ser elaborada, refletida, formulada", em busca de uma ação mais abrangente em relação à saúde. Nessa retomada, aponta a categoria luta de classes como essencial.

Em relação à gestão, apresentou-se o desafio dessa conseguir fomentar e apoiar os processos educativos/formativos, "o fortalecimento da base", os processos de formação política, os quais identificam-se com a necessária intensificação da mobilização popular pelo direito à saúde

> [...] Num primero momento o risco era, ãh, di sê cooptado pela estrutura governamental.... Hoje o risco é tá dentro do Governo e não tê condição de dá continuidade, a dá real legitimidade que é o trabalho de base.

Outro desafio identificado é a implementação descentralizada da Política, ou seja, torná-la institucionalizada em todos os estados e municípios, sendo que há uma diversidade muito grande de gestões, partidos, culturas institucionais, e grande heterogeneidade entre os movimentos populares.

Destacamos, ainda, o desafio da mobilização pelo direito à saúde, justificado pela afirmativa de que, embora se tenha conquistado a ampliação do acesso por meio da expansão do SUS na atenção básica, ainda são vivenciados inúmeros problemas no cuidado em saúde pela população.

> [...] E ai não acabo o problema de jeito nenhum, né. Pelo menos nesse setor não acabo o problema.

Na análise das críticas e problematizações trazidas nas falas dos entrevistados, evidencia-se a necessária construção da transversalidade entre as políticas já existentes. Além do espaço da gestão participativa, identifica-se que espaços como o da atenção básica, da gestão do trabalho e da educação, onde o enfrentamento junto às instituições de ensino é presente, também devam estar articulados.

Conclusão

A análise da institucionalização da PNEP-SUS, nos leva a afirmar que o conjunto de saberes, práticas e lutas oriundas do campo popular são elementos que servem de inspiração e referência para os processos de construção da EPS junto à gestão do SUS.

Ademais, as práticas e movimentos de EPS configuram saberes que vão muito além das questões locais ou das áreas temáticas onde se concentram. São capazes não apenas de reivindicar, mas também de propor caminhos inovadores com consistência, qualidade e pertinência ao arcabouço do SUS, de modo a gerar dispositivos e novos marcos institucionais suficientes para fazer avançar seu processo de consolidação, especialmente em relação à sua apropriação por parte da população.

Percebemos que a ação da militância da EPS não se expressa somente pela reivindicação da ampliação do acesso aos serviços e ações convencionais de saúde, consultas, exames, medicamentos. Mas, pela explicitação de que o cuidado em saúde precisa ser diversificado, respeitando, legitimando e fortalecendo as experiências oriundas do saber popular, como as práticas corporais, dos remédios caseiros, da espiritualidade, da alimentação saudável, entre outras.

Neste estudo, pudemos identificar que a institucionalização da EPS requer processo dialógico, construção compartilhada, respeito ao acúmulo popular, reafirmando sua historicidade, reconhecendo os pequenos passos e os movimentos das forças sociais em busca do controle de seu próprio destino. Logo, não dever ser compreendida como um fim em si mesma, mas como uma construção que deve ser paulatina, respeitando os "tempos", as diferenças entre o caminhar dos movimentos e da gestão.

Identificamos que a institucionalização da EPS não é um fato novo, sendo que atores do campo da EPS vem construindo processos instituintes em muitos espaços do Sistema, seja nos serviços, instituições de ensino e até mesmo em experiências em gestões municipais. Nesses, a EPS se organiza construindo diálogos com espaços da sociedade conquistando os aparelhos privados de hegemonia ou contra-hegemonia. É nova, por outro lado, a iniciativa de incorporar a EPS, com seus princípios e práticas, como política pública em nível nacional e inserção transversal em várias outras políticas, especialmente na atenção, na gestão, na formação e na participação popular.

Os referenciais visitados levam a compreensão da importância de "ocupar" o lugar do Estado, disputando-o no sentido de termos políticas que contemplem o saber popular dentre as alternativas para superação das iniquidades e efetivação do direito à saúde. Assim, a institucionalização pode ser percebida como um processo "molhado de ideologia" que busca a conquista de uma ação política mais integral, como historicamente a EPS tem se expressado. Porém, não pode ser resumida apenas à perspectiva formal, e sim, fundamentalmente pela legitimidade do seu processo histórico de transformação cultural na saúde, seguindo o referencial de análise gamsciniano.

Identificamos que a PNEP-SUS se apresenta como fertilizante para a busca do fortalecimento e efetivação de um projeto popular de saúde, explicitando a necessidade de transformar o Estado vigente que determina o modo de fazer saúde. Sua institucionalização se apresenta como uma medida de reparação do Estado brasileiro aos saberes e práticas populares e seus agentes, sendo que foram

determinantes para a formulação do projeto da Reforma Sanitária, porém, acabaram sendo alijados do processo de implementação do SUS.

Atualmente, embora vivenciemos governos comprometidos com o popular, o Estado brasileiro ainda é condicionado pelas elites, fato que encontra grande expressão no setor saúde. Ainda nos deparamos com posturas coorporativistas em determinadas categorias profissionais que hegemonizam o poder no setor; com uma indústria farmacêutica detentora de poder capaz de definir condutas e posturas ao cuidado; com subfinanciamento do SUS e a existência de planos privados de saúde sendo financiados pelo poder público, por meio dos impostos pagos pela população, para citar alguns exemplos. Estas e outras questões estruturais identificadas nas falas, também precisam poluir a reflexão acadêmica do campo da EPS, ou seja, que as relações de poder instituídas no setor sejam cada vez mais desnudadas e problematizadas a fim de que transformações substanciais aconteçam fortalecendo a luta cultural expressa pelo campo.

Em meio aos muitos desafios, riscos e potencialidades, fica explícita a necessária coragem para esta aposta, como também, o desejo de não perdermos a capacidade de indignação, de que não nos conformemos com a conquista de nosso "pedaço de sistema", do financiamento historicamente sonegado, mas que continuemos partilhando e lutando por um sistema público de saúde de todos os brasileiros.

Referências

1. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interface (Botucatu). 2001;5(8):121-6.

2. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):67-83.

3. Stotz EM, David HMSL, Un JW. Educação Popular e Saúde - Trajetória, Expressões e Desafios de Um Movimento Social. Rev APS. 2005;8(1):49-60.

4. Stotz E. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Cadernos de Textos VERSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

5. Pedrosa JIS. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Rev APS. 2008;11(3):303-13.

6. Bonetti OP, Pedrosa JIS, Siqueira TCA. Educação popular em saúde como política do sistema único de saúde. Rev APS. 2011;14(4):397-407.

7. Oliveira MW. Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. Cad Cedes. 2009;29(79):297-306.

8. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad Saúde Pública. 2011;27(1):7-18.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2013.

10. Rede de Educação Popular e Saúde. Carta: a educação popular em saúde e o governo popular e democrático do Partido dos Trabalhadores. Nós Rede; 2003;(3):6-8.

11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 1256, de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. Diário Oficial da União. 18 jun 2009.

12. Gadotti M. Estado e educação popular: Desafios de uma política nacional. Seminário sobre Política de Educação Popular; 16 set 2013. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Articulação Social da Presidência da República; 2013.

13. Stotz E. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. Educação, saúde e cidadania. Petrópolis: Vozes; 1994.

14. Valla VV. As classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

15. Simionatto I. O social e o político no pensamento de Gramsci. [acesso em: 7 ago. 2012]. Disponível em: http://www.acessa.com/gramsci/?id=294&page=visualizar.

16. Gramsci A. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1978.

17. Bobbio N. Ensaios sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil**.** 2a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

18. Heck S, Pontual P. Pé dentro, pé fora: a experiência brasileira. Rev Latino Amer Caribeña Educ Política. 2013;(37):90-9.

19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: Morrow RA, Torres CA, organizadores. Gramsci e a educação popular na América Latina: percepções do debate brasileiro. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

20. Rede de Educação Cidadã. Equipe Talher Nacional. Educação popular como política pública. 2009 [acesso em: 10 nov 2012]. Disponível em: http://www.recid.org.br/component/k2/item/35-ep-politicapublica.html

21. Paludo C. Educação popular e movimentos sociais na atualidade: algumas considerações. 2009 [acesso em: 10 dez. 2012]. Disponível em: http://www.mmcbrasil.com.br/noticias/040610_ufrgs_conceicao.pdf.

22. Santos BS. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. Rev Crítica Ciênc Soc. 2008;80:11-43.

23. Lefèvre F, Lefèvre AMA. O sujeito coletivo que fala. Interface (Botucatu). 2006;10(20):517-24. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017

24. Maltez. J. A. Institucionalização do poder, o que é? [acesso em: 7 out 2013] Disponível em: http://topicospoliticos.blogspot.com.br/2004/10/institucionalizao-do-poder-oque.html.

25. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento Humano 2013. Ascensão do Sul: progresso humano num mundo diversificado. New YorK. PNUD; 2013. p. 224.

26. Sader E. A nova toupeira: os caminhos da esquerda latino-americana. São Paulo: Boitempo; 2009.

27. Pochmann, M. In Emergentes do país são guiados pelo consumo e emprego. Folha de São Paulo. 26 maio 2012;B2 Mercado.

28. Arroyo M. Paulo Freire e o projeto popular para o Brasil. In: Caldart R, Kolling EJ, organizadores. Paulo Freire: um educador popular do povo. São Paulo: ANCA; 2002.

Bonetti OP, Odeh MM, Carneiro FF. El cuestionamiento de la institucionalización de la Educación Popular en Salud en el SUS. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1413-1426.

En el contexto de la aplicación de la Política Nacional de Educación Popular en Salud se profundiza en el análisis y la reflexión sobre el proceso de institucionalización de la Educación Popular en Salud en el Sistema Único de Salud. La comprensión de los actores involucrados en el campo de la educación popular es identificada y provoca más debates con respecto al proceso de institucionalización, sus potencialidades, riesgos y desafíos. El presente artículo está estructurado en una investigación cualitativa, que está basada en entrevistas semi-estructuradas y la revisión de la literatura sobre el tema. La conclusión del artículo es que la institucionalización de la educación popular en salud es, en realidad, una apuesta que logrará éxito siempre y cuando la historia, el conocimiento, las prácticas y las luchas conducidas por las organizaciones populares en el ámbito de la salud, sean respetadas y consideradas.

Palabras clave: Política de Salud. Sistema de Salud. Educación para la Salud. Participación comunitaria.

Recebido em 22/06/2013. Aprovado em 16/04/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0466

A educação popular e o cuidado em saúde:
um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos

Luciano Bezerra Gomes[a]
Emerson Elias Merhy[b]

Gomes LB, Merhy EE. The popular education and the health care: a study from the work of Eymard Mourão Vasconcelos. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1427-1440.

The article analyzes the conceptions about health care in authors of Popular Education in Health, with fundamental reference to the works of Eymard Mourão Vasconcelos published between 1994 and 2009. It is a literature research, qualitative, exploratory level, analytical and that besides of systematizing the formulations of this author, points to several possibilities for discussion with researchers of the theme of care. The texts were grouped into the following categories: power relations in health care; critiques to biomedicine, individual care, the approach to the family. It seeks to stimulate the production of new concepts from the integration between formulations of thinkers who have not themselves approached, despite it's potential thematic nearby.

Keywords: Popular Health Education. Health care. Qualitative research.

O artigo analisa as concepções sobre o cuidado em saúde em autores da Educação Popular em Saúde, tomando como referência fundamental a obra de Eymard Mourão Vasconcelos publicada entre 1994 e 2009. Trata-se de pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa, de nível exploratório e caráter analítico e que além de sistematizar as formulações deste autor, aponta para possibilidades de debate com diversos estudiosos do tema do cuidado. Os textos foram agregados nas seguintes categorias: relações de poder no cuidado em saúde; críticas à biomedicina; o atendimento individual; a abordagem à família. Procura-se estimular a produção de novos conceitos a partir da integração entre formulações de pensadores que não têm se aproximado, apesar de potenciais proximidades temáticas.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Cuidado em saúde. Pesquisa qualitativa.

[a] Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Endereço para correspondência: Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, João Pessoa, Paraíba, Brasil. 58051-900. lucianobgomes@gmail.com.
[b] Campus de Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, Rio de Janeiro, Brasil. emerson.merhy@gmail.com

Introdução

Este artigo é fruto de um estudo que tentou apontar as interfaces e possibilidades de diálogo entre as formulações de autores da Educação Popular em Saúde com autores que produzem conhecimentos sobre aspectos relacionados ao cuidado em saúde. Tal estudo se desenvolveu como parte do curso de mestrado realizado por um dos autores deste artigo, tendo o outro como orientador, junto à linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, do Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Como primeira etapa da pesquisa, realizamos uma revisão da literatura brasileira referente à Educação Popular em Saúde, onde apresentamos a compreensão de que este campo se formou, simultaneamente, como área de produção acadêmica e como dinâmico movimento social[1]. Em seguida, analisamos as formulações sobre o cuidado em saúde que se encontram em autores da Educação Popular em Saúde.

Para desenvolver esta etapa, identificamos os autores da Educação Popular em Saúde mais referenciados pelos pares. Entre eles, procuramos os que desenvolveram investigações relacionados ao cotidiano dos profissionais de saúde. Diante desses critérios, optamos por analisar a obra de Eymard Mourão Vasconcelos, tomando-a como indicativa da construção teórica desta matriz. Para além do reconhecimento acadêmico da relevante produção deste autor, também consideramos o caráter longevo de sua obra, tida como uma das fundadoras desta corrente, bem como sua inserção como um dos intelectuais orgânicos neste amplo movimento. Por tais características, acreditamos que seus textos reverberaram não apenas reflexões pessoais, mas que estão atravessados pelas construções coletivas que acompanharam o desenvolvimento do campo.

Metodologicamente, caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, de nível exploratório e caráter analítico. Para a abordagem do material, realizamos etapas sucessivas de leitura exploratória, seletiva e analítica, as quais executamos inicialmente sobre os 375 artigos detectados na base de dados da *Scielo* e que foram publicados até junho de 2009 com descritores relacionados à educação em saúde. A partir destes artigos, foram selecionados os 37 que mais permitiam contribuir com os interesses da análise, aos quais foram agregados 15 livros e 25 capítulos que apareciam neste material como mais relevantes, textos com os quais se produziu a primeira parte do estudo[1].

Para desenvolver a segunda etapa da pesquisa, analisamos tudo que Eymard Vasconcelos divulgou em formato escrito, como livros, capítulos de livros, artigos, entre outros, durante os anos de 1994 e 2009. Este recorte temporal foi eleito por ter sido neste período que vários autores intensificaram o debate sobre as disputas em torno da clínica e o campo do cuidado em saúde, como se pode perceber nas produções desta época de Emerson Merhy, Gastão Campos, Luiz Cecílio, Laura Feuerwerker, Ricardo Ceccim, Alcindo Ferla, Túlio Franco, Ruben Mattos e Gustavo Tenório Cunha, entre outros.

Tomando este recorte temporal na obra daquele autor, realizamos nova abordagem de leitura exploratória, seletiva e analítica, quando utilizamos como referência alguns elementos da Hermenêutica Filosófica. Por limitações de espaço, sugerimos, aos interessados conhecer detalhadamente o método desenvolvido, a consulta ao artigo anteriormente publicado[1] ou à dissertação que deu origem a ele[2].

A obra de Eymard Vasconcelos

Inicialmente, salientamos que Eymard não se coloca como um pesquisador "asséptico". Em tudo que escreve, explicita sua vinculação com os interesses do que ele, geralmente, denomina por classes populares. É tipicamente um pesquisador que toma sua própria implicação para análise e produção de conhecimentos[3]. Faz isso de maneira muito próxima ao que pretende Alcindo Ferla: "que a própria prática, ao invés de viés de pesquisa, possa tornar-se, no tensionamento com a teoria, uma *ferramenta* para o *revezamento teoria* e *prática*"[4] (p.19, grifos do autor).

Percebe-se também nele um forte compromisso eticopolítico, ao ter a educação popular como orientadora metodológica. Entretanto, ele não realiza uma defesa acrítica do pobre em qualquer situação, acreditando se fazer necessário compreender as mudanças que vêm ocorrendo nas classes populares, visto as análises tradicionais estarem se apresentando insuficientes. Segundo Eymard,

o profissional precisa perceber que a população é capaz de organizar e sistematizar pensamentos complexos sobre a realidade em que vive, ao mesmo tempo em que é preciso identificar quando há erros por parte da população[5].

Muitos dos conceitos aqui expostos modificaram-se ao longo da obra deste autor. Embora reconheça tal caráter, não priorizamos apenas uma análise cronológica das questões colocadas. Tentamos categorizar os elementos mais relevantes segundo proximidade temática, associando formulações que tinham afinidade, mesmo que produzidas em contextos diferentes.

Por fim, sem se pretender exaustivo, apontamos perspectivas de diálogo entre as reflexões de Eymard e as produções de autores com quem ele não debate diretamente em seus textos. Tentamos, assim, uma dupla aproximação, pois muitos dos autores que colocamos para "dialogar" com Eymard também não discutem com ele quando refletem sobre o cuidado em saúde, possivelmente em virtude das produções dele serem mais vistas como relacionadas à educação em saúde. Acreditamos que as aproximações que propomos permitiriam enriquecer as diversas formulações que buscamos articular aqui.

Educação Popular e o Cuidado em Saúde

Um primeiro aspecto da obra de Eymard que destacamos é a sua concepção sobre o cuidado em saúde, que vai sendo forjada nas situações vivenciadas por ele junto às classes populares. Eymard pensa que certos problemas são muito profundos para serem curados, mas não para serem cuidados. Diante disso, ele formula o que toma por cuidado:

> cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de ser enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida da família. Cuida-se dessas famílias em situação de risco não como prêmio por perceber seu esforço ou sua assimilação das orientações da equipe mas como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinados às classes populares. O apoio familiar não pode ser um último teste para esta família se tornar operativa, mas espaço de vida a mais no qual lhe propiciamos alguns dos novos suportes que possam utilizar para compor seu próprio caminho de vida. Fazer-se responsável por membros incapazes de iniciativas próprias e em crise de uma família é evitar seu abandono em nome de uma propalada liberdade que as pessoas teriam para até mesmo não querer cuidar de sua saúde ou da de seus dependentes sem deixar, no entanto, de respeitar suas diretrizes de vida[5] (p.153).

Tal formulação se constituiu a partir da análise de experiências de cuidado a famílias vivendo em comunidades de extrema vulnerabilidade, que passavam por situações de intensa crise, e isso, de certa forma, está impregnado na noção que desenvolve[5]. Mesmo reconhecendo tal contexto, consideramos ser este um bom fragmento para iniciarmos a compreensão do que Eymard propõe para pensar o cuidado em saúde, desde que complementado por outros aspectos presentes em várias passagens analisadas no presente artigo. De certa forma, no trecho acima, há uma síntese do que este autor toma como referência ao propor arranjos para o cuidado. Nesta proposição, evidencia-se uma concepção eminentemente política do cuidado, onde o fundamental é colocar-se à disposição das necessidades do outro. Também que para lidar com a heterogeneidade do sujeitos, o profissional precisa abordá-los em suas singularidades, em uma complexidade social que se precisa compreender[6].

Afirma que os problemas de saúde extrapolam as dimensões orgânicas das pessoas. Entre outros aspectos, Eymard admite as dimensões afetivas como inerentes ao cuidado; ele acredita que "resultados positivos de nossa atuação construíram-se, em grande parte, por elementos afetivos transmitidos por nosso olhar e nossos gestos, fora do controle de nossa intencionalidade profissional"[5]

(p. 121). Ele sustenta que, para cuidar, o profissional deve "responsabilizar-se mesmo não tendo soluções técnicas bem-definidas, não deixando que pessoas, com pouca capacidade de enfrentamento da crise de vida a que estão submetidas, fiquem abandonadas e sozinhas"[7]. (p.301). Ao invés das relações disciplinares, é um compromisso eticopolítico que deve orientar o cuidado. Aproxima-se, aqui, de formulações como a de Ruben Mattos: "o que caracteriza o melhor cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade"[8] (p.121). Isto não significa rejeitar os aportes que a ciência traz para o desenvolvimento do cuidado, mas os subsume ante outras relações.

Ainda, Eymard propõe associarmos a responsabilização profissional com o reconhecimento da capacidade do outro em determinar sua própria vida e que se tome a autonomia do outro como pilar para a prática do cuidado em saúde. Discorda do julgamento moral muitas vezes realizado por profissionais e equipes de saúde ao tentarem enquadrar as atitudes das pessoas em padrões de comportamento aceitáveis. Em diversas ocasiões, tais avaliações servem para que os profissionais determinem as pessoas que merecem ou não o atendimento adequado. Ao contrário, como citado anteriormente, ele defende que se cuide das famílias "como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinados às classes populares"[5] (p.153).

Para assumir tal atitude, não podemos continuar a ver apenas as carências existentes na população. Eymard crê que precisamos aprender também com as suas potências, as intensidades presentes nas suas vidas. Destaca a necessidade de se compreenderem e valorizarem as potencialidades dos indivíduos e grupos sociais. Enfatiza que precisamos trabalhar com os aspectos positivos, ricos, da vida das classes populares. "Suas atitudes seriam [...] mais bem compreendidas se analisadas pela ótica da busca de **INTENSIDADE** no viver"[5] (p.109, grifo do autor).

Para realizar práticas de saúde que permitam o desenvolvimento desta concepção de cuidado, superando as diferenças de perspectivas identificadas entre trabalhadores e população, este autor aponta a educação popular como caminho. Ao mesmo tempo, ele faz diversas reflexões sobre as necessidades de avanços no debate da educação popular, em relação a como tal discussão ocorria nas suas primeiras experiências, durante os anos de repressão política das ditaduras militares na América Latina. Diante disso, Eymard sugere o que pensa ser uma Educação Popular em Saúde que se insira dinamicamente no momento atual.

De acordo com ele, o trabalho comunitário exige dos profissionais o aprendizado e o desenvolvimento de novas técnicas de cuidado e aposta na educação popular como método para levar ao desenvolvimento deste novo modo de se produzir saúde. Para além do ensino, aprendizagem e comunicação, ele julga a educação popular como método adequado para conduzir a gestão das práticas de saúde e como algo que redefine todo o funcionamento do serviço[5,9].

Ele também enfatiza que a educação popular precisa agregar, em seu instrumental metodológico e em suas temáticas, novas dimensões. Assevera que os profissionais de saúde devem aprender mais com a população em relação à valorização da intuição, da emoção e dos sentidos impressos à existência. Propõe que a elaboração conjunta de sentimentos e emoções, o diálogo sobre os sonhos e ideias utópicas sejam vistos como centrais para o desenvolvimento de novos educadores populares[7,10]. Ele crê que o investimento em dimensões culturais e subjetivas – embora boa parte dos profissionais e gestores não percebam estes aspectos como prioritários (sequer relevantes) para o sistema de saúde – representa aspecto central na luta pela saúde[5].

Passando a abordar a organização dos serviços segundo as proposições de Eymard, um primeiro aspecto a salientar é que ele defende a integração entre a atenção individual e coletiva, não devendo haver divergências e contraposições entre estas dimensões, que considera complementares, da atuação dos profissionais de saúde[9].

Ele situa o vínculo como central para a produção do cuidado. E para além do vínculo burocrático entre equipe e usuários, aponta para uma relação de intensa interação com o outro. Acredita no poder de um envolvimento amoroso entre trabalhador e usuários que permita a comunicação entre eles, acentuando que as diretrizes da responsabilização, vínculo e a produção de alteridade com usuários são terapêuticas também para os profissionais[7,10]. Ele diz que tal relação "torna o sofrimento do

outro significativo para o profissional", sendo fundamental "para o desmascaramento da ilusão na capacidade do conhecimento científico dar conta de resolver a totalidade das necessidades de saúde da população"[7] (p.299). Tal valorização do vínculo se aproxima da formulação de Luiz Cecilio, que propõe um arranjo teórico para analisar as "múltiplas dimensões da gestão do cuidado", em que considera como imanentes, no trabalho em saúde, o que denomina como as dimensões "individual", "familiar", "profissional", "organizacional", "sistêmica" e "societária" da gestão do cuidado[11,12].

Eymard vê inadequações na racionalidade médica hegemônica para lidar com a miséria, organizando-se a partir de serviços que selecionam os problemas de acordo com as ofertas que disponibiliza, e não segundo as necessidades de saúde dos usuários. Ele reconhece uma desresponsabilização sistêmica em relação à população[5]. Tal perspectiva se aproxima da concepção de Merhy[13], para quem os serviços de saúde devem se organizar tomando por objeto as necessidades de saúde dos usuários, concepção presente também em outros autores[14].

Eduardo Stotz (*apud*[15]), ao debater o tema das necessidades de saúde, chega às seguintes conclusões: as necessidades de saúde são sempre histórica e socialmente construídas, dizendo assim respeito a toda a sociedade, mas a doença tem características singulares, exigindo sua atenção em nível individual; sendo assim, é necessário trabalhar os valores subjetivos; ao mesmo tempo, então, necessidade de saúde não pode ser identificada nem na perspectiva do indivíduo desarticulado de suas relações sociais, nem de uma estrutura social totalizante.

Dialogando com a produção de Stotz, Luiz Cecilio[16] oferta uma taxonomia operacional das necessidades de saúde, a fim de ser trabalhada criticamente pelos profissionais no seu cotidiano. Este autor propõe, então, a categorização em quatro grandes conjuntos de necessidades: de se ter boas condições de vida; de se ter acesso a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; de se ter vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe ou profissional de saúde; de se ter graus crescentes de autocuidado e de autonomia na escolha dos modos de andar a vida[15,16]. Partindo desta taxonomia, Merhy[17] acrescenta a necessidade de ser reconhecido pelo outro em sua singularidade, sujeito de direito e cidadão nominal, enfim, o sujeito em sua alteridade.

Nem é preciso enfatizar a relação entre o que estes autores oferecem para se pensar as necessidades de saúde e algumas das reflexões sobre o cuidado em saúde, oxigenadas a partir da educação popular, desenvolvidas por Eymard Vasconcelos.

Por fim, diante de tantas possibilidades e desafios, Eymard salienta a importância de os profissionais conhecerem os limites de sua atuação e reconhecerem que há outros atores envolvidos na luta pela melhoria das condições de vida da população. Que saibam que as metas almejadas, diversas vezes, exigem muito tempo para serem alcançadas. Estas ponderações ele considera necessárias para evitar frustrações e permitir que o profissional torne sua vida mais prazerosa, seja feliz e, assim, cada vez mais se insira na dinâmica social do lugar em que mora[9].

Nas próximas páginas, desenvolveremos alguns conceitos específicos das produções de Eymard que têm relação com os desafios postos para uma renovação da clínica e para a produção do cuidado em saúde, nas suas diversas dimensões. Neste sentido, organizamos as contribuições e os debates em torno da obra deste autor nos seguintes tópicos: relações de poder no cuidado em saúde; críticas à biomedicina; o atendimento individual; a abordagem à família.

Relações de poder no cuidado em saúde

Eymard afirma que a atenção médica tradicional é injusta não apenas por segregar os trabalhadores, mas por reforçar e recriar, ao nível das microrrelações, as estruturas de dominação da sociedade[9]. Em determinados momentos, ele se aproxima ao que referia Maria Cecilia Donnangelo, para quem uma das funções da medicina na sociedade capitalista seria desenvolver um papel ideológico, fazendo crer que os problemas de saúde, que tinham determinações políticas, econômicas e sociais, estavam assentados e dependeriam de modificações individuais dos sujeitos[18].

Entretanto, mais do que estas análises dos interesses macroeconômicos do capital, Eymard discute no âmbito dos micropoderes; ele atua e reflete onde opera a micropolítica, buscando referência para isto na produção de Michel Foucault[19]. Segundo Eymard, embora aparentemente não tenham "poder formal" diante de diversas situações, os trabalhadores da saúde podem mobilizar um "poder simbólico" significativo[5]. Ao salientar a necessidade de se assumir que o profissional de saúde exerce tais poderes, ele defende que isso deve ser foco de problematização coletiva, tornando as relações de poder mais explícitas e permitindo seu redirecionamento, sempre que necessário[9].

Para ele, os trabalhadores de saúde tendem a desenvolver considerável poder diante da população e das autoridades locais. Estas relações existem, queira o profissional ou não, e é importante problematizá-las na perspectiva de que sejam submetidas à dinâmica coletiva dos sujeitos da comunidade. Infelizmente, em muitas ocasiões, os trabalhadores desenvolvem estas relações de modo que somente produzem mais poder para si, afastando-se cada vez mais da população ou, o que pode ser pior, fazendo com que ela fique dependente ou submissa a eles. Um bom modo de lidar com isto, segundo Eymard, é colocar sempre em discussão coletivamente as medidas que devem ser tomadas e o profissional evitar fazer pela população as coisas que ela mesma precisa realizar, mesmo que deste modo o processo pareça demorar mais ou apresentar certos retrocessos[9].

O usuário, por sua parte, tensiona os serviços diante de situações de acesso burocratizado, age com humor ou ironia, ou mesmo não adere a condutas prescritas pelos profissionais, tais medidas sendo sinais da sua autonomia[5]. Em especial, frente a lógicas disciplinares de se regular a produção da vida.

Estas resistências, entretanto, muitas vezes, não se exprimem como críticas realizadas de forma explícita, principalmente quando se dirigem aos profissionais de nível superior, como os médicos. Para compreender isto, Eymard desenvolve uma análise das relações de poder embutidas na linguagem. Segundo ele, "a linguagem não é somente instrumento de comunicação, mas também instrumento de poder. Competência linguística implica poder de impor a recepção"[5] (p.54). Tal perspectiva se aproxima da concepção que nos expõe Foucault, quando este fala que "o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar"[20] (p.10). Outros autores que desenvolvem profunda reflexão sobre a linguagem como poder são Gilles Deleuze e Félix Guattari. Segundo eles, ao desenvolvermos a linguagem, estamos inserindo as pessoas em regimes de signos que são, em si, relações sociais de poder. Afirmam que "a linguagem não é mesmo feita para que se acredite nela, mas para obedecer e fazer obedecer"[21] (p.12). Identificamos, nesta discussão sobre a linguagem, alimentada por Eymard, Foucault, Deleuze e Guattari, uma importante contribuição para o cuidado. Isto, por nos exigir analisar as maneiras como, em distintos momentos, nos posicionamos diante destas complexas relações de poder. Sempre estamos dentro delas, operando nelas. Ter consciência disto é importante para ajudar na nossa definição enquanto sujeitos políticos, mesmo (e essencialmente) quando estivermos atendendo as pessoas em nossos consultórios.

Para além de compreender os aspectos micropolíticos presentes nas relações entre trabalhadores e usuários, Eymard nos coloca a pauta sobre as relações que estabelecemos com as lutas populares, que não deixa de ser outro âmbito, mais coletivo, de se pensar o cuidado. Para ele, os processos desencadeados podem fortalecer a perspectiva de que os serviços de saúde devem ser controlados pela população organizada. Embora haja arcabouço legal neste sentido, as leis e portarias não garantem a efetiva participação da população nas definições políticas dos serviços de saúde. Acredita que somente a luta organizada pode garantir esta diretriz fundamental do sistema de saúde, embora considere que precisamos desenvolver estratégias de se enfocarem os interesses dos grupos populares menos organizados também[7,22].

Uma última reflexão sobre as relações de poder entre trabalhadores e população que trazemos da leitura de Eymard, refere-se à compreensão da violência no meio popular. Ele interpreta que a violência nas periferias representa caráter de manifestação da luta de classes, exprimindo revolta pelas condições de vida a que estão submetidos os pobres. Entretanto, boa parte da energia dispendida por tal revolta se perderia ao não se integrar a processos de transformação social. Tal contexto de violência, entretanto, ainda tem resguardado os profissionais de saúde, sendo excepcionais as situações em que

há ameaça ou mesmo agressão a estes trabalhadores. Embora tenha pequena dimensão quantitativa, segundo ele, a repercussão de eventuais situações tende a ser exacerbada[5].

A ampliação da violência social tem sido, na visão de Eymard, um dos fatores que mais tem sido utilizado para justificar a necessidade de distanciamento em relação à vida dos pobres. O trabalhador tende a se fechar, desenvolvendo atitudes formais e distantes como estratégia de autoproteção. Desvia sua sensibilidade para outros aspectos, impedindo que haja aproximação afetiva com os usuários, ficando tal atitude de maior abertura restrita a poucas pessoas que, por diversos motivos, galgam o acesso aos seus afetos. Segundo ele, para lidar com a eventual ameaça de violência e retaliação por parte de pessoas da população, a melhor arma que os profissionais têm é o vínculo e a publicização de suas ações[5].

Críticas à biomedicina

Eymard acredita que a concepção de ciência que orienta a medicina nos torna insensíveis e nos bloqueia a visão de diversas dimensões da vida das pessoas. E reconhece que a medicina científica moderna se sustentou nos pilares do paradigma newtoniano-cartesiano de explicação da vida humana e de suas alterações na normalidade, no que se convencionou pelo termo de modelo biomédico, o qual, a partir das últimas décadas, por diversos motivos, estaria passando por uma crise[5,7].

Diante disto, Eymard desenvolve, então, uma importante reflexão sobre a inadequação das condutas médicas tradicionalmente desenvolvidas na medicina liberal, quando elas são direcionadas para as classes populares. Para ele, "a conduta médica padrão é construída em outros ambientes sociais e institucionais. Pressupõe disponibilidade do paciente para uma série de procedimentos antes do tratamento"[5] (p.188). Entretanto, afirma que seria difícil perceber as insatisfações da população com as atividades desempenhadas pelos serviços de saúde, pois as pessoas insatisfeitas tendem a simplesmente não retornar. Para construir outra lógica de atuação, o profissional precisaria apreender as mediações existentes entre os elementos estruturais da realidade, que condicionam a vida dos usuários, e os processos patológicos sobre o corpo e a vida. Diante de situações complexas, seria sobre as mediações entre estas duas dimensões que o profissional poderia atuar, impactando-as.

Para lidar com a complexidade do cotidiano da vida das classes populares, Eymard identifica as limitações das disciplinas tradicionalmente integradas à clínica. Defende, então, a educação popular como capaz de redefinir as relações que os profissionais desenvolvem entre as diversas disciplinas que dominam com a realidade onde estão tentando intervir. Para tal redefinição, ele entende que a prática clínica se apresenta como cenário privilegiado[5].

Um autor que dá forte ênfase à necessidade se desenvolver outra prática clínica é Gastão Campos. Ele considera que uma reforma médico-sanitária deveria trabalhar uma total transformação da clínica, em que esta precisaria incorporar na rotina cotidiana processos de trabalho individuais e coletivos[23]. Este autor desenvolve várias análises e críticas aos modos tayloristas[24,25] de se organizar o trabalho em saúde sugerindo novos arranjos organizacionais, baseados na cogestão dos coletivos, bem como propõe uma intensa reconstrução dos saberes que baseiam o trabalho em saúde, apostando no desenvolvimento do que ele denominou por clínica ampliada. Campos indica como prioritário se reformular o objeto de saber e intervenção da clínica, que, para além da doença, agregaria dialeticamente o sujeito e seu contexto como objetos[26,27].

O atendimento individual

Ao abordar o atendimento individual, Eymard reflete bastante sobre a consulta médica. Ele considera que há uma rotina na consulta que permite a construção ordenada da história de vida (ou pelo menos nosológica) do sujeito. Que o diálogo com o outro fica mais rico com a exposição do corpo ao exame físico, permitindo o acesso a elementos não informados ou disfarçados pelo usuário, isto tudo envolto em uma intensificação da confiança e da cumplicidade entre os dois. Que se explora o

sofrimento até se construir um projeto de superação do mesmo. Ainda, que o médico pode enriquecer seu papel ao compreender a maneira como o usuário integra em sua vida o conjunto de ações a ele direcionadas na consulta. Para este autor, lidar com os valores do usuário é uma estratégia que enriquece a terapêutica, aumentando a chance de seguimento dos novos pactos construídos para o andamento da vida do usuário, bem como para o apoio profissional a ele destinado[5].

Neste sentido, Eymard concorda com algumas proposições defendidas por Kurt Kloetzel para organizar o atendimento individual. Para melhor conduzir a consulta na atenção básica, segundo Kloetzel, podemos realizar, nos primeiros atendimentos individuais, uma entrevista mais extensa se limitarmos os exames físicos ao que é necessário para orientar as condutas clínicas iniciais, deixando para ir conhecendo melhor os sujeitos nos atendimentos subsequentes. Esta prática de um exame físico seletivo orientado pela anamnese ajudaria a evitar erros em virtude de possíveis achados casuais em um desnecessário exame pretensamente "mais extenso e completo", por sinal, impossível de ser efetivamente realizado[28]. Deste modo, poderíamos, desde o início, priorizar a análise da maneira como os sujeitos significam seus adoecimentos, dialogando com eles. Os atendimentos de retornos e visitas domiciliares assumiriam, assim, papéis essenciais e deveriam ser encarados sempre como parte de uma investigação criteriosa, não da doença, mas dos modos como os sujeitos andam na vida[9].

O atendimento individual, segundo Eymard, deve ser encarado como um espaço essencial de atuação política e que pode ter caráter educativo ou não, de acordo com o modo como ele é desenvolvido. O profissional de saúde deveria ajudar a população a compreender os motivos dos processos coletivos de adoecimento que acometem sua família, e seria neste processo de conscientização que se desenvolveria a posição política dos sujeitos. Este momento de atendimento individual, geralmente, está limitado a encontros curtos entre profissional e usuário, demandando preparação para aproveitá-lo adequadamente. E ele não fala somente de conhecimentos técnicos, mas também da realidade em que a população está inserida. Enfatiza que a educação em saúde, que geralmente é trabalhada como elemento para a saúde coletiva, deve ser vista como um saber necessário para o atendimento clínico individual[7,9,10].

Eymard defende que o profissional de saúde precisa superar o distanciamento e se deixar, consciente e inconscientemente, afetar com a intensidade de emoções que são mobilizadas no trabalho em saúde. É fundamental integrar a dimensão afetiva como parte relevante do trabalho em saúde: "para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira"[10] (p.68). Aqui, ele se aproxima da concepção do encontro na saúde entre trabalhador-usuário como espaço intercessor, como é formulado por Emerson Merhy. Este autor recorre ao conceito deleuziano, concebendo como trabalho intercessor o agir em saúde, o qual produz ações de saúde com valor de uso no desenvolvimento de modos mais autônomos de se caminhar na vida. Para ele, enquanto em diversos tipos de trabalho a relação produção/consumo é mediada pelo mercado (através da relação de vários produtos com valores de uso e de troca), na saúde, tal interseção se dá de imediato, com produção e consumo ocorrendo simultaneamente no ato do trabalho vivo[13,29].

Merhy[13] identifica que os serviços, hegemonicamente, operam a partir de problemas específicos, dentro da lógica do modelo neoliberal das profissões, que subordina a dimensão cuidadora às dimensões profissionais específicos, tendo o saber médico como central, empobrecendo os núcleos específicos dos demais trabalhadores da saúde, inclusive em suas dimensões cuidadoras. Para superar tal situação, a dimensão cuidadora deveria ter a centralidade no trabalho em saúde, sendo preciso que o trabalho vivo, orientado pelas tecnologias leves e leve-duras, organizasse os diferentes processos produtivos fundamentais para a construção de um trabalho intercessor produtor de autonomia.

Se usasse tais conceitos em suas produções, acreditamos que Eymard defenderia a necessidade de a dimensão cuidadora tomar a centralidade no trabalho em saúde; ele consideraria que a Educação Popular em Saúde, além de ser uma tecnologia leve-dura, teria grande capacidade de ajudar a desenvolver novas tecnologias leves para o trabalho em saúde; ainda, que a autonomia e a potência produtora de vida dos usuários deveriam ser orientadoras das relações produzidas no trabalho intercessor.

Prosseguindo, identificamos na obra de Eymard a radical defesa do diálogo como estratégia capaz de definir a melhor conduta a ser tomada na prática clínica. Ao admitir as disputas e diferentes

perspectivas entre trabalhadores e usuários, Eymard propõe estruturar um atendimento individual baseado no diálogo, em que profissional e usuário, portadores de saberes diferentes e ambos necessários, possam aprender juntos os melhores caminhos a serem trilhados. Estes espaços dialógicos seriam essenciais para que os profissionais construíssem, em parceria com os usuários, intervenções a partir de seus conhecimentos biológicos e sociais mediados pelos saberes dos usuários sobre a própria dinâmica de vida, os quais iriam compreendendo melhor. Nesta relação, os usuários, por sua vez, adquiririam conhecimentos técnicos que poderiam ajudar nas suas lutas individuais e coletivas[9,30].

De modo próximo, Luis Claudio de Carvalho valora o usuário como sujeito do processo de cuidado e toma por analisador das relações entre trabalhador e usuários o que ele denominou por disputa de planos de cuidado, ao reconhecer como legítimo o embate de diferentes planos de cuidado construídos por eles. Entretanto, disputa, para este autor, não representa, necessariamente, conflito num sentido destrutivo, podendo ser algo positivo, desde que adequadamente elaborada pela equipe. Ele valoriza a existência de "um processo efetivo de disputa pelo cuidado em saúde, não sendo um momento negativo de resistência, mas uma parte fundamental para compor os planos terapêuticos"[31] (p.13). Carvalho considera as divergências de projetos, que sempre ocorrem no cotidiano, como uma potência para a atenção à saúde, fazendo a ponderação de que isto dependerá da maneira como as equipes compreendem e lidam com elas. "Essa disputa opera várias lógicas, como as profissionais, as éticas e as políticas. Assim, esta situação tem o potencial de propiciar o aperfeiçoamento do trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais e os cuidadores"[31] (p.24).

Por fim, Eymard destaca que o atendimento individual, por mais que seja potente, também tem seus limites, entre os quais destaca: a identificação dos problemas e a construção das alternativas são realizadas individualmente, os usuários teriam assim maiores dificuldades em constatar os processos coletivos em que estão envolvidos; as alternativas ficam menos ricas por não contarem com a participação de outros olhares[9]. Para superar estes problemas, deveríamos buscar a ampliação dos interlocutores na construção do cuidado, seja através de atendimentos voltados para o conjunto das famílias, ou desenvolvendo ações fora do serviço de saúde voltadas para os grupos sociais.

A abordagem à família

Um dos temas mais frequentes e relevantes na produção de Eymard é a necessidade de o profissional alargar sua abordagem para os grupos familiares, de aprender a lidar com as famílias, entendendo-as como produtoras de cuidados que são essenciais e que tornam muito ricas as possibilidades de apoio nas classes populares. Os cuidados que são produzidos em casa, na sua visão, devem ser valorizados não apenas pelo seu papel na biologia da doença, mas em virtude da mobilização de afetos e significados que provoca na pessoa doente, bem como no conjunto de pessoas que se envolvem na sua execução[6].

Para Eymard, um ponto central é o conceito de família com que se trabalha, sendo importante entendê-la como algo em constante transformação. Tal compreensão se faz necessária, a fim de que se evitem atitudes moralistas perante aquelas que não se encaixam no tradicional padrão nuclear. Diante de situações complexas, é essencial abandonar a concepção a que se recorre comumente de "família desestruturada", sendo necessário entender como cada uma está permanentemente se reestruturando. Para além da estrutura, reconhecer os fluxos contínuos de constituição e transformação das relações entre seus membros. A abordagem a uma família deve buscar processos constantes de desterritorialização seguidos de reterritorialização[32]. Esta questão é central, pois os profissionais de saúde são formados para diagnosticar e tratar os indivíduos e, muitas vezes, o momento em que um membro da família melhora é justamente quando o outro descompensa. O sintoma circula e o cuidado deve ser amplo e permanente[33].

Um aspecto relevante a se considerar nas famílias das classes populares é o papel que as mulheres assumem, de cuidadoras e batalhadoras por melhores condições de saúde para os parentes. Elas também têm papel importante na manutenção de redes de apoio social entre o conjunto dos membros das comunidades[6,34].

Eymard valoriza a construção de oportunidades de análise fora do contexto em que geralmente os profissionais se relacionam com as pessoas das classes populares. Em algumas situações, há um desencontro entre o diagnóstico médico e a percepção de saúde dos usuários. O profissional precisa compreender tais singularidades nas maneiras das famílias lidarem com a própria vida, evitando definir uma conduta "adequada" e passar a exigi-la indistintamente de todas as pessoas[5].

O acompanhamento familiar é potente para lidar com parte das limitações dos atendimentos individuais, mas diante de uma população heterogênea, torna-se fundamental concentrar energias em algumas situações, como estratégia para garantir a equidade. Entretanto, vale salientar que, muito mais relevante que a identificação de determinados fatores de risco estanques, a dinâmica familiar e as redes socais de apoios a que ela se articula é que conseguem ser preditoras da maior ou menor vulnerabilidade a que estão submetidas. Para trabalhar com tais pessoas, além de atendimentos individuais e familiares no consultório, seria importante o acompanhamento sistemático com visitas domiciliares[5,30].

O entendimento profundo destas dinâmicas exigiria dos trabalhadores encarar as relações destas famílias de forma mais complexa do que geralmente tem sido feito na maioria dos serviços. Eymard enfatiza a necessidade de se abordar de maneira ampla a dinâmica familiar para se produzir um cuidado mais adequado e eficiente. Para ele, ao invés de evidenciar a eventual falta de solidariedade entre as pessoas, seria mais importante trabalhar com a superação das dificuldades existentes nas formas de ajuda mútua existentes[5].

Segundo Eymard, a família e a vizinhança apresentam importante papel no desenvolvimento das redes de apoio social, consideradas uma das iniciativas da população que tem grande efeito no fortalecimento da capacidade de autocuidado e de conseguir graus crescentes de autonomia[7], necessidades de saúde relevantes, segundo a taxonomia desenvolvida por Cecilio[16]. Eymard defende que os profissionais de saúde têm um papel importante no acionamento e no fortalecimento de redes de apoio social junto à população[5]. Nas suas proposições, consideramos que consegue ofertar muitas reflexões em relação às dimensões individual, familiar e profissional da gestão do cuidado, segundo as denominações propostas por Cecilio[11,12] em sua cartografia.

Considerações finais

Pudemos ver, então, uma quantidade relevante de aspectos que podem ser problematizados em torno da clínica e da produção do cuidado a partir das contribuições de autores, como Eymard Vasconcelos, oriundos do campo da Educação Popular em Saúde. Acreditamos que estes e outros desafios teóricos e políticos que foram colocados a partir da presente análise poderiam ser estendidos ao conjunto dos formuladores da Educação Popular em Saúde, pois há muita proximidade entre as formulações de Eymard e da maior parte dos pensadores desta matriz teórica.

Para concluir, reafirmamos que este trabalho buscava não apenas apresentar a compreensão de Eymard Vasconcelos sobre o cuidado em saúde e as ferramentas que oferece para operar a gestão do cuidado. Intencionávamos, também, delimitar os aspectos que o leva a desenvolver suas formulações, bem como identificar possibilidades de interlocução com outras perspectivas teóricas que estão se debruçando sobre a vida pulsante nos serviços de saúde com a mesma radicalidade de defesa da vida que a educação popular nos propõe como parâmetro ético. Esperamos ter logrado tais intentos.

É provável que não tenhamos esgotado todos os aspectos da produção de Eymard referente ao cuidado em saúde, nem apontado de modo exaustivo as possibilidades de interação com outros autores que debatem a produção do cuidado. De todo modo, reconhecemos as limitações deste material, que tem características mais próximas de um ensaio, propositivo, problematizador. Apostamos, com isso, que os companheiros implicados na luta pela saúde, no confrontamento fraterno, ajudem a identificar e tapar as brechas existentes nesta pesquisa, bem como a propor desafios não vislumbrados por nós.

Referências

1. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(1):7-18.

2. Gomes LB. A gestão do cuidado na educação popular em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.

3. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco BT, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal; 2004. p. 21-45.

4. Ferla AA. Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul: Educs; 2007.

5. Vasconcelos EM. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

6. Vasconcelos EM. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. Saúde em Debate. 1996;50:101-106.

7. Vasconcelos EM. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizadores. Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 265-308.

8. Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 119-132.

9. Vasconcelos EM. Educação Popular nos Serviços de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

10. Vasconcelos EM. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 13-157.

11. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface (Botucatu) [online]. 2009;13 (suppl.1):545-555.

12. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). 2011;15(37):589-599.

13. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

14. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999;15(2):345-353.

15. Cecilio LCO.; Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p.37-50.

16. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS: Abrasco; 2001. p. 113-126.

17. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: In: Merhy EE, Magalhães Júnior EM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-35.

18. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

19. Foucault M. Microfísica do Poder. 20. ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal; 2004.

20. Foucault M. A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 11. ed. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola; 2004

21. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismos e esquizofrenia. Volume 2. Rio de Janeiro: Editora 34; 1997.

22. Vasconcelos EM. Para além do controle social a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde In: Fleury S, Lobaro LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2009. p. 270-288.

23. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991.

24. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. 1998;14(4):863-870.

25. Campos GWS. Um método para Análise e Co-Gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

26. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 229-266.

27. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

28. Kloetzel K. Medicina ambulatorial: princípios básicos. São Paulo: EPU; 1999.

29. Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 125-143.

30. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cad. de Saúde Pública. 1998;14 (sup. 2):39-57.

31. Carvalho LC. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

32. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7. ed. rev. amp. São Paulo: Vozes; 2005.

33. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-634.

34. Dias NMO. Mulheres: sanitaristas de pés descalços. São Paulo: Hucitec; 1991.

Gomes LB, Merhy EE. La educación popular y la atención de la salud: un estudio de la obra de Eymard Mourão Vasconcelos Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1427-1440.

El artículo analiza las concepciones sobre la atención de la salud en los autores de la Educación Popular en Salud, teniendo como obra de referencia fundamental lo que Eymard Mourao Vasconcelos publicó entre 1994 y 2009. Se trata de una investigación de la literatura, de naturaleza cualitativa, con nivel de análisis exploratorio y, además de la sistematización de las formulaciones de este autor, apunta a varias posibilidades para la discusión con los académicos en materia de la atención de la salud. Los textos se agrupan en las siguientes categorías: relaciones de poder en el cuidado en salud; críticas de la biomedicina; la atención individual; el acercamiento a la familia. Se trata de estimular la producción de los nuevos conceptos de la integración entre las formulaciones de los pensadores que no se han acercado, a pesar de las posibles similitudes temáticas.

Palavras clave: Educación Popular en Salud. Atención de la salud. Investigación cualitativa.

Recebido em 30/05/2013. Aprovado em 04/05/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0306

Eu vivi, ninguém me contou:

Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil

Ernande Valentin do Prado[a]
Cibele Sales[b]
Seiko Nomiyama[c]

Prado EV, Sales C, Nomiyama S. I have lived it, nobody told me: popular health education in the Family Health Strategy at the borders of Pantanal - Mato Grosso do Sul state, Brazil. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1441-1452.

This paper was inspired by the possibility of studying the contributions of Popular Education to the re-organization of Primary Health Care (PHC). A qualitative study was conducted with users and health providers of a Family Health Service in the urban area of Rio Negro, Mato Grosso do Sul state, Brazil. Data was obtained using interviews, field diaries, photo archives, audio, video, publications, reports and blog information. Our findings highlighted an evolution in the health care process, humanization of the relationship between health care providers and patients, as well as in the understanding of providing PHC and professional satisfaction. We concluded that Popular Education is coherent and positive for achieving the objectives of the Family Health Strategy.

Keywords: Popular Education. Primary Health Care. Family Health. Health promotion.

O que motivou a elaboração deste artigo foi a possibilidade de investigar a contribuição da Educação Popular à reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). Realizou-se uma pesquisa qualitativa com usuários e profissionais de uma Unidade de Saúde da Família da área urbana de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, diários de campo, arquivos de fotografias, áudio, vídeo, publicações, relatórios e informações de um blog. A análise dos dados evidenciou evolução no processo de cuidado, humanização das relações entre profissionais e usuários, compreensão do fazer em APS e satisfação profissional, constatando que a Educação Popular é coerente e positiva para a Estratégia Saúde da Família atingir seus pressupostos.

Palavras-chave: Educação Popular. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Promoção da saúde.

[a] Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Avenida Duque de Caxias, 250, Fragata, Pelotas, RS, Brasil. 96030-000. emboraeuqueira@uol.com.br
[b] Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, Curso de Enfermagem, Dourados, MS, Brasil. cibele_sales@terra.com.br
[c] Prefeitura Municipal de Capão da Canoa, Secretaria Municipal de Saúde, Capão da Canoa, RS, Brasil. seiko.redh@gmail.com

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorientação do modelo assistencial à saúde a partir da reorganização da atenção básica e tem por finalidade atender uma população geograficamente delimitada. A adscrição dos usuários possibilita o vínculo das pessoas/famílias com as equipes e "o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre usuário e trabalhador de saúde"[1].

Vasconcelos[2] diz que a ESF deve realizar também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e um dos principais meios para efetivar estas ações é a educação em saúde da população. E diz, ainda, que a educação popular não é o mesmo que educação informal, mas um modo de participação popular comprometido com as classes populares e acrescenta, citando Brandão, que a educação popular não visa sujeitos subalternos educados, mas participa do esforço social visando contribuir com a organização política capaz de garantir seus direitos.

A partir destas concepções, havia o desejo de atuar na saúde coletiva e colocar em prática um modo de fazer saúde, reafirmado pela Portaria nº 2.488/2012 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica[1].Desejávamos ir além das atividades administrativas e assistenciais mínimas esperadas para enfermeiros na coordenação da ESF. Queríamos o novo, queríamos andar na rua, fazer programa de saúde na rádio comunitária, organizar grupos nas comunidades, conviver com a equipe, participar das festas, das lutas, das alegrias e das tristezas da comunidade. Enfim, queríamos ser enfermeiros e enfermeiras não apenas na tradição nightingaleana, mas também na tradição cristã, pois no período cristão as enfermeiras já faziam visita domiciliar e foram as verdadeiras precursoras da ESF[3]. Tínhamos o desejo de ser, principalmente, enfermeiras e enfermeiros engajados na construção de uma sociedade mais justa e solidária, da qual o Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte. Queríamos participar da construção/efetivação de um serviço onde o enfermeiro é parte da estrutura humana responsável por proporcionar bem-estar à população. Não havíamos vivenciado isto ainda em parte nenhuma, era apenas um sonho, mas acreditava-se ser possível. E foi.

Este artigo foi motivado por uma necessidade de discutir crítico-reflexivamente a realização deste ideário e objetiva investigar qualitativamente a contribuição da Educação Popular em Saúde na reorganização do modelo assistencial em uma ESF de Rio Negro, MS, município com 5.036 habitantes[4] localizado à "beira do Pantanal", a 30 quilômetros do pantanal sul-mato-grossense.

Metodologia

Este estudo tem por base a pesquisa realizada pelo primeiro autor sob orientação da segunda autora, para o trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de cunho exploratório. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sob o Protocolo nº 1.311.

Os sujeitos implicados foram os moradores da área de abrangência da ESF e os profissionais da equipe. A amostra foi por conveniência. Houve leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado e esclarecimento das dúvidas, bem como informação sobre o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejasse, sem que isso acarretasse qualquer tipo de prejuízo no atendimento presente ou futuro. Também foi garantida a privacidade dos dados.

Participaram do estudo onze usuários e sete profissionais. Os usuários foram selecionados por terem acompanhado todo o processo de implantação dos pressupostos da ESF na perspectiva da Educação Popular e também por conhecerem o serviço antes deste trabalho. A idade dos usuários variou entre 26 e 69 anos, com ocupação de doméstica, lavrador e do lar. O tempo de uso do serviço de saúde em Rio Negro variou entre seis meses e 34 anos. Dentre os profissionais, participaram quatro agentes

comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, uma nutricionista e uma educadora física.

Foram realizadas entrevistas coletivas com os participantes, no ano de 2008, com a seguinte questão norteadora: "Conte-me como era o serviço antes de 2007, o que mudou e como é agora". É muito interessante observar e deixar registrado, pois não tem como ser apreendido pela transcrição, que houve realmente um diálogo coletivo, com as pessoas complementando as ideias e corroborando com o depoimento das outras, seja por meio de gestos, falas ou expressões faciais.

As entrevistas foram gravadas em vídeo e áudio digital e transcritas[d]. Estes instrumentos eram familiares aos entrevistados, uma vez que era rotina no serviço realizar gravações e fotografias das atividades. Nas falas que remetiam a acontecimentos anteriores ao início da implantação das ações, foram acrescentadas observações que pudessem auxiliar na análise. Também foram realizadas anotações de comunicação não verbal, bem como em que falas elas foram expressas.

Os dados foram obtidos a partir de entrevistas com os profissionais e usuários do serviço, diários de campo, arquivo pessoal de fotografias, vídeos, áudios, relatórios, publicações e informações contidas em um blog: cuidado, saúde e cidadania[e], e também contaram com as lembranças afetivas do autor.

A análise dos dados foi realizada a partir do suporte teórico da Hermenêutica Dialética[5]. Os resultados serão apresentados e discutidos em quatro aspectos. Os três primeiros são as categorias de análise elaboradas a partir da leitura das transcrições dos discursos de usuários e profissionais, sendo elas: 1) Reconhecimento das mudanças no fazer técnico e na estrutura organizativa; 2) Reconhecimento de vínculo entre equipe e usuários; 3) Valorização do fazer/saber; e 4) Descrição das observações do contexto em que se deu a experiência em relação à Educação Popular.

Na descrição dos discursos dos usuários a letra "U" será utilizada para a identificação, seguida do respectivo número, como por exemplo: U1, U2. Os profissionais serão identificados pela letra "P" e o respectivo número. Ex.: P1, P2 e assim sucessivamente. Os discursos estão destacados em itálico e com recuo. Reticências sem os colchetes "..." indicam pausas nas falas e reticências entre colchetes "[...]" são cortes.

[d] Disponível em: <http://cuidadosaudeecidadania.blogspot.com.br/>.

[e] Disponível em: <http://cuidadosaudeecidadania.blogspot.com.br/>.

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados e discutidos em quatro aspectos conforme exposto na metodologia.

Primeiro aspecto

Categoria 1: Reconhecimento das mudanças no fazer técnico e na estrutura organizativa

Nesta categoria estão os discursos que demonstram a compreensão das mudanças. De modo geral usuários e profissionais perceberam as mudanças através de novas dinâmicas do fazer cotidiano, da organização dos serviços, da implantação de novas abordagens, como programas específicos, atendimento nas comunidades, capacitações e reuniões.

> Acredito que o serviço melhorou porque não tem mais que ir ao Centro de Saúde para ter acesso a alguns serviços, pois a equipe vai até seu bairro (U1).

> Agora eu acho bom é o exame de sangue que eu pego o papelzinho aqui, chego lá já faz. Antigamente tinha que marcar, esperar 30 dias. Tinha vez que até 40. Agora não. Agora faz. Pega aqui, como hoje, e amanhã chega lá, já faz (U2).

> Pra mim não era muito bom não, né. Porque apesar da gente fazia tudo que fazia: media pressão, pegava remédio, fazia consulta, né... E faz. Mas tinha que ir lá. E às vezes acontecia de não ter médico, né... Aqui a gente vem sabendo que não é médico, que é uma reunião da saúde [...]. Eu gostei muito e pra mim melhorou muito, muito mesmo... Porque de primeiro a gente tinha muita dificuldade [...] aqui também eu gosto porque depois que vocês começaram aqui, ficou assim, sabe: aquela coisa... Eu vou lá... E uma coisa de rir... Uma brincadeira, uma palestra... E agora tá melhorando mais ainda [...] (U3).

Percebe-se que houve mudanças na postura dos profissionais frente às ações de cuidado, sobretudo com relação ao registro das atividades.

> [...] A gente tem também que tá ali em convívio e saber com quem a gente tá lidando e das medicações deles também, porque se acontecer de um entrar de férias ou se afastar a gente [...] tá sempre colocando no prontuário [...] o acompanhamento, mesmo se a gente precisar sair, a pessoa, como no meu caso de contrato, mesmo se for sair, outras pessoas que entram vão saber continuar [...] (P5).

Os profissionais falaram nas mudanças, na forma de trabalhar antes e depois da implementação/implantação de ações baseadas na Educação Popular e ainda mencionaram, de modo enfático, a educação permanente como forma de saber mais e impulsionar essa mudança.

> Eu acho que ocorreram bastante mudanças. Diversifica colocar bastante pontos onde os hipertensos podem alcançar. É perto de sua casa, ele pode escolher onde ele pode se reunir. É o que você abrangeu também com nossos testes de glicemia, não tem mais glicoteste, a gente faz no laboratório, não tem fila, os meninos podem agendar consulta (P5).

> Agora tem mais estrutura... Eu acho, pelo menos da sua parte tem mais atenção com a gente, ensina mais... Quanto mais faz mais aprende... Transmite muita coisa do serviço (P3).

> Eu me lembro quando fui fazer um concurso [...] humanização do Sistema Único de Saúde, esse foi o tema da redação e esse tema a gente tinha discutido aqui dentro da sala. Então é uma coisa assim, que você trabalhando com saúde no dia-a-dia, você se envolve com os problemas que tem do dia-a-dia, que na verdade você fica sabendo de saúde num contexto muito mais amplo (P1).

Do ponto de vista da gestão do cuidado, o diálogo é uma forma de proporcionar mudanças ou a percepção de sua necessidade. A educação permanente é o método para impulsionar estas mudanças. Pretendia-se mudar o foco das doenças e do indivíduo doente para a família, a comunidade e a promoção de saúde, tal qual preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. No dicionário Paulo Freire, mudança é entendida como transição, ruptura com o equilíbrio, mas também como processo contínuo e gradual[6]. Pode-se dizer que os usuários e a equipe entendiam as necessidades da mudança.

> Olha só [...], uma coisa que tem ajudado bastante no trabalho [...] que a gente [...] acha chato [...] vamos ler um artigo... Aquele lá, por exemplo, aquele artigo de saúde... Tá, mas a gente aprende muita coisa (P1).

> [...] o vínculo de início era só auxiliar, ACS, enfermeiro. A equipe se baseava só nisso. [...] E aí [...] conseguiu implantar pra cada um, um projeto, uma reunião, uma especificação que cada um poderia fazer dentro da área do PSF [...]. Não conheço outro PSF que tenha esses mesmos trabalhos que a gente tem abrangendo tanto a população que nem nós abrange (P5).

> Em relação ao meu trabalho: é super diferente. Quando eu comecei fui contratada para atender na clínica... Só, só atendimento médico também... (P6).

Segundo aspecto

Categoria 2: Reconhecimento de vínculo entre equipe e usuários

Esta categoria aparece de modo muito sutil nas falas, mas de maneira inequívoca. Esse vínculo que se construiu entre profissionais e usuários e também entre a equipe se reflete na satisfação profissional. De um modo geral é muito difícil separar estas três categorias, percepção de mudança, vínculo e satisfação profissional, pois todas estão muito interligadas na fala e no contexto. Pode-se perceber que o vínculo e a preocupação com o outro está presente na fala da profissional ao referir que deixa tudo anotado no prontuário para, caso não seja renovado seu contrato, o cuidado ter continuidade.

> [...] outras pessoas que entram vão saber continuar isso através do prontuário do paciente e também das nossas fichas, que a gente deixa tudo agendado, tudo marcadinho (P5).

Com relação ao reconhecimento de vínculo, os usuários relataram se sentir mais cuidados.

> Porque aqui é animado, que a gente conhece todo mundo. Por isso eu gosto de vir aqui. Todo mundo trata bem, ninguém é mais que os outros. Todo mundo é igual. Eu gosto por causa disso (U2).

Há nesta fala uma interessante constatação. A equipe buscava construir a sensação de igualdade e, pelo depoimento, parece ter sido possível. Segundo Vasconcelos[7], a igualdade aqui não significa ausência de diferenças, mas a igualdade que possibilita o diálogo e diálogo só acontece entre iguais. Mais que condições materiais, quando nos referimos à igualdade estamos falando na possibilidade de diálogo entre usuário e profissional na construção do processo saúde/doença/cuidado. O autor ainda afirma que as práticas de Educação Popular nos serviços de saúde são orientadas no sentido de superar o fosso cultural existente entre a instituição e a população. De acordo com Brandão[8], o diálogo não é necessariamente para facilitar a aprendizagem, mas é a própria razão de ser da Educação Popular. Não se dialoga sem escuta e "escutar é cuidar. A escuta atenta e generosa das versões, verdades, crenças e das histórias do outro se refere a um tempo em que o cuidador abdica da fala e presta atenção a quem fala, a quem conta e confessa"[9:465]. Não há diálogo verdadeiro e nem mudança sem escuta atenta e generosa.

Além disso, o vínculo aparece nos seguintes discursos, tanto de profissionais, quanto de usuários:

> Eu acho, pelo menos [...] tem mais atenção com a gente [...] (P2).

> Não tinha essa integração que a gente tem hoje com os profissionais, o que ajuda muito a gente a trabalhar na comunidade (P3).

> Nunca imaginei que fosse ter esse trabalho, e até estou tendo a oportunidade de sair (ir para outro setor), que eu adoro, assim... Eu abro mão pra tá aqui (P6).

> Eu venho é entra em grupo sobre vocês [...] E me sinto bem também por isso que eu venho aqui (U2).

> Eu venho assim nessa expectativa: vai sair uma coisa diferente hoje. Hoje tem algum negócio diferente. Uma coisa de rir, uma brincadeira, uma palestra... (U3).

> Então eu fico muito feliz com isso, graças a Deus. Então eu só não venho mesmo na reunião quando não tô aqui em casa (U4).

Vínculo é fundamental no trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS). "A filosofia da ESF é calcada na criação de vínculo e corresponsabilidades entre população e profissionais de uma área delimitada"[9:465]. Essa dimensão do trabalho realizado em Rio Negro talvez seja a mais importante. Algumas observações em relação aos grupos de cuidado talvez sejam essenciais ao falar de vínculo. Entende-se que este passa necessariamente pela afetividade.

Um dos grupos de acompanhamento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, por exemplo, era constituído basicamente por pessoas com mais de 55 anos. O grupo tinha, em média, 18 participantes por mês e estes chegavam cedo, antes do horário marcado e ficavam conversando entre si enquanto a equipe organizava o ambiente. Chegavam, inclusive, a contribuir com a arrumação. O encontro durava entre 45 e 90 minutos e acontecia uma vez ao mês. No final e no início do encontro, as pessoas se organizavam para receber um abraço e expressavam fisicamente alegria e satisfação, evidenciadas nas falas durante a pesquisa e, ao disporem seus corpos para serem tocados, seus sorrisos na face para serem contemplados.

É importante destacar a dimensão afetiva neste grupo porque ele foi um dos últimos a se firmar dentro da estrutura organizativa. Levaram-se vários meses para, realmente, se chegar a um grupo coeso. Durante muito tempo, as pessoas não se identificavam com a equipe e não havia continuidade dos cuidados, pois havia irregularidade na frequência às atividades, situação que só mudou após visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe de forma regular, mês após mês. E somente quando essa dimensão afetiva foi trabalhada que o grupo realmente se firmou. Vasconcelos[10] diz que é preciso investir no refinamento do cuidado e que a sensibilidade, os sentidos e as emoções são peças importantes de chegar ao outro.

Durante todo o tempo em que foram trabalhadas apenas as dimensões técnicas e científicas neste grupo, no tocante ao enfrentamento dos problemas de hipertensão e/ou diabetes, muito pouco se avançou. Não se estabelecia o diálogo de fato, mas apenas se falava e supunha que se estava sendo ouvido, mas, quando as possibilidades de abordagem foram ampliadas, começou a haver diálogo e aproximações e, com isso, resultados.

Loyola, citado por Gualda e Bergamasco[11], diz que a eficiência da assistência à saúde não é obtida só pela qualidade do serviço [ou por boas intenções], mas compreendendo que fatores culturais [e afetivos] influenciam no processo.

Freire[12] afirma que "o amor é um ato de coragem" e conclui dizendo que o ato de amor é o comprometer-se com a causa. No caso da equipe, o ato de amor se expressava no envolver-se e comprometer-se com o outro, entendendo que não há cuidado verdadeiro sem envolvimento[13].

Terceiro aspecto

Categoria 3: Valorização do fazer/saber

A equipe estava constantemente motivada e orgulhosa do trabalho que fazia. O trabalho em contato com o usuário e com a equipe era suficiente para motivar e dar satisfação ao grupo. Mesmo se tratando de profissionais de diversos níveis culturais e com escolaridades diferentes, a forma de trabalhar não permitiu fazer distinção de categorias para falar da satisfação profissional e pessoal.

Essa satisfação era evidente no dia a dia e foi o traço mais marcante identificado durante a entrevista coletiva. Foi relatado o respeito que havia pela construção coletiva do trabalho e do cuidado. Muitas vezes o trabalho era enriquecido pela participação de profissionais de outras equipes de ESF, de agentes de endemias da equipe da vigilância ambiental, profissionais da educação, do Centro de Saúde, do serviço social e de igrejas.

> Gosto, adoro o que eu faço, adoro participar. Adoro ajudar as pessoas, sabe, conhecer, ainda mais quando fala da pessoa, eu saber do histórico dela, eu saber que posso ajudar, eu saber das dificuldades dela, que é isso que os meninos enfrentam, né... (P5).

> [...] antigamente era: agente de saúde fazia seu trabalho, auxiliar fazia o seu, enfermeiro o seu, médico o seu... Apesar que... A gente, com essa equipe toda, a gente trabalha bastante... Aumentou o nosso serviço, mas pelo menos a gente é bastante reconhecido (P2).

> [...] a gente tem que dar muito valor no que a gente faz, porque quando a gente expõe isso... Coloquei nas minhas redes sociais as fotos do trabalho [...]. Fui relatar (na pós-graduação) maior orgulho que eu tenho de falar o que a gente faz, o que que a equipe faz [...]. Agora com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e tal, vai começar, mas a gente já tem antes do NASF (P6).

Essa satisfação é creditada à Educação Popular porque toda essa integração só foi possível tomando seus princípios, sendo o diálogo o ponto chave. Freire[14] pensava o diálogo real entre pessoas, liderança e base, dirigentes e dirigidos – capaz de estabelecer aprendizados mútuos pela troca de experiência e saberes. Diálogo que, para ele, significava a base da democracia real.

"O ser humano tem a vocação de ser mais"[12]. Essa noção se aplica muito bem quando se fala em satisfação pessoal e profissional na equipe. Os profissionais foram estimulados pelo processo de trabalho a buscar ser mais e responderam positivamente. Segundo o mesmo autor, os opressores podem estar entre os próprios oprimidos e isso parece óbvio quando se fala em profissionais e usuários do SUS. Os profissionais são oprimidos pelo sistema de saúde como um todo, pelas estruturas e pela gestão e respondem a isso oprimindo os usuários, situação esta que foi sendo modificada a partir do trabalho realizado na referida ESF.

Quarto aspecto

Categoria 4: O fazer em saúde orientado pela Educação Popular em Saúde.

Um princípio importante na Educação Popular é o aprender a partir da experiência, partir da realidade vivida. Aprender com as práticas é um desejo permanente e sempre valorizado, mas que nem sempre é possível: nossa prática é a fonte mais importante de aprendizado, contudo, aprender com essa prática é um desafio não só metodológico, mas fundamentalmente político[15]. Em Rio Negro, buscou-se valorizar e compreender a realidade a partir de registros do que se fazia no cotidiano: visitas domiciliares, planejamento, reuniões, discussões, festas, enfim, e tudo

era retomado em momentos oportunos como capacitações, comemorações, por exemplo. Assim, era possível entender melhor o que funcionava ou não no fazer da equipe. Não se registrava apenas na escrita, mas em vídeos, áudios e fotografias. Os discursos transcritos revelam esta compreensão a respeito da importância dos registros e sobre o que isso significou em termos de retroalimentar o fazer cotidiano, inclusive com a melhoria dos cuidados ao cidadão.

> [...] aumentou o nosso serviço [...] antigamente não tinha. Tinha uma reunião uma vez por mês... Para se ter uma ideia eram quinze, vinte pessoas que iam em uma reunião. Numa reunião. Hoje quantas pessoas participam de nossas reuniões de HIPERDIA? Muito mais, por quê? Porque dividiu por setores. Cada setor tem a sua reunião (P2).

O mais significativo de observar foram as mudanças em relação ao fazer, ao saber e nas relações entre profissionais e entre profissionais e usuários.

> A gente acaba fazendo, participando de quase tudo, né, que tem no PSF. Anteriormente a gente fazia visita e pronto (P2).

No primeiro caso, foi observado que os usuários passaram a entender ou estavam em processo de entender que saúde e serviço de saúde são mais do que consultas médicas, distribuição de medicações e exames.

> Eu fui falar pra ela que saúde envolve muito mais do que estar doente, se você tá bem fisicamente ou mentalmente [...] Se você tá... Se você só vem pra trabalhar, se você não tem uma condição de moradia boa, isso tá envolvendo saúde, né! (P1).

Outro princípio relevante em relação à Educação Popular é a humanização. Freire[16] entende que o homem é um ser inacabado, inconcluso e determinado, mas capaz de superar as determinações de seu meio. Compreender isto é fundamental, pois sem isto não há diálogo possível com o outro. A educação é processo de construção de sujeitos, mas o que é essa construção de sujeitos[f]? Para a equipe, essa construção se dava nas relações que se estabeleciam no fazer. Procurava-se conhecer as pessoas, suas histórias de vida e assim procurar entender suas motivações. Essa busca começou para entender por que algumas pessoas procuram compulsivamente a unidade de saúde. O que as motivava a ir todos os dias e a ter queixas diferentes em cada momento?

Uma atividade que possibilitou desenvolver o senso de humanização na equipe foi o atendimento voltado aos detentos do município de Rio Negro. Em uma visita, verificamos que muitos detentos haviam perdido contato com a família. Alguns nem mesmo o número de telefone tinham. Nesta ocasião, nos oferecemos para ajudar a escrever cartas para suas famílias, já que muitos eram analfabetos. Toda a equipe se emocionava com essas atividades tão simples, mas tão carregadas de simbolismo e potencial de promover saúde e humanização para todos. "Os presos deixavam de ser bandidos" e se tornavam, aos olhos da equipe, pessoas comuns que precisavam de cuidados.

[f] Conferência de abertura. II Seminário sobre Educação Popular e Saúde no Contexto da Promoção da Saúde: seus sujeitos, espaços e abordagens e II Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde. Notas de Maria Waldenez de Oliveira. Brasília. 07 de agosto de 2001.

> [...] agora a gente tá sempre indo lá na delegacia [...] fazendo o que a gente pode... Pra eles ter uma vida melhor, né [...] Acho que eles merece isso também, né. Não é porque tá preso lá que ninguém vai visitar eles lá, né! (P5).

A Educação Popular é um processo de humanização, educar é humanizar (não é ensinar, nem socializar). É tornar os seres humanos capazes de serem mais humanos. Educar é entender que todo ser humano carrega uma possibilidade de ser ou se tornar um ser humano. A humanização não é um discurso vazio ou um jeito caridoso de lidar com as pessoas, mas uma busca deliberada por ser mais e fazer mais, por superar as limitações e contradições inerentes à condição do ser[g]. Isso tem dois lados: proporcionar um atendimento humanizado possibilita a equipe se tornar cada vez mais humana e humanizar as relações e possibilita que o outro também se humanize. Uma das funções da Educação Popular na América Latina é proporcionar ao trabalhador lutar de forma organizada por sua humanização[17].

Todos os dias, ao longo destes anos, trabalhamos nossas próprias contradições, nosso autoritarismo, nossas certezas técnico-científicas. Isto em nome do diálogo que sempre foi fundamental. Diálogos sempre em roda. Para facilitar essas rodas, construímos, no pátio do Centro de Saúde, uma tenda denominada Tenda Paulo Freire e citada por Oliveira[18]. Essa tenda foi construída por meio de um trabalho realizado com a comunidade e diversas instituições públicas para arrecadar os recursos necessários, o Arraiá do SUS[h].

A intenção maior do diálogo, fosse entre profissionais e usuários ou entre a equipe, era promover autonomia. Esta não se promove sem que o sujeito esteja empoderado. Procurávamos estimular a autonomia através do fazer educativo, mas sempre lembrando que a educação acontece constantemente em todas as relações entre as pessoas[8].

O profissional educador em saúde deve se distanciar do sistema em vigência nos serviços brasileiros de saúde, pois é um modelo assistencial que propõe atividades chamadas participativas e pensa-se em organizar prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais que tudo sabem[19]. Procurávamos modificar esse modo de entender/fazer, o que exigia esforço e vigilância constantes, pois os profissionais também são seres inacabados e que procuram se aperfeiçoar constantemente.

Nas atividades educativas, a intenção era contribuir para o desenvolvimento de consciência sobre a importância de tomar decisões de forma autônoma. Autonomia se constrói no processo de decisões que tomamos ao longo da vida e ninguém é autônomo primeiro para depois decidir[16]. Nos grupos de pessoas com hipertensão e diabetes, por exemplo, tínhamos como princípio não realizar prescrições autoritárias, mas pactuar as possibilidades das pessoas seguirem as orientações, sempre tomando o cuidado de saber e entender que seguir as orientações não dependia exclusivamente de entender ou não, mas de condicionamentos culturais, econômicos e até mesmo climáticos, questão importante na região. Procurávamos formas variadas de diálogo e acreditávamos que assim as pessoas teriam mais condições de refletir sobre o caminho a seguir.

Procurávamos deixar margem para o cidadão manifestar suas vontades, suas possibilidades, seus descontentamentos. Essa forma de entender causava divergências na equipe. Questionava-se sobre a capacidade do "povo" de decidir o que comer e quando, ou mesmo se, queriam tomar as medicações. Essa postura começou a ser amenizada à medida que o grupo pode também ganhar espaço para divergir das orientações, propor novos caminhos e planejar em conjunto.

[g] Conferência de abertura. II Seminário sobre Educação Popular e Saúde no Contexto da Promoção da Saúde: seus sujeitos, espaços e abordagens e II Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde. Notas de Maria Waldenez de Oliveira. Brasília. 07 de agosto de 2001.

[h] Disponível em: <http://cuidadosaudeecidadania.blogspot.com.br/>.

Um dos primeiros exemplos desse empoderamento aconteceu em uma reunião. No meio de uma "instrução", um agente comunitário de saúde disse que a orientação era incoerente com as discussões já realizadas. Isso gerou debates interessantes, ele estava certo e novos rumos foram tomados a partir daquele momento. Este acontecimento foi importante na evolução da equipe, pois todos puderam perceber que podiam influir realmente nos rumos do serviço, que a "verdade" não estava na palavra do enfermeiro.

Considerações finais

O resultado da pesquisa mostrou como a Educação Popular pode colaborar para que a Estratégia Saúde da Família caminhe na direção de cumprir o que lhe foi atribuído pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Uma destas atribuições é mudar o modelo assistencial e ter seu foco no ser humano e não na doença e nos procedimentos voltados para a cura das doenças, situação coerente com as propostas da Educação Popular em Saúde. Para conseguir essas mudanças é preciso envolvimento da comunidade e dos profissionais[20], condição que a pesquisa evidenciou ser realidade em Rio Negro. Essa percepção e aceitação das mudanças por parte da comunidade e dos profissionais é evidenciada pela satisfação profissional da equipe, pelo engajamento no "modo de fazer" da Educação Popular em Saúde (EPS), o que inclui a aceitação do outro, e pela humanização das relações.

A Política Nacional de Atenção Básica reforça em diversos artigos e capítulos a necessidade do serviço de saúde ser um espaço de construção de autonomia e participação cidadã[1], preocupação que é também da EPS. A equipe de Saúde da Família da área urbana de Rio Negro caminhou com esta compreensão, mas entendendo que a participação do cidadão não é mera formalidade e não ocorre apenas no acesso ao serviço, mas na possibilidade do usuário realmente ser ouvido e intervir nas decisões[8], o que é reforçado na Constituição Federal de 1988[21].

Colaboradores

Ernande Valentin do Prado: fez a pesquisa de campo e escreveu o texto base. Cibele Sales: foi a orientadora do trabalho de conclusão de curso que deu origem ao artigo. Seiko Nomiyama: fez a adaptação do texto inicial para o texto do artigo, contribuiu com as discussões e a revisão, adequação e a formatação do manuscrito. Todos os autores são responsáveis pelo texto final.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em saúde).

2. Vasconcelos EM. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, editores. Educação popular na formação universitária. João Pessoa: Hucitec; 2011. p. 28-34.

3. Oguisso T. As origens da prática de cuidar. In: Oguisso T, organizador. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2a ed. Barueri: Manole; 2007. p. 3-29.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [acesso em: 19 nov 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm

5. Minayo MCDS. O desafio do conhecimento. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

6. Weyh C. Mudança/transformação social. In: Streck D, Redin E, Zitkosli JJ, organizadores. Dicionário Paulo Freire. Belo Horizonte: Autêntic; 2008. p. 279-80.

7. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

8. Brandão CR. A educação popular na escola cidadã. Petrópolis: Vozes; 2002.

9. Prado EV, Falleiro LM, Mano MA. Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque um não pode viver sem os outros. Rev APS. 2011;14(4):464-71.

10. Vasconcelos EM, editor. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2006. Capítulo xx, A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde; p. 11-157.

11. Gualda DMR, Bergamasco RB. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004.

12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 44a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

13. Lama L, Rosenbaum PH. O nome do cuidado [DVD]. São Paulo: Ateliê Editorial; 2009.

14. Freire P. Ação cultural para a liberdade. 5a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.

15. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2a ed. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente; 2006. (Série Monitoramento e avaliação)

16. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

17. Souza JFD. Educação popular enquanto uma pedagogia, movimentos sociais populares lócus educativo. In: Jezine E, Almeida MDLPD, organizadores. Educação e movimentos sociais. 2a ed. Campinas: Alínea; 2010. p. 123-53.

18. Oliveira MW. Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. Cad CEDES. 2009;29(79):297-306.

19. Chiesa AM, Veríssimo MR. Educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem. Brasília, DF: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001.

20. Prado EV, Santos AL, Cubas MR. Educação em saúde utilizando rádio como estratégia. Curitiba: CRV; 2009.

21. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Prado EV, Sales C, Nomiyama S. Yo lo viví, nadie me contó: educación popular en la estrategia de salud de la familia en las orillas del Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1441-1452.

Lo que motivó la elaboración de este artículo fue la posibilidad de investigar la contribución de la Educación Popular para la reorganización de la Atención Primaria en Salud (APS). Se realizó un estudio cualitativo con usuarios y funcionarios en una Unidad de Salud de la Familia de la zona urbana de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, Brasil. Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas, diarios de campo, archivos fotográficos, audio, video, publicaciones, informes e informaciones de un blog. El análisis de los datos mostró una evolución en el proceso de cuidado, humanización de las relaciones entre profesionales y usuarios, así como comprensión del modo de hacer en la APS y satisfacción profesional. Se constató que la influencia de la Educación Popular es coherente y positiva para que la Estrategia de Salud de la Familia pueda lograr sus objetivos.

Palabras clave: Educación Popular. Atención Primaria en Salud. Salud de la Familia. Promoción de la salud.

Recebido em 16/05/2013. Aprovado em 08/05/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0425

As redes de apoio social nas práticas de educação popular e saúde:

reflexões de uma pesquisa-ação

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro[a]
Eymard Mourão Vasconcelos[b]

Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Social support networks in practice of popular health education: reflections of an action-research. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1453-1462.

Social support networks are crucial for people with disabilities of the lower classes. This study presents the route of an action-research, analyzing the social support networks of these people and findings related to learning research guided by the principles of Popular Education (PE). The study had two phases: interviews to map the social support networks, activation and mobilization of these networks. The first step found that isolation was a problem that these people experienced. Then there were meetings involving the various actors of the social network, both at personal and community levels. Various difficulties were encountered during this process and learning about the process as a result. PE was essential to understanding the difficulties and motivations of the subjects of the research, by guiding activities and helping to persist in actions and believing in the subjects ability to be more.

Keywords: Action-research. Health Education. Disabled persons.

As redes de apoio social têm importância fundamental para as pessoas com deficiência física das classes populares. Este trabalho objetiva apresentar o percurso de uma pesquisa-ação, analisando as redes de apoio social dessas pessoas e as constatações referentes ao aprendizado de uma pesquisa orientada pelos princípios da Educação Popular (EP). A pesquisa teve duas fases: entrevistas para mapear as redes de apoio social e ativação e mobilização dessas redes. Constatou-se, na primeira etapa, a problemática do isolamento em que viviam aquelas pessoas. Em seguida, foram realizadas reuniões envolvendo os diversos atores da rede social, tanto em nível pessoal, quanto comunitário. Várias dificuldades e aprendizados resultaram desse processo. A EP foi fundamental para compreender as dificuldades e motivações dos sujeitos da pesquisa, orientou as atividades e ajudou a persistir nas ações, acreditando na capacidade de ser mais destes sujeitos.

Palavras-chave: Pesquisa-ação. Educação popular. Pessoa com deficiência.

[a] Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Av. Umbuzeiro, 91, Manaíra, João Pessoa, Paraíba, Brasil. 58038-180. katiaribeiro.ufpb@gmail.com
[b] Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. eymard.vasconcelos@gmail.com

Introdução

O projeto de extensão universitária denominado Fisioterapia na Comunidade desenvolve atividades em duas comunidades da periferia de João Pessoa, visando à promoção, manutenção da saúde e reabilitação, sob a perspectiva da Educação Popular.

A partir da inserção nestas comunidades e do acompanhamento ao processo de reabilitação dos seus moradores com deficiência, tornaram-se claras para nós as dificuldades que eles enfrentam face ao contexto sócioeconômico em que vivem. Também se evidenciaram as diversas formas de apoio que encontram, em maior ou menor escala, na família, entre os vizinhos, lideranças comunitárias e religiosas. Esses atores formam uma rede em torno das pessoas com deficiência e evidenciam a importância do apoio social em suas vidas. Destacam-se as diversas formas de apoio que esses sujeitos encontram, a partir de seus laços familiares, de amizade ou comunitários, tanto no que se refere à realização de suas atividades de vida diária quanto à ajuda em situações especiais. Forma-se, assim, uma rede de apoio social, que assume uma importância fundamental na vida das pessoas com deficiência física das classes populares, amenizando as limitações que enfrentam.

Os profissionais de saúde fazem parte dessa rede, podendo representar um elo de integração entre os diversos sujeitos que a compõem, aumentando a teia de relações que se estabelece entre as famílias e os moradores da comunidade.

Os pressupostos teórico-metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS) que orientam o trabalho nesse projeto de extensão indicam a importância de valorizarmos as iniciativas das pessoas da comunidade e o saber que elas detêm, contribuindo para que nós identifiquemos no apoio disponibilizado pelas pessoas próximas ao sujeito em tratamento, elementos importantes no sentido de superar as dificuldades encontradas. Compreendemos que o reconhecimento destas redes pode contribuir para o entendimento da real situação de saúde dessas pessoas, assim como proporcionar mudanças nas práticas de saúde.

O apoio social já vem tendo espaço no debate da EPS há alguns anos, a partir dos trabalhos de Victor Valla[1,2,3]. Constatamos que esse apoio, conquanto fosse utilizado nas práticas de EPS, não era reconhecido e valorizado, contribuindo para que seu potencial não fosse desenvolvido.

Partindo dessas considerações, propusemos analisar o significado da valorização das redes de apoio social nas práticas de Educação Popular em Saúde voltadas às pessoas com deficiência, incentivando a interação entre profissionais de saúde e as redes de apoio social, no sentido da construção de ações de saúde mais integrais para as pessoas com deficiência física. Nessa perspectiva, foi desenvolvida uma pesquisa, como parte dos estudos de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Pretendemos, no presente trabalho, apresentar o percurso metodológico realizado nessa pesquisa, bem como as constatações referentes ao aprendizado resultante de uma pesquisa orientada pelos princípios da Educação Popular. Este artigo não pretende expor todos os resultados desta pesquisa, mas refletir, a partir desta experiência investigativa, estratégias e aprendizados significativos para a implementação de uma pesquisa orientada pela EPS na lógica da pesquisa-ação. Secundariamente, pretende apontar caminhos de uma ação educativa popular junto a pessoas com deficiência físicas em comunidades urbanas periféricas, bem como discutir o significado da valorização das redes de apoio social nas práticas de saúde.

Metodologia

Dentro da tradição de pesquisa em Educação Popular, têm sido muito valorizadas as modalidades metodológicas da pesquisa-ação, observação participante, pesquisa participante e sistematização de experiências, a exemplo do livro Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com base em uma experiência[4]. A presente pesquisa orientou-se, principalmente, pela pesquisa-ação, a qual, de acordo com Thiollent[5], é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de

problema, estando os pesquisadores e participantes representativos da situação envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

A pesquisa-ação constou de duas fases. A fase inicial objetivou mapear as redes de apoio das pessoas com deficiência, ao mesmo tempo em que possibilitou a construção de relatos sobre suas trajetórias de vida após a deficiência. Na segunda fase, ocorreu a ação propriamente dita, que constou da ativação e mobilização das redes de apoio social, através de reuniões, visitas domiciliares e contatos pessoais. Nessa fase, os dados foram registrados em um diário de pesquisa.

Sendo assim, nas atividades realizadas na pesquisa entrelaçaram-se a coleta de dados com a ação em curso, cuja finalidade era incentivar a interação entre os diversos elementos da rede social das pessoas com deficiência. Esse processo exigiu um cuidado mais acentuado no sentido de perceber e registrar não apenas as falas dos participantes, mas também seus silêncios, suas atitudes e gestos que, muitas vezes, contrastavam com os discursos proferidos.

A preocupação comum entre os pesquisadores referente à inserção no grupo social a ser estudado não representou problema nesta pesquisa, uma vez que já tínhamos um vínculo com aquela comunidade, em função do trabalho que desenvolvíamos nesse local há cerca de 10 anos na ocasião da realização da pesquisa. Não havia estranhamento com a nossa presença, pois já existia uma relação de confiança prévia. A análise dos dados foi um processo extremamente complexo. A quantidade de dados resultantes de entrevistas transcritas e registros no diário de campo exigiu muito esforço na ordenação dos mesmos. A primeira etapa constou de um processo de leitura e releitura de todo o material coletado. Em um segundo momento, o material foi ordenado em unidades de registro, as quais, de acordo com Minayo[6] "podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento".

Foram ordenadas, então, três unidades: as pessoas com deficiência e suas redes; a mobilização da rede social; e a interação entre as redes de apoio e o serviço de saúde na prática de EPS. Em cada uma dessas unidades foram selecionados temas, trabalhados com base em categorias de análise, algumas estabelecidas a priori com base no referencial teórico, outras foram "construídas de maneira indutiva, isto é, ao longo dos progressos da análise"[7].

Em relação à primeira unidade de registro, foi realizado, inicialmente, o relato das histórias e a análise das redes sociais mapeadas. A partir daí, procedeu-se a uma análise das categorias decorrentes das constatações feitas nessa primeira etapa. No que diz respeito à segunda e à terceira unidades, foram trabalhados temas que se destacaram no processo de mobilização das redes de apoio social, distribuídos em categorias que emergiram nesse processo e que estavam relacionados à problemática proposta pela pesquisa. O instrumental teórico da Educação Popular norteou todo o processo de análise dos dados. Analisaremos neste artigo o percurso da pesquisa, as dificuldades e estratégias de superação encontradas, bem como os aprendizados metodológicos dela oriundos.

Desenvolvimento da pesquisa

O cenário

A pesquisa foi desenvolvida em um bairro da periferia de João Pessoa, tendo como local de referência as três Unidades de Saúde da Família (USF) desse bairro. Trata-se de um bairro que, como tantos outros das periferias das cidades, reúne características de área que foi destinada a ser residencial, contando com razoável infra-estrutura, como também de áreas de ocupação, nas quais as condições de moradia se tornam muito precárias. A maioria das pessoas com deficiência física moradoras desse bairro reside nas ruas que estão em piores condições, localizadas nas partes de baixo do bairro, cheias de grotas. Esse fato nos obrigou a conhecer de forma bem real as dificuldades que os moradores enfrentam com a precária situação de infraestrutura urbana, que tem consequências muito mais perversas para as pessoas com deficiência.

Existe no bairro uma associação comunitária fundada há mais de vinte anos, no entanto, não há envolvimento dos moradores enquanto associados. Registra-se, assim, uma fragilidade na organização

comunitária desse bairro, uma vez que, além da associação, que não funciona, há um conselho comunitário que, na ocasião da pesquisa, estava em fase de discussão para implantação. Além disso, a relação dos moradores com os movimentos sociais se dá de forma pontual.

Os participantes da pesquisa

A pesquisa se deu em torno de pessoas com deficiência física acompanhadas pelo Projeto de Extensão Fisioterapia na Comunidade da UFPB, que realizavam atendimento fisioterapêutico. Todas as pessoas selecionadas e convidadas a participar adquiriram a deficiência na vida adulta. Todas elas foram esclarecidas, inicialmente, do objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo considerados os aspectos éticos e legais preceituados pela Resolução nº 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Participaram da pesquisa dez pessoas com deficiência e suas famílias, além de profissionais das equipes de saúde da família, estudantes de Fisioterapia atuantes no projeto de extensão e um pastor, que é uma importante liderança na comunidade. Todas as dez pessoas tinham uma história anterior à deficiência, que se modificara drasticamente após esta. Ficou evidente a importância de se conhecer detalhadamente a história prévia dessas pessoas para melhor compreendê-las.

Os agentes comunitários de saúde foram os profissionais mais assíduos durante as atividades da pesquisa. Além deles, participaram das reuniões uma médica e duas enfermeiras das USF.

Percurso inicial da pesquisa

O primeiro passo para um trabalho com as redes de apoio social é identificar as redes das pessoas em torno de quem a ação será desenvolvida, a fim de lhes dar visibilidade e mobilizá-las. O conhecimento da rede social pessoal permite analisar a extensão das relações sociais da pessoa e, consequentemente, o nível de suas interações sociais, assim como identificar, na composição da rede, quem são as pessoas mais disponíveis para se envolver nas ações a serem realizadas. No decorrer do nosso trabalho naquela comunidade, já conhecíamos as lideranças ali existentes, as famílias das pessoas com quem convivíamos e vários moradores, mas não sabíamos exatamente qual era a relação que cada pessoa por nós acompanhada estabelecia com essas lideranças, com seus vizinhos, com outras pessoas com deficiência, etc. Procedemos, então, a essa primeira etapa da pesquisa, que constou do mapeamento das redes sociais pessoais e foi de grande valia para todo o processo educativo e de pesquisa.

Além de buscar conhecer as redes de apoio social das pessoas com deficiência física, a primeira fase da pesquisa também teve como finalidade construir um relato das trajetórias dessas pessoas após a deficiência. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cada uma delas e com um membro da família.

Tendo como base os objetivos da pesquisa, foram elaborados roteiros para cada grupo de entrevistados – pessoas com deficiência e familiares, profissional de saúde, pessoa-chave da rede – estes roteiros serviram para nortear as entrevistas.

Em primeiro lugar, foram entrevistadas as pessoas com deficiência e seus familiares, seguidos das pessoas mais citadas como integrantes das redes de apoio. Após a realização de cada entrevista, era feito um registro das impressões que, além de contribuir como observação, serviu para ajustar esse instrumento. Assim, algumas questões propostas no roteiro foram sendo menos enfatizadas nas entrevistas seguintes, outras foram sendo acrescentadas, em função das descobertas e percepções que iam se desenrolando. Conforme assinalam Pope e Mays[8], "o processo analítico começa durante a fase de coleta de dados, pois os dados já coletados são analisados e inseridos ou formatam a coleta de dados em andamento".

A partir das entrevistas, foi construído um mapa da rede pessoal, baseado no modelo de mapa de rede proposto por Dabas e Perrone[9] e também referenciado por Sluzki[10] e Klefbeck[11]. Nesse mapa, a rede social está dividida em quatro grupos: grupo 1— família; grupo 2 — amizades e vizinhos; grupo 3 — relações de trabalho e estudo; grupo 4 — relações comunitárias, de serviços e religiosas. Essa divisão é importante porque ajuda a visualizar quais grupos são mais fortes ou mais presentes na rede social. Foram realizadas vinte e duas entrevistas que foram gravadas e transcritas.

Seguimento das atividades da pesquisa

Constatou-se nessa primeira etapa da pesquisa a problemática do isolamento em que vivem aquelas pessoas com deficiência. Cabia, na ação a ser empreendida, realizar atividades que pudessem impulsionar mudanças na situação verificada. Em nosso trabalho de Educação Popular e Saúde, sempre buscávamos contribuir com o processo de autonomia das pessoas com deficiência. Acreditávamos na capacidade de superação que elas tinham latente, na sua capacidade humana de ser mais, como aponta Freire[12], mas sentíamos a dificuldade de que elas próprias acreditassem no potencial de que eram possuidoras e buscávamos meios de incentivar que esse potencial viesse a aflorar.

Foi nesse sentido que planejamos os próximos passos da pesquisa, objetivando promover uma interação social das pessoas com deficiência e sensibilizá-las para o reconhecimento de seu potencial interior. Programamos, então, a realização de uma apresentação de dança e basquete do grupo de cadeirantes de uma Fundação que presta assistência a pessoas com deficiência na cidade. A apresentação aconteceu em uma escola pública municipal.

Percebemos, durante a apresentação, que algumas pessoas com deficiência estavam sentadas nas filas de trás. Constatamos que elas fizeram questão de que fosse assim, pois se sentiam envergonhadas. Aquela era a primeira vez que os moradores daquele bairro viam tantas pessoas com deficiência, da comunidade, reunidas. Era também a primeira vez que algumas dessas pessoas se expunham publicamente. Aquela primeira ação da pesquisa já causara um impacto, tanto nas pessoas com deficiência e seus familiares, quanto nos moradores da comunidade que foram assistir. Naquela ocasião, a ação educativa que se propunha a ser dirigida às pessoas com deficiência, revelou-se uma oportunidade educativa também para os demais moradores. Assistindo à apresentação, elas tiveram a oportunidade de perceber que as pessoas com deficiência são capazes de superar seus limites e também puderam conhecer pessoas com deficiência moradoras da comunidade. A diretriz metodologia da EP, de incentivar a articulação de grupos locais com movimentos e instituições mais gerais, mostrou-se muito importante.

Para dar seguimento às atividades da pesquisa, foram programadas reuniões que denominamos de reuniões com os atores das redes sociais. Nos períodos que antecederam as reuniões, assim como nos intervalos de tempo entre sua realização, aconteceram visitas às casas das pessoas envolvidas na pesquisa e outras atividades que surgiram como desdobramento das reuniões. Todos os fatos e impressões relacionados com a pesquisa foram registrados no diário de pesquisa, que constituiu, juntamente com as entrevistas, os principais instrumentos de coleta de dados dessa pesquisa. Foram nove meses de registros de observação e reflexões.

Reunindo os diversos atores das redes sociais

O trabalho com grupos tem uma importância central na prática de EPS, tanto no sentido de que a diversidade de atores torna a ação educativa mais rica, quanto pelo valor dessa atividade no sentido de estimular a participação e a organização comunitárias.

A proposta de realizar reuniões envolvendo as redes sociais das pessoas com deficiência baseava-se na nossa experiência anterior de EPS e buscava fortalecer as ações de apoio que os sujeitos da rede social realizavam de forma pontual e desarticulada. Também tinha como referência teórica o trabalho realizado por Sluzki[10]. Esse autor analisa a interface indivíduo/família/inserção social, apontando para a necessidade de incorporarmos em nossos modelos e prática clínica cotidiana as dimensões da rede social pessoal dos usuários.

A proposta de Sluzki, que ele denomina intervenção terapêutica em rede, aproxima-se de alguns dos pressupostos que orientam as práticas de EPS, onde buscamos, através do diálogo com a população, conhecer a raiz dos problemas e encontrar soluções conjuntas. Sluzki argumenta que o envolvimento das redes pessoais de seus usuários é importante tanto no sentido de alcançar uma melhor compreensão do processo de adoecimento, quanto na busca de soluções para os problemas enfrentados. Essa intervenção pressupõe a materialização e mobilização das redes, desde a ativação de redes naturais até a geração de novas redes e, muitas vezes, a estimulação das habilidades necessárias para desenvolvê-las.

Decidimos, então, fazer uma reunião com todos os participantes das redes sociais identificadas para ouvir suas colocações, necessidades e, a partir daí, planejar as próximas reuniões. Esse é um percurso

metodológico próprio da Educação Popular, isto é, adequar a metodologia às necessidades que surgem no processo e às demandas dos atores envolvidos.

A partir dessa reunião, resolvemos manter as reuniões com os atores das redes de apoio social conjuntamente. Era difícil precisar se, ao mobilizar as redes pessoais em conjunto, estávamos formando um coletivo de redes pessoais, uma rede coletiva, uma rede de redes pessoais ou uma rede comunitária. De acordo com Maffesoli[12], a rede de redes não remete a um espaço onde os diversos elementos se adicionam, se justapõem, onde as atividades sociais se ordenam conforme uma lógica da separação, mas, antes, remete a um espaço onde tudo isso se conjuga, se multiplica formando figuras caleidoscópicas de contornos cambiantes e diversificados. Esse coletivo ganha força política e, consequentemente, poder de reivindicação, sendo um espaço de organização social.

Apresentava-se, assim, como uma possibilidade para as ações coletivas daquelas pessoas e também como forma de estabelecer nova esfera de convivência social, uma vez que aquelas pessoas com deficiência estavam fora dos espaços de trabalho e escolares, seus laços sociais eram bastante restritos e mantidos, principalmente, na família.

Ademais, as discussões em grupo possibilitam descobertas e proposições dificilmente alcançadas individualmente. Do diálogo que se estabelece quando um grupo se reúne para discutir um determinado assunto ou problema costumam surgir idéias novas, que antes não haviam ocorrido aos participantes. É o que passou a ocorrer nas reuniões com as pessoas das redes de apoio: a discussão do grupo possibilitou uma compreensão alargada do problema e também o surgimento de novas proposições. Esse é um jeito próprio do trabalho com Educação Popular (EP), no qual o processo educativo vai sendo delineado no decorrer do mesmo. O trabalho de mobilizar pessoas, incentivar a formação de grupos, contribuir com a organização comunitária e com o fortalecimento e a valorização das iniciativas e saberes dos atores sociais constitui a essência da prática de EP.

No decorrer das reuniões, a dimensão política daquele trabalho se evidenciou na perspectiva da organização coletiva em torno de questões comuns que demandavam o envolvimento de níveis institucionais da rede social.

A metodologia que adotávamos nas reuniões seguia os princípios da EPS, que havíamos incorporado à nossa prática. Traçávamos um objetivo, mas a pauta dos encontros surgia das demandas apresentadas nas reuniões. Em todos os momentos procurávamos nos colocar na condição de facilitadores do grupo, buscando criar espaços de diálogo, onde as pessoas pudessem expor suas opiniões, respeitando e acolhendo as sugestões, seguindo o ritmo dos componentes que compunham aquele coletivo. Ao final das reuniões, o grupo distribuía as tarefas definidas para as próximas reuniões entre os participantes. Respeitar as iniciativas dos atores faz parte de toda prática de EP e era natural para nós deixar a reunião fluir de acordo com a demanda do grupo e a discussão ser conduzida por eles. Isso redundou em momentos extremamente ricos de interação social e aprendizado para todos nós.

No decorrer das reuniões foram discutidas questões mais gerais, como a questão da acessibilidade, relacionada à precariedade das ruas e becos, mas também houve momentos em que complexas dimensões da vida pessoal foram abordadas. A intimidade das famílias acompanhadas era marcada por dinâmicas de opressão e desorganização que nos surpreenderam pela magnitude. Sem o conhecimento destas dinâmicas, o trabalho educativo não pode prosseguir com profundidade.

Ao longo desse percurso fomos ajustando a proposta, driblando as dificuldades que se apresentavam, ampliando a rede social daquele grupo e aprendendo com as pessoas e com a experiência que vivenciávamos.

Vivenciando as dificuldades e aprendendo com elas

As dificuldades surgidas ao longo da pesquisa foram de várias ordens. A primeira delas era a falta de um espaço de convivência comunitária que pudéssemos utilizar para realizar essas atividades grupais. Para que essa dificuldade fosse contornada precisávamos da colaboração das pessoas que eram responsáveis pelos espaços potencialmente disponíveis, mas, ao final, realizamos as reuniões no quintal

da casa de uma das pessoas com deficiência da comunidade. A busca de espaço para a reunião ia deixando clara e pública a carência de infraestrutura para organização comunitária naquele bairro.

Outra dificuldade importante com que nos deparamos foi a insuficiência e, em alguns casos, a falta de apoio da família no sentido de possibilitar a participação das pessoas com deficiência nas reuniões. A possibilidade de ir às reuniões representava, em nossa visão, uma oportunidade para que essas pessoas pudessem sair de seu isolamento e também fazer um trabalho terapêutico.

Devido às dificuldades de transportar as pessoas para participarem das reuniões, particularmente daquelas cujas famílias não se dispunham a apoiá-las nesse sentido, assumimos a tarefa de transportá-las para o local da reunião. Acreditávamos que o trabalho de transportá-las assumido por nós, que não era nada pequeno naquelas ruas extremamente íngremes, esburacadas e sem pavimentação, seria recompensado com o prazer que elas sentiriam pela oportunidade de sair de casa.

Assim sendo, não foi fácil lidar com a frustração que inicialmente nos acometeu. Percebemos que não teríamos como única resistência a ser vencida o tremendo esforço de carregar as pessoas em suas cadeiras de roda por ladeiras e buracos, todas as vezes que havia reunião. Percebemos que o problema era mais complexo.

Imaginávamos que a família, ao se sentir apoiada por nós, teria mais disponibilidade de levar as pessoas com deficiência para atividades fora do domicílio. Isso de fato ocorreu com algumas famílias, havendo uma interação entre o nosso apoio e o da família. Outras pessoas, ao contrário, transferiram a responsabilidade para nós, encontrando ali uma oportunidade de aliviar sua carga e aproveitar algum tempo para si mesmas. Ficou claro para nós que levar as pessoas para a reunião representava para algumas famílias uma sobrecarga a mais em suas vidas e elas não estavam dispostas a assumir mais esse trabalho.

Podíamos e estávamos tentando apoiar a família, ajudar no que fosse possível, mas não podíamos nos encarregar totalmente da tarefa. O objetivo era que fizéssemos parte da rede, apoiando de forma mais consistente, mas isso não exime a família de sua responsabilidade. Assumir sozinhos esta tarefa não ajudaria no processo de fortalecimento das redes locais de apoio.

A despeito do desânimo que muitas vezes nos acometia, as reflexões feitas acerca do contexto daqueles sujeitos e o aprendizado que obtínhamos a partir daí nos ajudavam a seguir acreditando que as possibilidades que vislumbrávamos com aquele grupo eram capazes de superar as dificuldades enfrentadas. A EP foi fundamental nesse processo, ajudando-nos a perceber e lidar com dimensões da ordem do imaginário e do simbólico, que ficavam escondidas pelo preconceito e pela diferença cultural[14], bem como pelas convicções que estavam arraigadas em nós. Ela nos ajudava a resistir ao desânimo mediante todas aquelas dificuldades e a aprender com elas. Também nos orientava no sentido de não cairmos em atitudes paternalistas e assistencialistas.

Trabalhando na tessitura da rede – buscando ampliá-la e estimular a interação social

Uma das atividades que buscamos desenvolver no decorrer da pesquisa foi articular as ações que os atores das redes de apoio desenvolviam isoladamente ou de forma fragmentada. Essa articulação poderia trazer uma ampliação nas possibilidades de interação social desse grupo e encontrar saídas para os problemas que emergiam.

Havia uma dimensão política nessa atividade, que se revelava no compromisso que um trabalho de EPS assume em favor dos sujeitos das classes populares. Nesse sentido, o incentivo à interação entre as pessoas com deficiência e suas redes de apoio social, visava, além de retirá-las do isolamento, encorajá-las a uma organização social. Podia ser também uma forma de fortalecer a organização comunitária ainda incipiente naquele bairro. Era necessário, portanto, não apenas articular os atores envolvidos, mas também mobilizar novos atores, ou seja, tecer de modo a incluir novos nós na rede.

Como desdobramento das reuniões, foi decidido convidarmos o representante do Núcleo de Pessoas com Deficiência (NPD) da prefeitura municipal que também fazia parte de uma associação de pessoas com deficiência. No primeiro contato com as pessoas da pesquisa, ele ficou bastante impressionado com as dificuldades de deslocamento enfrentadas pelas pessoas com deficiência naquele bairro. A despeito do fato de também ser uma pessoa com deficiência física, as dificuldades enfrentadas pelas

pessoas daquela comunidade pareciam surpreendê-lo. A surpresa demonstrada por ele evidenciava a distância entre os representantes dos movimentos sociais de pessoas com deficiência, da realidade desse grupo de pessoas residentes nas periferias urbanas, especialmente daquelas cuja deficiência oferece maiores restrições em termos de deslocamento, já que esse não é, usualmente, o tipo de pessoa com deficiência que participa das associações.

Durante a reunião, o representante do NPD chamou a atenção para a necessidade de se organizarem, de terem propostas bem elaboradas, salientando que todas as conquistas são resultantes da organização coletiva. A presença dele trazia para o grupo uma nova representação, tanto institucional, do ponto de vista de seu papel enquanto representante do governo municipal, quanto em relação ao movimento social do qual fazia parte. A rede se ampliava para um nível macrossocial.

A perspectiva que se delineava era de que os componentes daquelas redes sociais poderiam se articular para formar um movimento social ou se inserir em um movimento já existente. Por outro lado, a idéia de rede também pode contribuir no sentido de articular os movimentos sociais, formando redes de movimentos.

Atualmente, alguns autores partem da hipótese de que é nas articulações entre organizações e atores políticos e nas subsequentes criações de redes que vêm se constituindo um movimento social. Melucci[15] define movimento social como uma forma de ação coletiva baseada na solidariedade, desenvolvendo-se a partir do enfrentamento de um conflito e rompendo os limites anteriores do sistema em que ocorre a ação. No cenário atual, esse autor prefere falar de redes de movimento ou de áreas de movimento, nas quais inclui não apenas as organizações formais, mas também a rede de relações informais que conectam núcleos de indivíduos e grupos a uma área de participação mais ampla. Afirma, ainda, que as redes são formadas por pequenos grupos imersos na vida cotidiana com fins específicos, e caracterizam-se pela associação múltipla, pela militância parcial e efêmera, e pelo desenvolvimento pessoal e solidariedade afetiva como condições para participação.

Para que as redes atuem em uma perspectiva de movimento social é preciso que os diversos atores se articulem em torno de uma questão e encaminhem suas reivindicações. Era o que estava se processando nas nossas reuniões de rede. Através da rede estávamos articulando as pessoas com deficiência com o movimento social ao qual poderiam se vincular.

Constata-se, assim, que a intervenção com as redes sociais pode representar uma importante forma de participação e de mobilização coletivas. Elas são espaços férteis para uma ação em forma de movimento social ou de articulação com um movimento já instituído, trazendo-o para a rede, ampliando-a.

As ações de EPS costumam ocorrer tanto em nível das relações individuais, abordando questões subjetivas, quanto em nível coletivo, organizando as reivindicações e fortalecendo os grupos sociais. A ação que estávamos empreendendo com aquele grupo tinha essas duas dimensões, mas revelava-se mais fortemente na direção da organização do coletivo e sua articulação com movimentos sociais.

A partir do contato com o representante do NPD, surgiu a proposta de articulação com uma associação de pessoas com deficiência da cidade. Foi marcada uma reunião, mas as pessoas dessa entidade não compareceram. Talvez aqueles representantes da associação não tenham tido ideia do prejuízo em termos de credibilidade da associação e em termos de potencialidade da expansão do movimento em direção às pessoas com deficiência que não conseguem chegar aos centros de reabilitação ou participar de encontros e movimentos destinados a esse grupo.

Havia uma ação educativa para todos os envolvidos no processo. Para os representantes de uma associação de pessoas com deficiência, seria um aprendizado organizar o movimento para as pessoas que não conseguem chegar até ele, ajudando a despertar o potencial de participação política daqueles sujeitos. Mas, ao que parece, a institucionalização do movimento social restringe seu raio de ação, não havendo propostas de atuação no sentido exposto acima. Essa limitação do movimento não contribui de forma alguma com a inclusão das pessoas com deficiência mais limitadas fisicamente e que residem nas periferias urbanas, reforçando a condição de isolamento social ao qual elas estão submetidas e mantendo a distância que existe entre essas pessoas e os movimentos que dizem representá-las e pelos quais elas se sentem abandonadas.

Considerações finais

Nessa pesquisa-ação foi colocada em prática uma proposta de Educação Popular em Saúde, tendo como principal instrumento metodológico o trabalho com as redes de apoio social. Por um lado, representa uma pesquisa-denúncia, ressaltando como as políticas sociais no âmbito das instituições públicas ainda são insuficientes para suprir as necessidades dos sujeitos das classes populares e também a frouxidão dos laços dos movimentos sociais, particularmente das organizações de pessoas com deficiência para com os sujeitos que vivem nas periferias urbanas. Mas é também uma pesquisa-proposição, na medida em que buscou apontar pistas, estratégias, metodologias, ideias e conceitos.

A Educação Popular foi o fundamento a partir do qual o trabalho se constituiu. Norteando nossa práxis, facilitou na busca de compreensão das dificuldades e motivações dos sujeitos da pesquisa, orientou o desenvolvimento das atividades e nos ajudou a perseverar, persistir nas ações propostas, por acreditarmos nesses atores, em suas potencialidades.

Sua relevância também se evidenciou pelo fato de que o conceito de rede social ajuda a legitimar ações que sempre permearam as práticas de Educação Popular em Saúde, trazendo para esse campo a discussão acumulada na sociologia em torno desse conceito. Permite, assim, conceituar, dar visibilidade, debater teoricamente uma questão que, mesmo sendo usual na prática de EPS e fazendo parte de sua lógica de atuação (protagonismo e interação dos atores sociais, diálogo entre saberes distintos, consolidação da autonomia), ainda não tem muita ênfase teórica nesse campo. Acrescenta-se a isso, o entendimento de que a incorporação das redes de apoio social nas práticas de saúde possibilita a realização de ações mais integrais.

Ao reconhecer a importância das redes de apoio social no trabalho em saúde, dar visibilidade a elas, e incorporá-las aos processos de cuidar da saúde, certamente se potencializam as ações desenvolvidas na perspectiva da EPS. O trabalho mais articulado e sistemático com os diversos atores que compõem as redes sociais, fazendo sobressair a participação de atores que nem sempre têm destaque no cenário social, pode ampliar as práticas de EPS, fortalecendo as iniciativas desses atores, conferindo-lhes mais força política. Por outro lado, e de forma complementar, a EP é um importante facilitador do trabalho com as redes sociais, contribuindo para que o profissional de saúde, inserido na rede social dos usuários, tenha uma postura de abertura ao diálogo, pautada no respeito às diferenças e na valorização do saber popular, pré-requisitos essenciais do trabalho com os diversos e diferentes atores que compõem a rede social. A Educação Popular pode contribuir para superar a fragmentação das redes de apoio social, potencializando sua ação e impulsionando para que elas se articulem com outros níveis da rede, a exemplo dos movimentos sociais.

Reunir os diversos sujeitos que compõem as redes sociais não é suficiente para garantir o protagonismo desses atores. Destaca-se o valor do trabalho com as redes inserido em uma prática de EPS, no sentido de contribuir com o restabelecimento da autoconfiança e o resgate da autoestima, na medida em que nessa prática se reconhece o valor dos saberes de experiência feitos, como nos diz Freire[16], incorporando-os ao processo terapêutico, proporcionando a essas pessoas um sentido de pertencimento e reconhecimento sociais. Ademais, o incentivo à prática da solidariedade em circulação na rede possibilita o fortalecimento dos laços sociais.

Referências

1. Valla VV. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: Costa MV, organizador). Educação popular hoje. São Paulo: Loyola; 1998. p. 151-79.

2. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saúde Pública. 1999;15 Sup. 2:7-14. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600002

3. Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface (Botucatu). 2000;4(7):37-56. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000200004

4. Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011.

5. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 7a ed. Rio de Janeiro: Record; 1993.

6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5a ed. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 210.

7. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1999. p. 219.

8. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

9. Dabas E, Perrone N. Redes en salud. 1999 [acesso em: 4 abr. 2005]. Disponível em: <http://www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/redsal-Dabas-Perrone>

10. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica - alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

11. Klefbeck J. Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje em red. In: Dabas E, Najamnovich D, organizadores. Redes: el linguaje de los vínculos – hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós; 2002. p. 345-72.

12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 5a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.

13. Maffesoli M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.

14. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

15. Melucci A. Acción colectiva, vida cotidiana y democracia. 1999 [acesso em: 25 abr 2005]. Disponível em: https://pt.scribd.com/doc/63849814/36039728-ACCION-COLECTIVA-Vida-Cotidiana-y-Democracia-Melucci

16. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 10a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Redes sociales de apoyo en la práctica de la educación popular y en la salud: reflejos de una investigación-acción . Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1453-1462.

Las redes sociales de apoyo son fundamentales para personas de las clases bajas con discapacidad física. Este trabajo presenta la ruta de la investigación-acción, el análisis de las redes de estas personas y las conclusiones del aprendizaje de una investigación orientada por el Principio de la Educación Popular (EP). El trabajo tuvo dos etapas: entrevistas, para mapear las redes de apoyo social y la activación y movilización de estas redes. En la primera etapa había el problema del aislamiento de estas personas. En seguida, hubo reuniones con los actores de la red social, tanto a nivel personal cuanto comunitario. En los resultados de este proceso hubo aprendizajes y dificultades. La EP fue esencial para comprender las dificultades y motivaciones de las personas, guió las actividades y ayudó a persistir en acciones, creyendo en la mayor capacidad de estas personas.

Palabras clave: Investigación-acción; Educación Popular; Personas con discapacidad.

Recebido em 30/04/2013. Aprovado em 15/04/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0487

Da pedagogicidade do cuidado ante a experiência de ser hipertenso

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia[a]
Marize Bastos da Cunha[b]

Maia OFLC, Cunha MB. The pedagogical care in a experience of being hypertensive. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1463-1474.

The article tries to contribute for popular education area in health, addressing the experience of care lived by people owners of the most frequent heart diseases reaching around 21% of brazilian population; the systemic arterial high pressure. The article is based in researches done with high blood pressure patients of a Primary Health Care Unit from the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. It aims to understand users build comprehension about experience of care from their life experience and culture in a dialogue with health statement conformed by the reality they have been facing in Health System the study uses procedures of qualitative methodology like open interviews and systematic observations. We have adopted as a criterion for the obtained information, relate them by proximity to the specifics goals of this study.

Keywords: Life-Change Events. Health Care. Hypertension.

O artigo busca contribuir para o campo da educação popular em saúde, abordando a experiência do cuidado, vivenciada por usuários portadores daquela que é a mais frequente das doenças cardiovasculares e que atinge aproximadamente 21% da população brasileira: a hipertensão arterial sistêmica. O artigo se fundamenta em pesquisa realizada junto a usuários hipertensos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Objetiva compreender as interpretações que os usuários constroem sobre a experiência do cuidado, a partir de sua experiência de vida e de sua cultura, e em diálogo com o testemunho de saúde, conformado pela realidade com que eles se defrontam no Sistema Único de Saúde. O estudo recorre a procedimentos da metodologia qualitativa. Adotamos como critério para hierarquização das informações colhidas relacioná-las por ordem de aproximação aos principais objetivos deste estudo.

Palavras-chave: Acontecimentos que mudam a vida. Assistência à saúde. hipertensão.

[a] Pós-Graduação em Saúde Pública, FIOCRUZ. Rua José Nunes Leal, 510, Juiz de Fora, Minas Gerais, 36030-230, Brasil. otaviolemosmaia@hotmail.com
[b] Departamento de Endemias Samuel Pessoa, ENSP, FIOCRUZ. marizecunha@ensp.fiocruz.br.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores desafios para o campo da saúde pública e para o desenvolvimento do país nas próximas décadas. Correspondendo aproximadamente a dois terços das causas de mortes no Brasil, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e para o câncer, as DCNT são doenças que ameaçam a qualidade de vida de parcela significativa e crescente da população. E representam um alto custo para o sistema de saúde[1].

No caso, aqui estudado, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge aproximadamente 21% da população brasileira na atualidade[2]. Entretanto, ainda é pequeno o número de hipertensos identificados e tratados adequadamente. Dentre aqueles que são diagnosticados, muitos desconhecem ser hipertensos, sendo que a maioria não busca tratamento. Cerca de metade dos que se tratam não apresentam a hipertensão arterial sob controle[3].

Em resposta a tal desafio, considerando as dimensões da vigilância em saúde e de sua promoção, a educação se configura como um dos eixos centrais no enfrentamento da HAS, tanto no que se refere ao diagnóstico da doença, quanto na adesão ao tratamento. Com efeito, tendo em vista a conformação atual do Sistema Único de Saúde (SUS) e a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações educativas constituem um mediador fundamental no cuidado que deve ser centrado na pessoa, na família e no território.

No âmbito da educação popular em saúde, o desafio de enfrentamento da HAS significa ir ao encontro de uma perspectiva que conceba as ações educativas, em diálogo com as necessidades, experiências e cultura dos usuários do SUS.

A reflexão que trazemos busca, pois, aproximar-se desta perspectiva, abordando a experiência de ser hipertenso, vivenciada por usuários do SUS, tendo como local de estudo uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

O estudo, resultado de uma pesquisa desenvolvida entre os anos de 2010 e 2012 e que deu origem à dissertação de mestrado[4], está voltado para a compreensão das interpretações que os usuários constroem sobre o cuidado. Vasconcelos[5], ao descrever o cotidiano de cuidado em um Centro de Saúde, discute as dificuldades que existem na relação entre o serviço de saúde e a população atendida.

Portanto, o presente trabalho tem como discussão central a experiência dos hipertensos, vivida em uma UAPS, bem como o diálogo com a própria experiência de vida, de forma a nos permitir reconhecer dimensões importantes do cuidado que não são consideradas nos trabalhos desenvolvidos a partir da ótica biomédica. Ao darem ênfase aos aspectos orgânicos do processo saúde e doença, tais trabalhos omitem a dimensão do sentido da qual se reveste esse processo – o corpo vivido é fonte e condição para nossa relação com o mundo[6].

Ao localizarmos os usuários hipertensos, em sua relação com o serviço de APS, como sujeitos capazes de interpretarem sua realidade e questionarem a mesma, a partir das percepções e sentidos disponibilizados pela cultura, buscamos, então, contribuir com o campo da educação popular em saúde – área em que se reconhece a importância da intercomunicação dos sujeitos que vivenciam o processo saúde e doença, bem como a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais[5].

Se considerarmos com Freire[7] que o ato de investigar e pensar do povo é o caminho para o entendimento do seu agir, tal fato é fundamental para nos aproximarmos de políticas públicas que estejam em diálogo com as necessidades da população e também com seus modos e experiências de vida, e, enfim, com suas formas culturais. Uma aproximação necessária para garantirmos efetivamente os direitos sociais é, dentre estes, o direito à saúde.

Pressupostos da pesquisa – o testesmunho de saúde

Iniciamos destacando que temos por pressuposto o fato de que a experiência do cuidado comunica sentido à interpretação que usuários hipertensos têm sobre a saúde e a doença. A vivência do cuidado constitui o processo de formação do conhecimento daqueles que são atendidos pelo SUS.

No entanto, em busca de assistência diante de seu sofrimento, o que o usuário encontra na UAPS é a falta de medicamentos, morosidade no atendimento e um número de consultas insuficientes para

atender à demanda da população. Esta realidade, com a qual o usuário se depara, significa o que chamamos neste estudo de 'testemunho de saúde'.

Este termo se baseia na discussão de Paulo Freire[7] sobre a relação entre opressor e oprimido. Segundo o autor, os oprimidos têm no opressor o seu testemunho de homem. Sendo levados, em alguns momentos, por conta da realidade que vivenciam, a reproduzirem as ações que percebem naqueles que os vitimizam. Freire conclui que a realidade social é produto das ações dos homens, portanto, a superação de uma realidade opressora se torna tarefa dos homens e histórica.

Trazendo tal reflexão para o contexto da UAPS, consideramos que os usuários têm no cotidiano destas unidades um testemunho de saúde, que contribui para sua experiência do processo saúde e doença, e confere significado à sua vivência como hipertenso. Com efeito, o testemunho de saúde tem repercussão sobre a estrutura do pensar, que é condicionada pela contradição vivida na situação concreta, existencial, em que nos formamos[7]. A prática testemunhal em uma UAPS se expressa desde a forma de acolhimento, praticado pelo profissional de saúde, até a materialidade do espaço, comunicando, assim, um sentido aos usuários, que pode aproximá-los, ou afastá-los.

Cabe destacar que a UAPS é aqui concebida como espaço de cuidado, visto como "o espaço de negociações, das possibilidades e criatividades, onde as visões e percepções dos sujeitos que o vivenciam são postas em jogo"[8]. O espaço de cuidado é um lugar praticado. Ele se constitui do "efeito produzido pelas operações que o orientam, o circunstanciam, o temporalizam e o levam a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais"[9].

A situação de cuidado infere sobre os esquemas interpretativos dos quais os usuários dispõem para pensar sua realidade. Sendo assim, quando constamos o recuo de usuários hipertensos diante de propostas, como as de participação em grupos educativos, ou, então, as constantes faltas às consultas e a não adesão ao tratamento, devemos questionar sobre o que tem sido dito a eles pelas práticas testemunhais que vivenciam na experiência do cuidado: dieta, caminhada e lazer, por exemplo. Enfim, como os hipertensos têm respondido aos aconselhamentos dos profissionais de saúde? Qual o sentido dessas orientações em seu modo de vida e em suas formas culturais? Ou então, qual a legitimidade de discursos institucionalizados para aqueles que dependem do cuidado disponibilizado pelo SUS? Acreditamos que o testemunho de saúde não apenas referencia, mas dialoga e, muitas vezes, entra em confronto com a experiência de vida e perspectivas culturais daquele que se encontra sob os cuidados do SUS.

Tal argumento nos orienta na elaboração do nosso segundo pressuposto: concebemos que os esquemas interpretativos, através dos quais os usuários ressignificam o testemunho de saúde que encontram na UAPS, encontram-se referenciados em suas experiências de vida.

Alves, Rabelo e Souza[6] apresentam discussão sobre o conceito de experiência, "que, de modo mais geral, expressa uma preocupação em problematizar e compreender como os indivíduos vivem seu mundo". Em uma perspectiva fenomenológica, os autores trazem a seguinte definição:

> Um conceito empiricamente fiel de experiência tem que, primeiro reconhecer esse caráter multifacetado da pessoa - o fato de que a experiência do self, ou do self em relação ao outro, é continuamente ajustada e modulada pela circunstância. Segundo, conforme argumentou Dilthey, o conceito de experiência deve incluir não apenas o que é habitual, típico e costumeiro, mas o que é idiossincrático, excepcional e singular. Terceiro, nossa noção de experiência deve reconhecer não apenas nosso senso de coisas substantivas e delimitadas, mas nosso senso do transitivo e não delimitado, se queremos evitar reduzir a experiência às ordens conceituais que impomos sobre ela. Finalmente, é imperativo reconhecer [...] o modo como os objetos da experiência tendem a fundir com as formas pelas quais esses objetos são vivenciados[6].

Thompson[10] argumenta que a experiência é uma "categoria indispensável", que compreende tanto a resposta mental, quanto emocional, dada por um indivíduo ou grupo social ao mundo real. Para ele:

> [...] as pessoas não experimentam sua própria experiência apenas como ideias, no âmbito do pensamento e de seus procedimentos. Elas também experimentam sua experiência como sentimento e lidam com esses sentimentos na cultura[10].

Sendo assim, assumimos o pressuposto que, se o espaço de cuidado e suas práticas comunicam um testemunho de saúde ao usuário, este testemunho é lido segundo os esquemas culturais daquele que está sob cuidado e mediado por sua experiência de vida. Desta forma, testemunho de saúde, cultura e experiência estão em relação no cotidiano da UAPS e na vida do hipertenso.

Metodologia

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, que tem o seu serviço de APS constituído por 58 Unidades de Atenção Primaria à Saúde (UAPS).

Como recorte, foi pesquisada uma UAPS que, enquanto política de cuidado, pauta-se pelas diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os sujeitos do estudo são usuários ligados à linha de cuidado para hipertensos da UAPS escolhida. Contudo, ao longo da pesquisa, dialogamos também com os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, a fim de melhor nos aproximarmos da experiência do cuidado, que é perpassada pela relação que se dá entre os sujeitos que a vivenciam.

O cuidado à hipertensão está relacionado com a mudança de hábitos de vida. Hábitos que se organizam culturalmente, sob específicas condições materiais de existência. Sendo assim, ao selecionarmos usuários hipertensos da classe popular, temos a oportunidade de pensar a repercussão que aconselhamentos de saúde têm tido em contextos de vulnerabilidade social, onde as limitações de ordem material costumam restringir escolhas quanto à adoção de estilos de vida considerados saudáveis.

A pesquisa se realizou em duas etapas. Em um primeiro momento foi feito o levantamento documental, em que coletamos os dados da UAPS pesquisada e das localidades por ela atingida. Tal procedimento subsidiou uma sistematização e análise, produzindo resultados acerca do contexto de estudo.

A UAPS tem sob sua responsabilidade o cuidado de moradores de cinco distintas localidades. Número que transgride a prescrição do Ministério da Saúde, que preconiza para cada UAPS o número máximo de três equipes de saúde da família. Conforme dados disponibilizados pela Secretária de Saúde do município[c], essas cinco localidades têm uma população estimada de 13.423 pessoas.

São distintas as condições de vida dos usuários que fazem uso do serviço da UAPS. Percebemos claramente que, dentre as cinco localidades, uma delas se encontra em expressiva desvantagem socioeconômica. Presumimos que muitos dos usuários dessa comunidade sequer saberão se são hipertensos, mesmo com a existência de uma política de saúde que prevê, em suas diretrizes, visitas domiciliares e trabalhos investigativos.

Ser morador de uma comunidade, onde vivem pessoas com baixa renda, sem saneamento básico e menor nível de escolaridade, pode desfavorecer a oportunidade de ser cuidado. A origem social é, portanto, um determinante no agravamento das condições de saúde.

Neste artigo, priorizamos os resultados da segunda etapa da investigação, oriundos do trabalho de campo, onde, considerando o tema e sua abordagem socioantropológica, recorremos a procedimentos da metodologia qualitativa: realização de observação participante na UAPS; visitas às cinco localidades atendidas pela UAPS; acompanhamento dos grupos educativos destinados aos hipertensos, realizados em duas igrejas da comunidade; entrevistas com os usuários hipertensos nos espaços de realização dos grupos educativos, bem como em suas casas, ou na UAPS, enquanto aguardavam por atendimento.

[c] A Secretaria de Saúde do município nos disponibilizou o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) – Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2011.

A observação participante nos permitiu examinar a relação do usuário hipertenso com o espaço de cuidado, a postura corporal, as normas de condutas explícitas e implícitas, o tom de voz, e como suas ações se relacionam com o que eles nos dizem que fazem e os diferentes momentos do seu agir[11]. Atrelado à observação participante, fizemos uso do diário de campo onde registramos os dados coletados, que serviu como instrumento de subsídio para o processo interpretativo.

Nas entrevistas abertas, guiadas por um roteiro pontuado pelas questões previamente estabelecidas, de acordo com a problemática central do estudo[12], abordamos doze usuários hipertensos, aqui identificados, respectivamente, como h1, h2, h3, h4, h5, h6, h7, h8, h9, h10, h11 e h12. As entrevistas foram enriquecidas com conversações informais, tanto na UAPS e na observação do cotidiano de cuidado, quanto nos percursos dos usuários, e fora ou dentro de suas localidades, como, por exemplo, nos pontos de ônibus, ou em algum estabelecimento comercial da comunidade. À essas pessoas, nos referiremos apenas como usuários.

Quanto às entrevistas feitas com os profissionais de saúde, elas se deram na UAPS. A escolha dos entrevistados teve como critério a disponibilidade para concessão da entrevista e o tempo de trabalho na UAPS, acima de um ano, considerando-se o tempo de convívio no espaço de cuidado, como elemento de compreensão da sua dinâmica de funcionamento. Os profissionais são identificados pela sigla PS.

A leitura do diário de campo e das entrevistas proporcionou uma confrontação e sistematização dos dados, o que ocorreu sob os seguintes procedimentos: diante da massa de dados, adotamos, como critério para hierarquização das informações colhidas, relacioná-las por ordem de aproximação aos principais objetivos deste estudo. Esse processo interpretativo foi auxiliado pela literatura das Ciências Sociais e Saúde Pública.

Ressaltamos que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e que seguimos os padrões éticos de pesquisa com os seres humanos.

Da pedagogicidade do espaço

A organização do espaço de cuidado, que caracteriza o que chamamos neste estudo de testemunho de saúde, comunica a distância que existe entre os sujeitos que o constitui – a distância física referenciada pela distância cultural. Os limites e as fronteiras da relação entre UAPS e comunidade ganham formas. As grades da janelinha da farmácia, a portaria de vidro, bem como toda a aparência do espaço de cuidado, tornam-se símbolos do SUS, onde de alguma maneira são "armazenados" os significados de ser cuidado, sentidos pelos usuários da UAPS[13].

No presente trabalho, o uso da categoria testemunho de saúde tem por objetivo compreender o que tem sido comunicado pelo cotidiano de cuidado da UAPS aos usuários hipertensos. É nesse sentido, que nos voltamos para a compreensão da materialidade do espaço de cuidado, que testemunha aos usuários uma realidade a ser interpretada.

Em sua materialidade, o espaço de cuidado da UAPS pesquisada é constituído de uma área ampla, com móveis, em sua grande maioria, na cor branca, referenciando um ambiente de cuidado. As paredes, em seu lado externo, encontram-se sob má conservação, precisando de pintura. As cadeiras usadas na sala de espera são desconfortáveis e as salas são pequenas, sendo que algumas chegam à condição de apertadas.

Nas paredes internas da UAPS, estão fixados diversos cartazes onde se veiculam informações como o quadro de funcionários, os horários de funcionamento do serviço de saúde, a definição do que é hanseníase.

Nesse espaço, inscrevem-se a maneira como é gerido o cuidado institucionalizado. Do lado de fora, a má conservação das paredes nos oferece indícios para compreensão da maneira com que se tratam recursos e espaços públicos em nossa sociedade. O lado interno onde os cartazes disputam cada canto da parede parece revelar a desorganização do cotidiano de cuidado, onde são permitidas práticas de descuido e desrespeito ao usuário, como, por exemplo, passar horas em uma fila e não saber se será atendido. Com efeito, as estruturas físicas do espaço de cuidado trazem em sua estaticidade muito daquilo que figura na dinâmica do nosso sistema relacional.

Durante o trabalho de campo, identificamos situações em que essa dinâmica se tornou evidente. A organização do espaço de cuidado se apresenta ao usuário como dificuldade ante a busca pelo atendimento. Uma dessas situações é a presença do porteiro na portaria que garante acesso aos consultórios médicos. Constatamos que a portaria, sob vigilância, simboliza aos usuários o quanto é difícil chegar ao médico, ou – quem sabe? – conseguir uma consulta. O usuário, enquanto espera pelo atendimento, é vigiado.

Tal situação de controle, em que se policia o espaço, faz com que o usuário experiencie uma antipatia quanto ao espaço de cuidado. Nossas entrevistas e conversas informais indicaram que esse usuário entende que a dinâmica de funcionamento da UAPS se configura de maneira desrespeitosa ao seu estado de sofrimento – a sua condição de hipertenso.

O usuário estima por um acolhimento constituído por gestos que comuniquem afetuosidade e amizade. Ao chegar à UAPS, anseia por um tratamento e que seja tratado como conhecido, uma pessoa íntima; almeja por um encontro do qual estejam dispensadas as formalidades, as normas de organização que caracterizam o espaço público, "que é, em princípio, negativo, porque tem um ponto de vista autoritário, impositivo, falho, fundado no descaso e na linguagem da lei"[14]. Linguagem esta, da qual os profissionais de saúde lançam mão para estabelecer sua comunicação com a comunidade, principalmente em momentos nos quais percebem a necessidade de afirmar as regras que direcionam o funcionamento da UAPS e que, portanto, devem ser respeitadas e seguidas, independentes das particularidades que possa haver quanto ao problema de saúde do usuário.

O processo relacional entre usuários e profissionais de saúde é regido por critérios que prestigiam a situação de dependência, enquanto forma de legitimar atos de mando e condicionamento, de uma das partes em relação à outra. A distância social e cultural que existe entre esses sujeitos, bem como a que vigora entre saberes, orienta a organização do espaço de cuidado.

Freire[15] nos apresenta uma discussão sobre a pedagogicidade do espaço, onde defende que a natureza testemunhal do espaço, constituída da sua organização e dos objetos nele usados, comunica discursos àqueles que o vivenciam:

> É incrível que não imaginemos a significação do "discurso" formador que faz uma escola respeitada em seu espaço. A eloquência do discurso "pronunciado" na e pela limpeza do chão, na boniteza das salas, na higiene dos sanitários, nas flores que adornam. Há uma pedagogicidade indiscutível na materialidade do espaço[15].

O espaço de cuidado, onde se manifesta o testemunho de saúde, sugere ao usuário que ele não tem direito a um atendimento com qualidade. "Negócio é feio, moço!", dizia-me uma senhora hipertensa, usuária da UAPS, sobre a dificuldade que o pobre enfrenta para conseguir cuidar da saúde. As imperfeições com as quais nos deparamos no serviço público de saúde são experimentadas como sentimentos, sentidos coletivamente. A indiferença é cotidianamente lecionada no espaço de cuidado. Vale ressaltar que essa vivência, entretanto, é rasurada e questionada pelo usuário.

O testemunho de saúde, que se apresenta ao usuário na UAPS, também se constitui de práticas de cuidado perpassadas pelo afeto e pela solidariedade e não o deforma, nem o disciplina; antes, a concretude de que se faz a realidade em saúde, sugere ao hipertenso, em sua busca pelo cuidado, a apoiar-se em táticas e a buscar por atalhos. Isto favorece, assim, sua inventividade, instrumentalizando-o, incitando à bricolagem e deixando lições que o estimulam a encontrar saídas diante dos apertos da vida. O sentido que a cultura a qual pertencem empresta a estes acontecimentos é manipulado pela capacidade inventiva desses sujeitos sociais, que sabem como ninguém, e a vida foi quem lhes ensinou isso, tirar proveito do outro, fazer uso daquelas táticas das quais De Certeau[9] nos fala, onde os questionamentos não se anunciam pela convencionalidade, antes por uma inventividade que sabe se aproveitar das circunstâncias: "Quando um médico não fala direito comigo, sabe o que eu faço? Não tomo o remédio que ele me passou. Como eu posso acreditar numa pessoa que me trata assim?" (usuário). E se, porventura, o doutor pensa que, ao cometer esse ato, a usuária investe contra si própria deixando de se cuidar, ela garante que até hoje agir assim nunca lhe fez mal.

O bem e o mal: o processo saúde e doença sob pontos de vista

Buscando responder a experiência do cuidado do usuário hipertenso e a interpretação que ele constrói sobre tal experiência, começamos por indagar: o que ele compreende como saúde? Qual a relação entre tal concepção e a organização que fazem do cuidado à HAS? E, ainda, de que maneira a experiência do cuidado tem repercutido sobre o entendimento quanto ao que seja saúde?

As entrevistas e conversas informais realizadas nos apontam que a saúde "é Deus quem dá". A saúde é um bem, o corpo é obra de Deus. Foi ele quem o fez. Com efeito, esta é uma crença que perpassa o imaginário social da sociedade brasileira e que ganha contornos simbólicos específicos em determinados contextos. Desejar saúde é um costume entre nós. Não é assim? Que manifestamos nossos votos nas datas de aniversários, no momento do nascimento: "que Deus lhe dê muita saúde"!

O entendimento quanto ao que seja saúde tem repercussão sobre os posicionamentos tidos pelo usuário hipertenso ante o quadro de agravamento da enfermidade. A hipertensão, doença crônica, cotidianamente é descrita pelos profissionais da UAPS como problema de saúde que não tem cura, e que, portanto, é preciso tomar o remédio de controle da pressão por toda a vida. Levar a sério essas advertências feitas pelos profissionais de saúde, adotá-las, pode ocasionar atos de reconsideração sobre os pareceres culturais que convencionam o agir em saúde do usuário.

Desta forma, assumir-se hipertenso provoca uma reorganização nas categorias culturais que orientam o usuário em seu cuidado com a saúde. Inicia-se, então, um processo negociativo entre concepções que convencionalmente disponibilizam sentidos diferentes à manutenção da vida.

De um lado temos o saber médico, pautado pela cientificidade, que vai dizer ao usuário que, para que este viva com saúde, precisa tomar o remédio, fazer caminhada, "parar de comer torresmo" (PS). Enquanto que, pela outra parte, acredita-se que "é Deus quem sabe a hora em que a gente vai morrer" (usuário). A falta de saúde, segundo esta perspectiva, não seria consequente ao estilo de vida, a hábitos que, do ponto de vista médico, não são considerados saudáveis, mas, sim, à vontade de Deus. Para muitos dos usuários que entrevistamos, assumir-se enquanto hipertenso pode significar ter que romper com valores disponibilizados por sua cultura, que emprestam sentido ao seu viver.

A concepção que o usuário tem quanto à saúde – um bem que vem de Deus – pode apresentar indícios sobre algumas das razões pelas quais os trabalhos de prevenção, relacionados à promoção da saúde, costumam ser rejeitados pelos hipertensos. Evitar o torresmo, para não ter colesterol alto, e ficar com saúde, dica tão comum no aconselhamento do médico da família, sugere ao usuário que assuma o controle da sua saúde, tenha responsabilidade sobre seu corpo. A concepção biomédica entende a saúde como um bem a ser gerido pelo homem. Entretanto, o usuário acolhe a ideia que lhe afirma que a saúde não é consequência do trabalho do homem, do seu esforço e conhecimento. E então afirma: "Eu tenho a saúde que Deus me deu!" (usuário). A saúde é o Bem! Assumir a responsabilidade sobre sua saúde pode provocar certo desconforto àqueles que a concebem sob uma perspectiva de cunho religioso.

Uma das questões observadas ao longo da pesquisa foi que, quando a saúde falta, levando algum ente querido, ou deixando sequelas no corpo, "o corpo torto" (h9), o hipertenso identifica a sua perda como o Mal. E é aí que, interessantemente, a experiência de perder alguém próximo, por problema de pressão alta, pode levar o usuário a aderir ao tratamento, até então negligenciado e proposto pelo profissional de saúde. É quando ele recria suas categorias culturais relativas à saúde. E passa a considerar outros elementos na organização do seu cuidado. As ameaças que o doutor faz ganham sentido: "Se você não cuidar da pressão, você vai entrar em 'óbito'" (h2). Podemos perceber, pois, que o usuário constrói seu saber referenciado pelas experiências que teve, nas lembranças que o acometem, ou – quem sabe? – nos aconselhamentos médicos, que, ante a perda de um ente por motivo de saúde, costumam ganhar força de profecia.

Apresentamos a experiência de um casal que perdeu o filho em consequência de uma doença crônica e que nos indica a maneira pela qual os usuários ressignificam suas experiências, combinando valores com informação.

Em uma das localidades atendidas pela UAPS, mora um casal de idosos. Conforme depoimento, coletado junto aos mesmos há aproximadamente vinte anos, eles fazem uso do serviço público de saúde da comunidade. Os dois são hipertensos e são acompanhados pela equipe de saúde da família. Há dois anos eles perderam o único filho, devido a complicações da diabetes. Durante a entrevista que realizamos com esse casal, em sua casa, a quase todo momento se referiam à doença que havia provocado a morte do filho, descrevendo-a como vilã, assassina silenciosa, um mal. Para o casal de hipertensos, a diabetes é o motivo da morte do filho, "se não fosse ela, ele estaria aqui" (h7). Essa experiência de ter o filho morto por uma doença, hoje motiva o casal, não somente a se cuidar quanto à hipertensão, como também a apregoar este cuidado.

As informações que, em algum momento, chegaram a eles quanto ao cuidado em saúde, mais especificamente relativas às doenças crônicas, fosse pela mídia ou pelos encontros com os profissionais de saúde, aconselhamentos médicos, grupos educativos permitiram ao casal ter acesso a um considerável conhecimento sobre o assunto. Entretanto, sabemos que a informação por si só não converte hábitos. É preciso que a elas sejam agregados valores, para que passem a fazer sentido, convertendo-se, então, em sentenças capazes de ditar posicionamentos.

A morte do filho comunicou à dimensão emotiva informações que o casal já conhecia quanto ao processo saúde e doença, mas que, naquele momento, foram reavaliadas e, então, ressignificadas. O que queremos dizer é que, ante a uma circunstancialidade, nesse caso, a perda do ente, o tema saúde, na vida desse casal, passou por rearranjos estruturais, fazendo com que o ato de cuidar da pressão alta deixasse de ser visto, e entendido, como prática sem importância, "conversa de médico" (usuário).

As experiências atualizam, pois, as categorias culturais, reveem o valor que outrora atribuíram a determinadas informações, aos fatos concretos da vida. Leva-nos a revisitar conceitos, deixando-nos em condições de ampliá-los, ou – quem sabe? – de lançar mão daquilo que um dia não teve significado – "mudanças pequenas e cumulativas capazes de remodelar a face de grandes instituições", neste caso, o SUS[16].

Descobrir-se hipertenso

Quase sempre é por volta dos cinquenta anos, chegando aos sessenta, que o usuário se descobre hipertenso. A maioria daqueles que foram entrevistados e observados neste estudo relatam ter descoberto que tinham pressão alta há menos de dez anos. Alguns fatores devem ser levados em conta para que uma determinada pessoa alcance o diagnóstico médico concernente ao seu estado de saúde. Dentre eles, cabe aqui destacar a disponibilidade de tempo, ou mesmo as dificuldades de deslocamento, para ir a um serviço de saúde, tão logo surjam os primeiros sintomas da doença. Outro fator é a impressão que a população tem em relação ao sistema público de saúde – impressão que não é única; há aqueles que admiram o SUS –, o que tende a influenciar, de maneira decisiva, a procura pelo mesmo.

O diagnóstico da HAS nem sempre é um achado do profissional de medicina ou da enfermagem. Quando o morador da comunidade começa a sentir a vista piscando, "uma dor danada na nuca" (h12), dentre outras sensações corpóreas pouco comuns, ele costumeiramente se dirige a um conhecido, que pode ser alguém da própria família, do seu local de trabalho, ou então, um vizinho. Nesses momentos, geralmente é oferecido ao acometido pela dor, que lhe provoca medo – "medo de morrer antes da hora" (h12) –, algum medicamento que pode ser industrializado. Ou, ainda, uma simpatia, algum chá, e até mesmo o conselho de ir à UAPS.

Quando o adoentado obtém alívio para seu sofrimento, a partir do chá, ou da simpatia, dentre outros recursos que não aqueles específicos da biomedicina, dificilmente o mesmo se encaminhará à UAPS para averiguar se o que o vizinho ou o parente falou estava certo, ou não. A busca pelo atendimento em um serviço público de saúde pode vir a ser evitada até o último momento pelo usuário. Isto porque, nas localidades, a imagem que vigora do SUS, da UAPS, que ganha forma de sentimentos sociais, e remete à dificuldade, bem como a incerteza é: "aquele trem não presta pra nada, não" (usuário).

A maneira como se organiza o serviço público de saúde tem comunicado aos seus usuários sentidos que se tornam referências em eventos de adoecimento. Possivelmente, este é um dos motivos capazes de nos levar à compreensão quanto ao porquê de o usuário vir a descobrir-se hipertenso de maneira tardia – "eu só venho aqui (UAPS) quando não tem mais jeito" (usuário).

Em outros casos, a descoberta da hipertensão acontece "meio por acaso" (PS). Uma profissional de medicina, que tivemos a oportunidade de entrevistar, neste estudo, nos relatou uma das maneiras pelas quais o morador da comunidade virá, a saber, que é hipertenso. Ela nos conta ser muito comum o usuário marcar uma consulta relativa a um determinado problema de saúde, sem relação com a HAS e, durante a aferição da pressão arterial, medida comum em uma consulta médica, verificar-se que a medida encontrada indicia um possível caso de HAS. De acordo com a profissional, normalmente os usuários que vivenciam situação semelhante a esta são homens que, conforme ela mesma os descreve, "quase não aparecem aqui (UAPS)" e que têm trabalho fixo, com carteira assinada. Faltar ao trabalho para fazer a consulta de rotina, dificilmente será aceito pelo empregador. É então, quando o corpo não suporta mais, que essa pessoa acaba parando em um consultório médico, para, assim, descobrir-se hipertenso.

As sensações corpóreas desconhecidas que acometem o usuário lhe causam desconforto, podendo afastá-lo de sua rotina diária. Dentre uma das maiores preocupações de pessoas que pertencem às classes populares, o que é o caso de boa parte dos usuários atendidos pela UAPS pesquisada, está a possibilidade de faltar ao trabalho, principalmente para aqueles que são trabalhadores informais. O fato representa um desconcerto no já comprometido orçamento familiar. Diaristas, vendedores ambulantes, pedreiros, quase sempre, não contribuem para previdência social, pois não sobra dinheiro para tanto. Sendo assim, quando adoecem e perdem a força física, deixam de ter dinheiro: "se não trabalho, não ganho", afirma um usuário. Como sabemos, ficar doente é mais drástico para os mais pobres. Tanto por causa das ineficiências que ainda persistem no sistema público de saúde local, onde essas pessoas são atendidas, como também pela repercussão que a enfermidade tem na organização de suas vidas.

Ao longo das entrevistas, foi possível identificar que experiências passadas, com o processo de adoecimento, deixaram marcas que não se reduzem à dimensão corpórea. Elas tiveram impacto no conhecimento produzido pelo usuário, ao qual ele recorre na organização do seu agir em relação à saúde. Um conhecimento que, portanto, caracteriza-se por apresentar "caráter fluido e processual"[6].

A "dor esquisita na cabeça" (usuário), assim como as pontadas no peito, comunica medo ao usuário, que logo antevê as implicações de estar com uma doença grave, que lhe tire a força, o seu "ganha pão", que o obrigue a ir ao SUS e depender "daqueles médicos do posto" (usuário).

Um caso que se destacou ao longo da pesquisa e que nos dá pistas sobre as necessidades e expectativas dos usuários, quanto ao cuidado, diz respeito a uma senhora, de 62 anos de idade, moradora da localidade mais carente dentre as cinco que são atendidas pela UAPS. Conversamos com ela na UAPS, enquanto aguardava pelo atendimento acompanhada da neta, bem como no momento posterior à consulta.

A hipertensa estava inquieta, aparentando cansaço após uma caminhada de quase uma hora, sob o calor forte do sol, a fim de chegar à UAPS. E não parava de queixar-se. Porém, esta queixa procedia, não da intensidade da dor que a acometia, e sim, do fato de não entender o que estava acontecendo, pois precisava dar nome àquelas sensações, que a acometiam desde o começo do dia, conforme nos relatou. Com efeito, cabe destacar que, queixar-se quanto ao corpo, do problema de saúde, e sobre a pontada no peito, não é tão comum no espaço de cuidado. As reclamações de uma maneira geral, se remetem ao tempo de espera, que segundo os usuários da UAPS é muito demorado, "a gente cansa de ficar aqui", declara um usuário.

Segundo a usuária, sua inquietude quanto às alterações do estado funcional do seu corpo poderiam ser respondidas na UAPS, pelo médico da família. Contudo, naquele dia, sequer ela viria a ter acesso a ele, pois ao ter sua pressão arterial aferida pela técnica de enfermagem, esta constatou que a senhora estava com a pressão boa e que poderia voltar na segunda-feira à UAPS para, então, marcar uma consulta com o médico de sua área.

As perguntas específicas que a usuária tinha para fazer ao médico eram: "[...] Por que minha veia tá pulando? [...] O que tá acontecendo com o meu coração? [...] o sangue tá querendo passar para o

outro lado, mas não consegue." A incapacidade de saber o que está sentindo representa um momento de sofrimento para o usuário. Ele é, então, tomado pela ansiedade e pelo medo, construindo nessas situações reflexões sobre a vida e a morte. O seu corpo é identificado como o mediador entre esses dois mundos e assume importância relacional. Entendê-lo passa a fazer sentido, ante a manifestação de sensações corpóreas irreconhecíveis e, desta forma, desconfortáveis e inquietantes.

Essa senhora sabe que é hipertensa, não segue o tratamento proposto pelos médicos com os quais já consultou. pois, segundo a mesma, "os remédios não funcionam muito bem" e existem médicos "que nem coloca a mão na gente". O cuidado que encontra no SUS não parece atraente para ela que espera por uma maior atenção dos profissionais de saúde. Quer um médico que, durante a consulta, possa ficar conversando com ela por um bom tempo. Ela sente que precisa contar ao doutor tudo o que acontece, busca por afetividade e algumas respostas.

Esse cuidado esperado se forma no imaginário de uma determinada cultura, que fabrica sentidos que se empregam a ocasiões do viver. Quando busca por um doutor atencioso, a usuária se remete ao seu mundo, a suas crenças e experiências diárias. Essas, entretanto, não são reconhecidas pela organização do cuidado institucionalizado, mesmo no caso de uma política de saúde, como a ESF, que apregoa em suas diretrizes o reconhecimento da cultural local, como fator determinante no processo saúde e doença.

O cuidado que vai ser dispensado ao usuário, que chega à UAPS, forma-se a partir de um processo em que as condições de trabalho são assimiladas pelos profissionais de saúde, comunicando sentido às suas práticas: "trata-se do enfrentamento da precariedade por meio da ressignificação de experiências e padrões culturais"[17].

O tempo de uma consulta é calculado, dividindo-se os minutos de trabalho relativos ao início das atividades até o intervalo para o almoço, ou da reabertura da UAPS, após o horário de almoço ao término das atividades, pelo número de usuários que aguardam por uma consulta. Enquanto atende a estes usuários, que tiveram seu tempo de consulta calculado, o doutor precisa rever o que o protocolo médico diz quanto a determinadas condutas e considerar o tempo de espera, que o usuário provavelmente deverá ter que enfrentar para conseguir a marcação de um determinado exame.

As limitações estruturais do sistema público de saúde repercutem na maneira pela qual o cotidiano do cuidado é organizado e interpretado por aqueles que o vivenciam, "o buraco já está no disco" (PS). Com esta afirmativa, a agente comunitária de saúde se refere ao quanto as más condições de trabalho são intrínsecas ao SUS e, assim, reconhece que todo o seu empenho em ser uma boa profissional não pode levar muita coisa a mudar. O que implica ao usuário, morador de uma comunidade que se encontra sob os cuidados do SUS, ter comprometido o acesso ao diagnóstico do problema de saúde que o acomete. Seja por motivos concernentes à incompletude da assistência dispensada pelo serviço público de saúde, seja pelas relações de trabalho presente em nossa sociedade, em que, ao trabalhador, vez ou outra, é negado o direito de ir ao médico.

Considerações finais

Privar-se do torresmo ou daquela manteiguinha, tão usados em algumas regiões do interior de Minas Gerais, dificilmente acontecerá a partir de palestras realizadas pelos profissionais de saúde, ilustradas por metáforas e organizadas sob o tom de ameaça.

O discurso médico pode chegar ao usuário como uma afronta à sua história de vida. O conhecimento é arraigado em nosso ser por sentimentos, pois muito do que sabemos e acreditamos nos foi lecionado por uma pedagogia não expressa, silenciosa e muda; aquilo que Bourdieu[18], em sua discussão sobre o mundo de origem e sua relação com as escolhas mais comuns da existência cotidiana, chama de aprendizagens precoces. E, mais do que palavras, nos foram transmitidos valores e sentidos.

O usuário está apegado à sua maneira de comer e de viver; romper com isto implica ressignificar sua existência. Reescrever hábitos tem mais a ver com a convencionalidade da cultura do que com esforços individuais.

O cuidado ao hipertenso, quando feito a partir das orientações epistemológicas do saber médico, sugere ao usuário que o mesmo tenha força de vontade para mudar seu estilo de vida e cuidar da pressão alta, da sua saúde, da maneira como se deve cuidar, seguindo o tratamento proposto. O que pode significar para o usuário pedir muito. Pois o mesmo, ao receber esses aconselhamentos, manipula-os, considerando o ritmo de sua vida, que em seu curso, entre idas e vindas, é suscetível de agregar novos valores e saberes – símbolos ancorados num contexto ganham sempre novas significações, à medida que se produzem similitudes e contrastes na sua extensão para novos contextos[19]. Ante o testemunho de saúde, o usuário recorre a lembranças, apegos, interesses e sentimentos contraídos no encontro com os profissionais de saúde. Mas também, para se entender, ele visita seu mundo, sua cultura, dialoga com seu contexto de vida.

Experiência e cultura estão em processo dialético na vivência do cuidado. As convenções são feitas a partir das invenções do usuário ante a circunstancialidade do curso da vida. São biografias, perpassadas por separações, maridos carinhosos, a morte de um filho, eventos que sugerem ao usuário hipertenso rasurar a convencionalidade da cultura do cuidado institucionalizado, que vigora no imaginário social.

A experiência de ser cuidado pode ser traumática, desmoralizante. Para alguns, nem chegamos a condições neste estudo de concluir se tal percepção é recorrente à maior parte dos usuários do sistema público de saúde. Todavia, o mesmo nos permitiu conhecer pessoas extremamente satisfeitas com o cuidado da UAPS, as quais não pouparam elogios à assistência recebida. As experiências são múltiplas, bem como as biografias dos sujeitos que as vivenciam, que o sistema público de "saúde-tal-como-vivido", quase sempre destoa da lei perfeita do papel, reservando, assim, a possibilidade de outros entendimentos.

Referências

1. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

2. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2013;29(1):62-72. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100008

3. Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. Cad Saúde Pública. 2004;20(4):1029-40. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400018

4. Maia OFLC. Sob os cuidados do SUS. A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma unidade de atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

5. Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2008.

6. Alves PCB, Rabelo MCM, Souza IM. A experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

7. Freire P. Pedagogia do oprimido. 47a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

8. Bonet OAR, Fátima RGT. O cuidado como metáforas nas redes da prática terapêutica. In: Roseni P, Ruben AM, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 263-77.

9. De Certeau M. A invenção do cotidiano. 16a ed. Petrópolis: Vozes; 2009. (A arte de fazer, vol 1)

10. Thompson EP. A miséria da teoria ou um planetário de erros. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

11. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

12. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 1992.

13. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.

14. Damatta R. A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5a ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1997.

15. Freire P. Pedagogia da autonomia. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.

16. Barth F. Cosmologies in the making: a generative approach to cultural variation in inner New Guinea. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. (Cambridge studies in social anthropology, vol 64)

17. Cunha MB, Frigotto G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. Interface (Botucatu). 2010;14(35):401-10. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000028

18. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; 2008.

19. Wagner R. A invenção da cultura. São Paulo: Cosac Naify; 2010. (Ensaios).

Maia OFLC, Cunha MB. De la pedagogicidad de la atención ante la experiencia de ser hipertenso. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1463-1474.

El artículo busca contribuir en el campo de la educación popular en salud, abordando la experiencia del cuidado, vivida por usuarios portadores de una de las enfermedades cardiovasculares que es más frecuente, y que afecta aproximadamente al 21% de la población brasileña: la hipertensión arterial sistémica. El artículo se fundamenta en investigación realizada en usuarios hipertensos de una Unidad de Atención Primaria de la Salud, del municipio de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Objetiva comprender las interpretaciones que los usuarios construyen sobre la experiencia del cuidado, a partir de su experiencia de vida y de su cultura, y a través del diálogo con el testimonio de la salud, conformado por la realidad que ellos enfrentan en el Sistema Único de Salud. El estudio recurre a procedimientos de la metodología cualitativa, como entrevistas abiertas y observación sistemática.

Palabras clave: Acontecimientos que cambian la vida. Asistencia a la salud. Hipertensión.

Recebido em 13/06/2013. Aprovado em 25/09/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0464

Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil

Popular Education and Health, and Democracy in Brazil

Educación Popular y Salud, y la Democracia en Brasil

Eduardo Navarro Stotz[a]

The essay aims to understand the limits, possibilities and challenges of social control of the Unified Health Care System enlightened by a reflection on democracy in Brazil, based on the references of Popular Education and Health.

Keywords: Democracy. Social control. Unified Health System. Popular education. Marxism.

O ensaio se propõe a entender os limites, as possibilidades e os desafios do controle social do Sistema Único de Saúde à luz de uma reflexão sobre a democracia no Brasil com base nas referências da Educação Popular e Saúde.

Palavras-chave: Democracia. Controle social. Sistema Único de Saúde. Educação Popular. Marxismo.

[a] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 604, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21.041-210. stotz@ensp.fiocruz.br

"Você acha que o mundo chegou a um ponto estável ou que as contradições vão continuar a se desenvolver?"

(João da Silva, Liga Camponesa do Engenho da Galiléia)

O presente texto é um ensaio em torno da democracia no Brasil que pretende entender os limites, possibilidades e desafios de uma das formas participativas desse regime político expressa no controle social do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um pré-texto escrito a convite da Editoria da revista *Interface*, elaborado por um participante da Rede de Educação Popular e Saúde, dirigido especificamente aos debatedores convidados e aos leitores deste periódico e, por meio deles, ao conjunto das entidades, movimentos e pessoas que integram o movimento social denominado Educação Popular e Saúde ou partilham suas inquietações.

Inicialmente, apresentamos esse movimento do ponto de vista de sua configuração, em breve esboço histórico dado a ausência dessa informação crítica em textos de revisão bibliográfica sobre a Educação Popular e sua construção no campo da saúde[1]. A Rede, organização civil independente criada, em dezembro de 1998, por profissionais, técnicos e docentes interessados em expressar os princípios da pedagogia freireana nas práticas de saúde nas quais estavam envolvidos, assumiu, em fins de 2002, o desafio de participar no governo, recém-eleito, de Luís Inácio Lula da Silva.

A tomada de posição ocorreu na Oficina de Educação Popular e Saúde, realizada na Faculdade de Saúde Pública da USP, em São Paulo, de 9 a 10 de dezembro de 2002, no âmbito da III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. A convocatória formulada sob a pergunta "quais as contribuições da Educação Popular e Saúde para a promoção da Saúde" foi antecedida pela preocupação em entender o papel da Rede de Educação Popular e Saúde na conjuntura da época.

Dentre outros aspectos, consideramos a emergência de uma vontade coletiva, projetada na eleição de Luis Inácio Lula da Silva, aventando a possibilidade de que o novo governo procurasse retomar o crescimento econômico baseado no mercado interno e na satisfação das necessidades sociais. Admitíamos a participação da Educação Popular e Saúde na escrita de um novo capítulo na História do Brasil, mas expressávamos o temor da delegação daquela vontade popular ao novo governo que assumia com uma máquina de estado organizada para "privilegiar interesses privados específicos e clientelísticos" de modo a "impedir a participação coletiva e o controle pela sociedade"[2] (p. 2-3).

O sentido do voto conferido a Lula e ao Partido dos Trabalhadores, graças ao qual este partido lograra uma bancada parlamentar significativa, deveria ser, nesse contexto, o de usar a máquina estatal para "construir políticas abrangentes, de caráter intersetorial, em favor e com a participação da população que mais delas necessita"[2] (p. 3).

Nós, a Rede ali reunida, víamos esse caminho como "uma articulação de pessoas vinculadas a instituições que lutam por um novo modo de fazer saúde, de pensar e implementar políticas, apoiar, mas não fazer parte do governo"[2] (p. 3). Caso fosse necessário participar no governo, continuaríamos, como organização, "na planície", mas pessoas deveriam se propor a assumirem, na futura pasta da Saúde, um papel propositivo. Ademais, tínhamos de estar alertas para o fato de que, em decorrência da ampla aliança que elegera Lula, a apropriação dos termos da Educação Popular iria "instaurar uma polissemia"[2] (p. 3).

Desde então, tínhamos clareza de algumas de nossas limitações. Em estudo sobre as práticas de Educação Popular, Stotz, David e Wong Un[3] apontam a marca da individualidade nas iniciativas de profissionais de saúde que, diante da precariedade dos vínculos de trabalho na atenção básica e da falta de equipes coesas nas unidades de saúde, preferiam depender apenas deles próprios.

Como resultado, quando a ação educativa era capaz de trazer as dificuldades das comunidades para pensar uma nova práxis, não conseguia avançar "como movimento social capaz de levar mudança às práticas de saúde do sistema de modo mais ampliado"[3] (p. 100).

A invenção de novas formas organizativas para dar o passo de sair da informalidade e do isolamento para a participação na formulação e implementação das políticas de saúde foi a expectativa que acompanhou a criação, em dezembro de 2003, por iniciativa da Rede de Educação Popular e Saúde

com apoio de movimentos e organizações nacionais[b], da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps).

Entre seus objetivos, destacamos o fortalecimento do controle social e da participação popular e, na busca da democratização efetiva do processo político pelo reconhecimento das classes trabalhadoras como sujeitos coletivos, explicitava-se a necessidade de "fortalecer e dinamizar os espaços de participação popular, da base às conferências, conselhos, audiências públicas; expandir e ampliar o controle social"[4] (p. 181).

Entretanto, falta até hoje uma reflexão sobre a institucionalização da Aneps – cuja organização e funcionamento passou a ser, a partir de 2006, parte da política de gestão estratégica e participativa do Ministério da Saúde – voltada para pensar os avanços, limites e desafios da *democracia participativa* ou do controle social no Sistema Único de Saúde visto sob o ângulo dos representantes dos *usuários* – a multiplicidade de entidades da sociedade civil de caráter popular.

O ativismo, característico dos movimentos, organizações não governamentais e grupos específicos componentes da Articulação, foi reforçado pelas exigências da agenda e dos processos governamentais aos quais se vincularam. Por outro lado, os estudiosos que poderiam assumir essa tarefa, no âmbito da Rede de Educação Popular e Saúde e do Grupo de Trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), acabaram por se distanciar da Aneps.

Não se pode esquecer também o contexto neoliberal em que se deu a implantação do SUS, dificultando o exercício da crítica, dada "a atitude coletiva de defesa do SUS que acabou por engendrar uma sorte de 'susismo'"[3] (p. 94).

No final das contas é como se os ganhos, reais ou esperados, da participação, sobrepusessem-se aos problemas e contradições nela implicados. A *democracia participativa* (sob a forma do controle social da política de saúde) não se constituiu uma questão relevante na agenda dessas organizações.

Quando pensamos na contribuição da Educação Popular para essa reflexão, percebemos o quanto a riqueza do legado da obra de Paulo Freire ainda se põe como um desafio[5]. A leitura dessa obra por alguns dos seus intérpretes, pela sua adequação ao contexto neoliberal, teve outra sorte.

Assim, enquanto na obra "Ação cultural para a liberdade" o educador situa com bastante clareza, diante da necessidade da superação da sociedade de classes, a importância de "uma teoria da ação transformadora da sociedade denunciada"[6] (p. 48), a interpretação corrente do pensamento e prática freireanos reduz essa teoria à pedagogia e, com isso, separa pedagogia e política[7]. Não confere à pedagogia o papel de instrumento decisivo da política revolucionária, ou seja, do processo de aprendizado (de ensaios, acertos e erros, crítica e autocrítica) na experiência das lutas das classes oprimidas, principalmente no contexto da sociedade opressa, inclusive sob a democracia representativa, burguesa.

Contrariamente a essa perspectiva abstrata de educação, Freire assinala, na *Pedagogia do oprimido*, como a Educação Popular se faz por meio do diálogo entre *lideranças* e *massas* porque é a única forma das grandes maiorias serem sujeitas de sua própria história. Freire afirma o diálogo como "um pensar constante [...] se o objetivo visado é a libertação"[8] (p. 153). Daí a exigência da liderança pensar *com* as massas. Não sendo assim, faz-se opressora, tal como as elites que precisam pensar sem as massas, mas estão constrangidas a pensar "em torno delas [...] para que, assim pensando, melhor as dominem"[8] (p. 153).

Resgatando a experiência histórica anterior ao golpe militar de 1964, Freire desenvolve uma reflexão acerca do populismo enquanto forma de manipulação

[b] A saber: Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, Movimento Popular de Saúde, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Movimento das Mulheres Camponesas, Projeto Saúde e Alegria, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase.

política das massas que tem, para o nosso tempo, uma intensa atualidade. Por isso, transcrevemos o trecho integralmente:

> Enquanto a ação do líder se mantenha no domínio das formas paternalistas e sua extensão assistencialista, pode haver divergências acidentais entre ele e grupos oligárquicos feridos em seus interesses, dificilmente, porém, diferenças profundas. É que estas formas assistencialistas, como instrumento da manipulação, servem à conquista. Funcionam como anestésico. Distraem as massas populares quanto ás causas verdadeiras de seus problemas, bem como quanto à solução concreta desses problemas. Fracionam as massas populares em grupos de indivíduos com a esperança de receber mais [8] (p. 177).

Freire ressalta existir na *assistencialização manipuladora*, um momento de positividade – a qual reside nos limites materiais e simbólicos de universalizá-la –, mas cabe à liderança revolucionária aproveitar essa contradição para educar as "massas populares com o objetivo de sua organização"[8] (p. 178).

Importa lembrar, por outro lado, a despolitização provocada pela liderança que logra chegar ao governo com apoio popular, mas faz a política sem as massas populares, pede paciência e passa a impressão de que o governo – e não a pressão popular – é quem vai realizar as aspirações populares. Essa liderança se torna, assim, prisioneira do esquema de poder existente que, a partir de certo momento, adquire uma virtude própria, repetindo o jargão dominante de que "faz parte das regras do jogo democrático"[8] (p. 178).

A Educação Popular de Paulo Freire partilha com o socialismo marxista essa abordagem da sociedade de classes, distinguindo-se do liberalismo e de sua atualização, o neoliberalismo. Como observa Gadotti[9], o humanismo cristão e o marxismo são as duas fontes mais importantes do pensamento da pedagogia freireana. O autor contrapõe, contudo, essas duas correntes quando afirma ter escapado a Marx e Lênin e aos marxistas em geral ser "o socialismo [...] uma utopia que precisa ser renovada pela educação"[9] (p. 5). Tende a identificar o marxismo com a sua ortodoxia (isto é, com a oficialização estalinista do marxismo após a *bolchevização* dos partidos comunistas ocorrida em 1924).

Duas correntes historicamente disputam a compreensão e a orientação da política como uma esfera relativamente autônoma na sociedade baseada no sistema capitalista: a liberal ou burguesa e a socialista, cada uma com suas próprias vertentes. Superada a fase das revoluções burguesas na Europa em meados do século XIX, o que importa é a orientação básica tomada pelas duas correntes: para a liberal ou burguesa, a democracia é um fim em si, enquanto para a socialista é um meio. Na primeira, o problema é a legitimidade do governo viabilizada pela renovação do voto; na segunda, a dominação de classe e a sua superação.

Para o liberalismo, a democracia é um valor universal e, após a derrocada da URSS e do socialismo no leste europeu, tornou-se a forma política do *fim da história*, ou seja, a naturalização da sociedade burguesa. Para o socialismo, a democracia tem um valor histórico, sempre avaliável na luta de classes, meio para a classe operária e das classes trabalhadoras da cidade e do campo em oposição irremediável com os da burguesia, preparando-se para o autogoverno mediante a conquista do poder.

Florestan Fernandes, no texto "Em defesa do socialismo", de julho de 1990, assume esta perspectiva nos seguintes termos:

> [...] há na essência da concepção socialista uma relativização do conceito de democracia. A democracia é, sem dúvida, um valor, mas ela não escapa à determinações da sociedade civil. Por isso não pode ser representada como um valor em si e, muito menos, como um valor absoluto [0] (p. 35, nota 18).

A compreensão liberal da democracia a define nos termos de um *governo do povo para o povo*, expresso no poder (executivo e legislativo) livremente exercido por todos os cidadãos, diretamente ou por meio dos seus representantes eleitos.

Na teoria política contemporânea, as definições de democracia se resumem quase sempre a um elenco maior ou menor de regras do jogo ou de procedimentos universais que estabelecem como

se chega à decisão política e não o que decidir. A liberdade de expressão, de votar e ser votado e de alternativa de escolha fazem parte intrínseca dessas definições[11].

Em contraposição, a corrente socialista na vertente marxista assinala o caráter histórico da democracia e o comprometimento dessa forma de Estado com as relações sociais baseadas na propriedade privada dos meios de produção e, portanto, na exploração do trabalho pelo capital. Destaca o caráter formal da democracia que torna a liberdade de opinião, de votar e ser votado, e de escolha limitadas e sujeitas ao poder do capital.

No *Manifesto do Partido Comunista*, Marx e Engels[12] resumem sua compreensão acerca da democracia como resultado de um longo desenvolvimento, de uma série de revoluções no modo de produção acompanhadas de uma evolução política correspondente. Apenas com o estabelecimento da grande indústria e do mercado mundial, a burguesia *conquistou, finalmente, a soberania política exclusiva no Estado representativo moderno*. E, concluem que *o poder executivo não é senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa*.

Quando Marx e Engels se referem no *Manifesto* à conquista da soberania política, devemos entender o parlamento como a instituição clássica das revoluções burguesas (Inglaterra, em 1648, e França, em 1789) e que esse processo se consolida com a legitimação da ordem burguesa por meio da lei (das constituições) e do controle direto do governo pela burguesia. Deve-se ter em mente que esse Estado, até meados do século XX, ainda era, em boa parte do mundo, um instrumento de poder ilimitado da burguesia.

A prolongada luta de classes pela participação política desde o início do século XIX, implicando a organização dos sindicatos e dos partidos operários, a conquista do direito de expressão, de votar e de ser votado, limitou o poder da burguesia e tornou a forma democrática do Estado burguês a mais adequada para a luta pelo socialismo. Eis o que escreveu a respeito Lenin:

> Quando Engels diz que numa República democrática, "tanto como" numa monarquia, o Estado continua sendo "uma máquina de opressão de uma classe por outra", não quer dizer que a forma de opressão seja indiferente ao operariado, como o "professam" certos anarquistas. Uma forma de opressão e de luta de classe mais ampla, mais livre, mais franca, facilitará enormemente ao proletariado sua luta pela abolição das classes em geral[13] (p. 98).

Essa característica da democracia burguesa, marcada pelas contradições entre as diversas frações de classe da burguesia, permite que os trabalhadores, na medida em que se façam representar politicamente como partido próprio e independente, logrem conquistas parciais e, mais importante, realizem o aprendizado político de seus limites e da necessidade da passagem ao socialismo.

A experiência de participação política anterior à conquista do poder político, quer dizer, sob a democracia burguesa é, portanto, fundamental para o exercício, numa situação revolucionária, da mais *ampla e ilimitada democracia*.

Vimos até aqui como a democracia burguesa precisa ser pensada na contraposição entre o ponto de vista liberal (legitimação da ordem social) e socialista (superação dessa mesma ordem). Essa não é, contudo, a perspectiva dominante entre a intelectualidade e os dirigentes dos partidos políticos de esquerda no Brasil.

Caio Navarro de Toledo constata nessa esquerda, desde o início da década de 1990, uma conversão democrática[10] da qual até Paulo Freire se aproxima mediante o conceito de *substantividade democrática*. Eis o que ele disse num livro-conversa com a participação de Frei Betto: "Em lugar de continuar tomando a democracia como um adjetivo desprezível, parece que começamos a acreditar na democracia sem tomá-la sempre como estando a serviço da burguesia"[14] (p. 64).

Alternativamente a essa posição, entendemos que a democracia representativa, na sociedade organizada com base no sistema capitalista, tem uma natureza classista, ou seja, é uma democracia burguesa, o que não lhe retira a possibilidade e, como vimos, a necessidade da participação política dos trabalhadores.

Nossa reflexão acerca da democracia se desenvolveu até aqui abstraindo contextos nacionais em momentos históricos determinados, embora constitua pressuposto para análise de situações empíricas.

Devemos então considerar de modo mais concreto como se desenvolve a democracia burguesa no Brasil, quais os desafios postos por esse desenvolvimento e que contribuições se podem esperar da Educação Popular.

A fase histórica em que nos encontramos decorre da crise e substituição de uma forma indireta de dominação burguesa – a ditadura militar – por outra direta – a democracia, num processo de transição iniciado em 1976 e concluído formalmente em 1989, na primeira eleição direta para a presidência da República desde 1964.

Essa transição, pactuada entre as forças políticas que sustentaram a ditadura militar, teria conduzido a uma forma de regime democrático que Sérgio Abranches denominou de "presidencialismo de coalizão"[15] (p. 19-20). Sob essa denominação, o cientista político pretendeu apontar o predomínio do poder executivo sobre o legislativo mediante a constituição de uma maioria parlamentar para aprovar as propostas de leis (com o amplo recurso de medidas provisórias) e impedir que a oposição venha a paralisar politicamente o governo com pedidos de investigação.

Os partidos da coalizão participam do governo em todos os escalões e a disputa pelos cargos é parte indissociável da garantia de maioria nas votações parlamentares. Uma característica importante do sistema é a emenda parlamentar, uma intervenção do poder legislativo no orçamento da União dependente, porém, da execução financeira aprovada pelo poder executivo.

Mesmo sem aceitar tal denominação, constatamos que as características do sistema do *presidencialismo de coalizão* reforçam o autoritarismo subjacente à democracia formal, na medida em que o voto, uma delegação da vontade de milhares de eleitores, significa um *cheque em branco* em favor da estabilidade governamental (governabilidade). Trata-se de um sistema, pois se estende ao âmbito estadual e municipal e implica o controle sobre a vida partidária, com a ausência de disputas reais e, portanto, da democracia interna nos partidos, a par com o caráter midiático das campanhas eleitorais. É importante assinalar ainda o controle do acesso à televisão e radiodifusão uma vez que muitos parlamentares são, direta ou indiretamente, concessionários desses meios.

No Congresso, o sistema inclui as comissões especializadas para garantir aprovação de matérias em regime de urgência ou, ao contrário, para bloqueá-las: as lideranças dos partidos negociam entre si e antecipam o voto do plenário que, na maioria das vezes, torna-se ato ritual legitimatório.

Politicamente, o sistema implica um elevado nível de corrupção, a qual se transforma, para a oposição parlamentar, em instrumento de luta pelo controle da máquina de estado que também mobiliza o poder judiciário e confere à chamada mídia o papel de publicizar tal disputa.

Para Martuscelli[16], a noção de *presidencialismo de coalizão* restringe-se à descrição dos mecanismos institucionais do regime político, apartando-as da estrutura econômica e social. Por isso mesmo, não caberia ao estudioso discutir a natureza de classe do estado. Essa noção é tributária, portanto, da concepção liberal de Estado, apresentada páginas acima.

Na medida em que idealiza a separação de poderes (executivo, legislativo e judiciário), a noção de presidencialismo de coalizão impede a compreensão de que modo se processa a constituição dos interesses de classe no Estado, ou seja, da criação e execução das leis e normas. Assim, para o autor, a concentração da capacidade decisória no poder executivo "restringe a participação das diferentes frações burguesas no processo de implementação da política estatal"[16] (p. 64), mas favorece a fração hegemônica.

O clientelismo é outro aspecto a considerar quando se pensa a democracia representativa ou burguesa no Brasil. Na literatura política e na chamada opinião pública criada pela mídia, o clientelismo é visto como uma deficiência ou limite da democracia. Em decorrência, os cidadãos aparecem como *massa de manobra* de interesses particularistas de políticos usurpadores do bem público.

Adotamos aqui outra perspectiva, questionando esse consenso a partir da contribuição de Francisco Pereira de Farias, por sua vez baseada em pensadores como Décio Saes. Farias assinala que oposição entre clientelismo e democracia se sustenta nas seguintes proposições: de que o clientelismo é uma forma de apropriação privada da coisa pública e que é uma forma de corrupção dessa forma de governo.

As explicações desse *desvirtuamento* da democracia remetem, em países como o Brasil, ao contexto marcado pela pobreza, pela baixa escolaridade e pelo passado pré-moderno[17], uma alusão ao passado escravista relativamente recente.

O equívoco da oposição clientelismo-democracia reside, conforme o autor, na concepção liberal de democracia, centrada nos procedimentos universais de decisão política. Contrário a essa concepção, o autor afirma que o clientelismo é inerente à democracia capitalista ou, como preferimos denominá-la, burguesa. Na estrutura social capitalista, os trabalhadores são sujeitos de interesses, livres para decidir acerca de seus direitos, a exemplo de alugar ou não sua força de trabalho ou de transformar seu voto em instrumento de barganha política.

Dispor do voto como instrumento de barganha política é radicalmente distinto de ser coagido a doar o voto. Nessa distinção entre voto de barganha e voto de cabresto, revelam-se dois tipos de relação política diferentes: na primeira, impessoal, permite a compra e venda do voto por meio do cabo eleitoral que sustenta o pilar do clientelismo sob os sistemas políticos de democracia burguesa como o nosso; na segunda, a relação é de dominação do latifundiário ou de seus prepostos sobre o trabalhador ou agregado de suas terras. Daí o equívoco do uso de expressões como *curral eleitoral* ou *coronelismo* no espaço urbano da atualidade.

Ademais, o clientelismo supõe o eleitor como um sujeito que faz um cálculo utilitário: aceita "um benefício imediato e certo ao invés de apostar em vantagens mais amplas, porém incertas"[17] (p. 50). A incerteza advém do fato de que as políticas públicas das quais poderia ser beneficiário sob a forma de serviços como contrapartidas de direitos sofrem restrições orçamentárias, passam por processos burocráticos, estabelecem exigências às vezes incompatíveis com a situação imediata do eleitor e assim por diante.

De qualquer modo, a incerteza deixa patente outra característica do clientelismo: a relação de clientela opera com base na distinção normativa entre público e privado, estabelecida por lei e programas baseados em direitos ou benefícios institucionalmente transferidos, o que implica controle e fiscalização. Por isso, distingue-se do patrimonialismo.

Na concepção liberal, a compra e venda do voto ou a barganha eleitoral representa uma corrupção da democracia. Em oposição a essa concepção, o Farias cita um texto de Paul Singer[c] para afirmar que a competição pelo voto é um investimento político financeiramente sustentado[17], tanto mais significativo quanto maior o nível e o âmbito da eleição (majoritário ou proporcional).

Cabe então perguntar, diante dessas limitações da democracia representativa, se a democracia direta não seria uma alternativa para uma participação ativa e contraposta à manipulação política e à *menoridade* das massas populares.

Esclareçamos desde logo o que não é, do ponto de vista da democracia burguesa, democracia direta: em princípio estão excluídas política e, logo, legalmente, alternativas como as greves e outras formas de protesto político de massa, as quais, contudo, têm se imposto apesar e, via de regra, contra as leis, como fatos de outro tipo de iniciativa popular, impedindo que a história seja feita e escrita apenas pelos juristas e os políticos profissionais. A demonstração prática dessa limitação sob o manto da democracia é a criminalização dos movimentos sociais e, em várias cidades brasileiras, o fato de que qualquer manifestação pública requer autorização prévia do poder municipal.

O exame dos artigos da Constituição[18] nos conduz a constatar a limitação da assim chamada democracia direta. Desse modo, embora a lei assegure que a soberania do povo pode ser exercida diretamente (artigo 14), a condiciona ao exercício do voto; as formas do plebiscito, do referendo e da iniciativa popular, admitidas como exercício direto da soberania, dessa forma, dependentes da autorização pelo e apresentação ao Congresso Nacional (artigos 49 e 61).

[c] Singer P. A política das classes dominantes. In: Ianni O, organizador. Política e Revolução Social no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1965.

Seria então a democracia participativa, instituída por meio de conferências e organizada em conselhos para controlar a política pública setorial, uma alternativa diante das limitações da democracia formal e mesmo da democracia direta, de modo a garantir decisões equitativas? Tal é a expectativa de diversos autores que se debruçaram sobre a experiência da saúde, considerada a mais avançada no tocante ao controle social de políticas setoriais no Brasil[19,20].

Aldaíza Sposati e Elza Lobo compartilham o ponto de vista tradicional e dominante nas ciências sociais de pensar a cultura política em termos de paternalismo, no contexto da qual "as ações são bondades dos governos ou exercício de clientelismo"[19] (p. 372). Para as autoras que escrevem no início da implantação do SUS e da instituição dos conselhos de saúde, cabia (ao movimento da Reforma Sanitária e aos conselheiros) contribuir para a criação de uma nova cultura política "que, ao democratizar as decisões, traga a alteridade"[19] (p. 372), assim entendida como a aceitação dos representantes dos usuários como sujeitos ou protagonistas do direito à saúde.

Sabiam, contudo, que o direito à saúde implicava a luta para sua efetivação, um processo no decorrer do qual a alteridade poderia ser tutelada, ou seja, reconhecida até com deferência, mas assumida pela tecnoburocracia "por 'advogar a causa' e tomar o lugar da 'alteridade popular'"[19] (p. 374). Caso isso viesse a se impor, o controle social do SUS resultaria "numa prática insossa, caracterizada pela cumplicidade e pela troca recíproca de favores"[19] (p. 373). Ou seja, sucumbiria ao clientelismo. Aliás, vinte anos depois, essa é a conclusão da avaliação de outro autor em um estudo sobre o controle social do SUS baseado em entrevistas com os conselheiros do segmento dos "usuários" de Recife, Rio de Janeiro e Porto Alegre[21].

Uma das contribuições deste último autor consiste em destacar, a partir dos depoimentos de conselheiros representantes de usuários, o modo prático como são realizadas as conferências de saúde, mecanismo de legitimação da estrutura de controle social.

O ponto de partida é a convocação da conferência por decreto municipal, no qual se definem os participantes com direito a voz e voto e os observadores. Quem tem direito a voz e voto são os delegados, por sua vez distintos em "natos" (todos os membros do conselho municipal de saúde) e "eleitos" proporcionalmente ao número de presentes nas pré-conferências ou plenárias ou nas próprias conferências. Nestas se verifica a comprovação do registro das entidades às quais os eleitores pertencem, reconhecimento que não inclui a avaliação de sua representatividade, importância social ou política.

No processo eleitoral observado por Pereira Neto[21], funcionam processos de relações interpessoais que reportam à prática política do voto de cabresto típico da República Velha: num dos casos citado em depoimento, o eleitor é levado à urna e o voto, apesar de formalmente secreto, já contém o nome do delegado a ser votado, numa "relação recíproca de dependência e confiança"[21] (p. 70). Aparentemente, estamos diante de um exemplo de mandonismo ou de "coronelismo urbano". Contudo o eleitor não é constrangido a votar, como o autor admite. O eleitor, ao escolher um delegado por esse meio, está barganhando futuros benefícios ou favores.

Na medida em que as conferências têm o tema ou agenda previamente definidos numa articulação entre o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde, a escolha dos delegados e a composição futura dos conselhos de saúde independem da análise dos problemas de saúde e dos desafios que sua lida impõe à ação pública e ao papel das organizações da sociedade civil de caráter popular.

O processo eleitoral antecede à discussão política: os delegados oriundos das pré-conferências ou plenárias não são escolhidos em virtude das posições assumidas diante da problemática em que, aliás, como cidadãos comuns, estão imersos, mas do grau de confiança estabelecido com os eleitores.

Os mecanismos propiciadores dessas relações de cunho clientelístico, parcialmente indicados acima, somente se tornam efetivos na contrapartida da influência real dos conselheiros, ou seja, no seu papel dentro do SUS. É importante assinalar, nesse sentido, a decisão da IX Conferência Nacional de Saúde (1992) de não participar da elaboração da política de saúde, privilegiando, desse modo, a fiscalização das ações, serviços e execução da política de saúde.

Em decorrência, não por acaso, prevalece nos conselhos um papel homologatório das decisões dos secretários de saúde, geralmente sob a pressão dos atos *indispensáveis* à garantia do direito à saúde da população. Essas decisões resultam, na maioria das vezes, de indução financeira, técnica e política do

governo federal. Por fim, os conselhos, voltados para a fiscalização do sistema de atenção geralmente limitam-se a discutir as dificuldades de acesso e a precariedade dos serviços de saúde[22].

Finalmente, o clientelismo somente é compreensível de modo mais amplo e profundo em uma situação de desigualdade marcada pela incerteza quanto à eficácia da política pública, ou seja, na medida em que a política, pretendendo ser universal, não garante o acesso de seus benefícios a todos. Essa situação, por sua vez, somente pode ser compreendida à luz das limitações do financiamento à saúde no Brasil desde a criação do SUS.

Entretanto, o enfrentamento e a superação desse quadro do ponto de vista popular dependem da forma institucional de origem do controle social. Ou, melhor dizendo, da tomada de consciência das possibilidades contidas nessa forma, a saber, a conferência de saúde.

Afirmamos de maneira direta e clara, em termos freireanos: a conferência de saúde é a *fronteira entre o ser e o mais ser*, o inédito viável capaz de superar a *situação-limite* da saúde, cuja consciência ainda precisa ser alcançada pelo conjunto, mas já aconteceu historicamente.

Essa tomada de consciência implica identificar, nas práticas do controle social, os limites da forma de convocação, do papel dos conselhos e da autonomia de seu funcionamento, entendendo-as como formas de subalternização das classes trabalhadoras, representadas na figura dos "usuários". Subalternização ao poder tecnocrático legitimada pela competência jamais acessível mediante "cursos de capacitação técnica" de conselheiros ou pelo direito à informação na medida em que não incidem sobre o controle real da política, exercido no âmbito das comissões intergestoras bi e tripartites.

Na verdade, a reivindicação dos cursos e o direito à informação como condição de exercício do controle faz parte dessa legitimação. Trata-se de proceder, portanto, à crítica e superação prática da subalternização, dado que esta se impõe em decorrência do modo como o sistema político e institucional está implantado e funciona.

Tal possibilidade foi apontada por uma experiência no município de Pintadas, no semiárido da Bahia.

Relatada pelos profissionais de saúde nela envolvidos[23], a experiência expressa a demanda, feita pela Pastoral da Terra e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, da elaboração de um plano municipal de saúde para concorrer à eleição do prefeito de Pintadas, em 1991.

Destacamos aqui dois momentos importantes: o primeiro, quando do diálogo entre as lideranças locais e os profissionais de saúde, estes últimos são convencidos pelos primeiros a substituir o diagnóstico participativo baseado no método da estimativa rápida (uma proposta da Organização Mundial de Saúde) pela realização de assembleias populares nos bairros; o segundo momento, a partir da sistematização dos resultados das assembleias pela equipe constituída pelo grupo coordenador e lideranças emergentes, foi o da formação das lideranças locais tendo em vista a elaboração de uma proposta de plano municipal de saúde.

Importa ressaltar como os processos instaurados permitiram manter o protagonismo das pessoas comuns do povo e dos movimentos sociais, uma vez que nesses processos se constituíram como sujeitos, contando, para isso, com o apoio dos profissionais de saúde. De acordo com os autores do relato[23], cada assembleia popular dedicou-se a discutir o seguinte temário: no seu bairro, quais são os principais problemas de saúde? Quais as possíveis causas desses problemas? Que ações precisam ser desencadeadas para enfrentar essas causas? A quem cabe a responsabilidade por estas ações? Questões propostas a partir das condições de vida da população, passíveis, portanto, de serem respondidas por elas num contexto de mobilização, reflexão e Educação Popular.

Nesse processo, surgiram dúvidas e desconhecimentos que puderam ser abordadas na formação da equipe responsável pela sistematização dos resultados das assembleias. Finalmente a proposta de plano, elaborada pela equipe, voltou a ser discutida em assembleia, validando o processo.

Nessa experiência, revela-se, a nosso ver, um dos métodos possíveis e, sem dúvida, historicamente mais congruentes com a Educação Popular, de realizar conferências verdadeiramente populares e democráticas. Inverte o modo de encaminhamento das conferências adotado desde 1991, quando da instituição do SUS, mantendo o processo sob o controle popular do começo ao fim.

Uma última questão precisa ainda ser proposta: a conjuntura permitirá essa ousadia? A pergunta pode ser respondida com outra pergunta que serve de epígrafe a este artigo: "você acha que o mundo chegou a um ponto estável ou que as contradições vão continuar a se desenvolver?"

Referências

1. Bonetti OP, Pedrosa JIS, Siqueira TCA. Educação Popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. Rev APS. 2011;14(1):397-407.

2. Rede de educação popular e saúde. Relatório da Oficina de Educação Popular e Saúde. São Paulo;2002. p. 1-8.

3. Stotz EM, David HSL, Wong Un J. Educação Popular e Saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Rev APS. 2005;8(1):90-112.

4. Stotz EN. Encontro de movimentos e práticas de Educação popular e Saúde. Interface (Botucatu). 2004;8(14):179-82.

5. Scocuglia AC. Origens e prospectiva do pensamento político-pedagógico de Paulo Freire. Educ Pesqui. 1999;25(2):25-37.

6. Freire P. Ação cultural para a liberdade. 5a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.

7. Garcia BZ. Escola Pública, ação dialógica e ação comunicativa: a radicalidade democrática em Paulo Freire e Jürgen Habermas [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2005.

8. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

9. Gadotti M. Saber aprender: um olhar sobre Paulo Freire e as perspectivas atuais da educação [Internet]. In: Anais do Congresso Internacional "Um olhar sobre Paulo Freire", 2010; Évora (Pt). p. 1-10. Disponível em: http://siteantigo.paulofreire.org/pub/Institu/SubInstitucional1203023491It003Ps002/Aprender_ensinar_Freire_2000.pdf

10. Toledo CN. A modernidade democrática da esquerda: adeus à revolução? Crit Marx. 1994;1(1):27-37.

11. Bobbio N. Democracia. In: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G, organizadores. Dicionário de política. 2a ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1986. p. 319-29.

12. Marx K, Engels F. Manifesto do Partido Comunista. Marxists Internet Archives [acesso 2013 Maio 15]. Disponível em: http://www.marxists.org

13. Lenin VI. O Estado e a Revolução. São Paulo: Hucitec; 1986.

14. Freire P. Essa escola chamada vida: depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho. 7a ed. São Paulo: Ática; 1991.

15. Abranches SH. O presidencialismo de coalizão. Dados. 1988;31(1):16-22.

16. Martuscelli DE. A ideologia do "presidencialismo de coalizão". Lutas Soc. 2010;24:60-9.

17. Farias FP. Clientelismo e democracia capitalista: elementos para uma abordagem alternativa. Rev Sociol Polit. 2000;15:49-65.

18. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). 16a ed. São Paulo: Saraiva; 1997.

19. Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. Cad Saude Publica. 1992;8(4):366-78.

20. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. Cienc Saude Colet. 2002;7(3):537-47.

21. Pereira Neto AF. Conselho de favores: controle social na saúde: a voz dos seus atores. Rio de Janeiro: Garamond; 2012.

22. Stotz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. Saude Debate. 2006; 30(73-4):149-60.

23. Conceição PSA, Barbosa ASM, Khouri MA, Nascimento Sobrinho CL. Pintadas (BA), uma experiência de articulação entre academia e os movimentos populares. Saude Debate. 1992;41:14-9.

El ensayo tiene como objetivo entender los límites, posibilidades y desafíos del control social del Sistema Unificado de Salud, a la luz de una reflexión sobre la democracia en Brasil sobre la base de las referencias de la Educación Popular y Salud.

Palabras clave: Democracia. Control social. Sistema Único de Salud. Educación Popular. Marxismo.

Recebido em 19/06/2013. Aprovado em 20/11/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0720

Educação Popular em Saúde e democracia

Popular Education in Health and democracy

Educación Popular en Salud y democracia

Noemi Margarida Krefta[a]

A Constituição Federal de 1988 tem trazido avanços importantes para população, dentre elas, a conquista de uma política de saúde pública denominada Sistema Único de Saúde (SUS). Sua regulamentação traz uma série de complementos que vão desde estrutura, funcionamento, controle e participação social...

Os movimentos e organizações são convocados, por setores do governo, a construir proposta de ações a ser desenvolvidas como políticas públicas, mas temos que fazer uma avaliação do quanto isso tem contribuído para a organização e controle social, bem como se não estamos assumindo o papel do governo nos serviços que devem ser públicos. Esses espaços têm ocupado as agendas das lideranças e, se não tiverem um cuidado, podem distanciar-se de suas bases.

Com a eleição do governo Lula, houve uma expectativa de participação da sociedade e avanço nas conquistas, principalmente para a população mais necessitada. Os movimentos populares, ansiosos por um novo governo, viram mais uma vez se firmarem acordos com o agronegócio e com o grande capital em detrimento das lutas sociais.

A "democracia" de efetivar espaços de participação e controle social tem aumentado a demanda de lideranças para dar conta dos espaços propostos, onde as discussões e propostas de efetivação de políticas vão ao encontro dos anseios das bases – discussões estas que têm sido acaloradas pela firme postura de levar as pautas de lutas de suas organizações e poder elencar alguns avanços reais.

Os limites com que se constroem as propostas de uma política de saúde, mesmo por dentro do SUS, têm mostrado que, dentro do sistema de sociedade no qual vivemos, podem-se fazer alguns ajeitamentos, os quais, na maioria, não saem do papel, pois os gestores estão desinformados e não têm interesse em construir ações que vão ao encontro dos anseios e necessidades da população ou usuários.

A Educação Popular em Saúde, para nós, tem sido base para a promoção da saúde e o cuidado com a vida no ambiente em que vivemos. Não se pode ter saúde em um ambiente desequilibrado, doente, sem o cuidado com a biodiversidade. Fazer o ser humano se entender no espaço onde está, torná-lo consciente e responsável por seus atos e junto aos que o cercam, é antes de tudo educar-se e transmitir os conhecimentos adquiridos aos demais.

Essa educação se faz de forma milenar, sem grandes teorias, mas sim na prática e, também, sem muita síntese, o que tem provocado inquietações. Além disso, os movimentos vêm buscando uma forma de ressignificar essa educação

[a] Movimento de Mulheres Camponesas. Linha Barra Grande, Palma Sola, SC, Brasil. 89985-000. noemikrefta@yahoo.com.br

para renovar as energias junto às bases, e fortalecer seu trabalho de renovar a indignação das massas, para juntá-las e levar às ruas, demonstrando sua força e vigor na busca de seus direitos.

No modelo de agricultura convencional e altamente químico, manter a firmeza num projeto de agricultura camponesa e agroecológico é ter muita teimosia e convicção de que o cuidado com a saúde implica em uma educação libertadora e consciente de que a vida está acima de tudo e que não é mera mercadoria.

Essa convicção tem levado a uma constante luta de embate com o agronegócio, que quer continuar a impor seu modelo baseado no lucro acima de tudo, e que, para tal, faz acordos, ocupa os espaços de poder para manipular e criar mecanismos que legitimem suas ações em favor da ordem e democracia por eles impostas.

Nessa sociedade, fala-se muito em democracia participativa, mas temos que avaliar até onde de fato se tem direito de decidir sobre o que é anseio das massas, ou de apenas opinar sobre o que é melhor para elas.

Aparentemente, os instrumentos de participação e controle social deveriam dar conta da participação paritária da população, seja nos momentos de definição das ações, seja na fiscalização das ações, que vão sendo executadas pelos gestores e prestadores de serviços, mas os ajustes, para que predominem suas intenções, fazem com que camufladamente os acordos se façam por debaixo dos panos e os usuários ficam em menor proporção.

A Educação Popular em Saúde continua sendo um anseio dos movimentos em trazê-la como parte nas políticas públicas e não como um caminho em separado, sem visibilidade e valorização por parte dos gestores que continuam tratando a saúde como simplesmente cuidar dos agravos e algumas prevenções.

Perceber as angústias do povo é mais fácil para quem conhece a realidade onde pisa, interage e busca entender o jeito de o povo se organizar em seus grupos, comunidades, cidades, seus costumes, cultura, enfim, seu modo de vida. Mas isso só acontece quando se adota a metodologia de Educação Popular, o que os movimentos mantêm vivo na sua atuação.

Fazer com o povo não permite se colocar no meio e agir como alguém acima desse povo. Precisa estar junto e se prontificar a buscar brechas para termos alguns avanços dentro dessa conjuntura adversa que privilegia as classes abastadas.

Sem luta não haverá conquista, nenhum governo dará ao povo seus direitos sem pressão e mobilização popular. Portanto, a democracia, para o movimento social e popular, é organizar-se e preparar sua base para a luta por seus direitos e vida digna.

Recebido em 19/08/2013. Aprovado em 20/11/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0607

Educação Popular e questões de poder

Popular Education and power issues

Educación Popular y cuestiones de poder

Sonia Fleury[a]

A Constituição previu um conjunto de inovações que permitiram a expansão da esfera pública democrática e a garantia de direitos sociais. Inspirou-se nos princípios da justiça social e primado dos direitos da social-democracia, mas inovou ao introduzir um desenho institucional descentralizado e participativo. A participação ficou assegurada por meio de mecanismos de negociação e pactuação entre os entes federativos, como as comissões, mecanismos de controle social, como os conselhos, e mecanismos de mobilização, como as conferências.

Essas inovações deram uma nova dinâmica aos desafios de um federalismo colaborativo que careceu de regulação das competências comuns e concorrentes, bem como introduziu mecanismos de democracia deliberativa e cogestão. O êxito de ambos depende de um constante processo de mobilização da sociedade civil, capaz de formar a vontade política, ampliar a agenda pública e também legitimar o exercício do poder.

A participação em políticas públicas pressupõe formas de interação entre Estado e sociedade que sejam capazes de assegurar a ambos, tanto sua necessária autonomia como a eficácia na inserção dos projetos governamentais ou societários na agenda pública. A perda de autonomia representaria a possibilidade de apropriação patrimonial dos órgãos públicos por interesses de grupos particulares ou bem como a cooptação dos últimos pelo poder estatal. Ambos os casos comprometem a democracia, corrompem o interesse público e a eficácia das políticas, além de alienar os sujeitos de suas bases e interesses.

Já o virtuosismo dos arranjos institucionais participativos possibilitaria o reconhecimento da diversidade de atores e interesses, a transação dos conflitos, o intercâmbio de informações e a construção de consensos que dariam maior enraizamento e legitimidade às políticas públicas. Em todos os seus níveis e instâncias, tratar-se-ia de um processo de interpelação dos sujeitos políticos, que permitiria o confronto de identidades em interação, bem como sua transformação. Trata-se, portanto, de um verdadeiro projeto educacional que visa a transformações de estruturas institucionais estatais e de identidades e alianças societárias.

Em seu artigo, Stotz se propõe a entender os desafios do controle social a partir de sua vivência no movimento de Educação Popular em Saúde, fundamentada em leituras das correntes marxistas e da pedagogia e teologia da libertação. O autor conclui que a experiência de participação política anterior à conquista do poder sob a democracia burguesa é fundamental para o "exercício da mais 'ampla' e ilimitada democracia".

[a] Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas. Praia de Botafogo, 190/518, Botafogo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3799-5783. www.peep.ebape.fgv.br

A busca da hegemonia insinua-se, mas não se realiza nesse artigo, restringe-se ao conceito leninista, pois falta-lhe a concepção gramsciana do Estado Ampliado, onde se dá a disputa pela hegemonia pelas classes dominadas. A reafirmação categórica das limitações da democracia burguesa, malgrado a importância de nela participarem as classes dominadas, não deixa claro como evitar as armadilhas classitas do clientelismo e patrimonialismo, inerentes ao presidencialismo de coalizão.

Já com relação aos mecanismos de participação, o autor identifica o processo das conferências como o lugar do instituinte, enquanto os demais espaços, como os conselhos, são considerados estatalmente controlados. Coloca a pergunta sobre a possibilidade, na atual conjuntura, de conferências populares e democráticas, invertendo o modelo atual em que o governo convoca e cria uma pauta de discussões.

A dialética entre participação, reconhecimento e redistribuição está na essência desse debate sobre poder compartilhado. Nossa tese é que a dissociação entre reconhecimento e redistribuição pode ter efeitos perversos na sociabilidade. Por um lado, o reconhecimento, sem redistribuição gera novos sujeitos, mas não uma nova sociedade, pois as relações de subordinação material ficam inalteradas. Nesse caso, o reconhecimento tende a ser apenas tolerância, o que está aquém das exigências materiais de uma inclusão autônoma.

Por outro lado, a redistribuição sem reconhecimento tende a ser uma nova forma de tutela política, reproduzindo relações de dominação, como o clientelismo e populismo, por meio de políticas focalizadas e com distribuição condicionada. Nesse caso, a inclusão tutelada é antagônica à cidadania, entendida como processo de subjetivação.

A constituição do sujeito deve ser vista dentro da perspectiva de uma ação que afirma sua liberdade e consciência, dentro de um enquadramento que não foi por ele escolhido. É no interior dessa tensão entre determinação social e afirmação da liberdade individual e grupal que buscamos encontrar o lugar da constituição dos sujeitos.

A subjetividade é vivida como alienação na aceitação da dominação e opressão ou pode implicar em uma reapropriação criativa na qual o indivíduo produz a sua singularidade em um contexto relacional dado. Tais tensões não se restringem ao plano de luta da economia política, mas dizem também respeito ao campo da micropolítica, passando ao campo da economia subjetiva.

No nosso entender a expansão da esfera pública por meio da transformação das estruturas políticas, sociais e econômicas envolve um processo que inclui um triplo movimento de subjetivação, institucionalização e constitucionalização[1].

A **subjetivação** diz respeito à constituição de sujeitos políticos, implicando na construção de identidades individuais e de grupo que rompem as identidades subordinadas e alienadas por meio de um processo de singularização e construção de uma estratégia de transformação social e ruptura com as relações percebidas como de opressão. A ruptura se dá na própria constituição dos sujeitos, porque ela põe em causa as estruturas da dominação.

A **constitucionalização** engloba as normas procedimentais e legais que asseguram o reconhecimento social dos novos sujeitos como incluídos na esfera pública, garantindo-lhes a reciprocidade com os demais membros da comunidade de cidadãos e o gozo dos direitos e deveres relacionados a esse *status*.

Se a subjetivação e a constitucionalização refletem e, ao mesmo tempo, alteram a correlação de forças e a distribuição social, torna-se necessária uma mudança compatível na institucionalidade estatal, que assegure o exercício dos direitos em uma condição de esfera pública ampliada. A **institucionalização** diz respeito aos processos de transformação das estruturas e dinâmicas institucionais, mormente às estatais, nas quais se plasmam essas novas relações de poder. Trata-se de inovar e inventar processos, metodologias, dinâmicas e estruturas que permitam e consolidem a expansão da cidadania e a inclusão social.

As formas inovadoras de ação coletiva requerem uma nova gramática política que se plasme em instituições e práticas renovadas, tanto em âmbito da sociedade quanto do Estado, e aparecem como uma estratégia original de inclusão social. Recusar essa dialética entre instituinte e instituído pode terminar por reduzir a revitalização da política ao experimentalismo localista.

Referência

1. Fleury S. Salud y democracia en Brasil: valor publico y capital institucional en el sistema unico de salud. Salud Colect. 2007;3(1):147-57.

Recebido em 09/08/2013. Aprovado em 20/11/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0766

Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil

Popular Education and Health and democracy in Brazil

Educación Popular y Salud y democracia en Brasil

Maria do Socorro de Souza[a]

O artigo "Educação Popular, Saúde e democracia no Brasil" chega em um momento oportuno onde questões relativas a sua construção e efetivação precisam ser aprofundadas no contexto dos 25 anos do SUS e redimensionadas à luz das manifestações populares que ocorrem no país.

Essa reflexão exige resgatar o pacto pela democracia e pela cidadania que a sociedade brasileira se propôs a construir nesses últimos 25 anos. Não conseguimos construir o socialismo brasileiro, porém um caminho que fez do Brasil uma das maiores democracias da América Latina, forjada na luta política protagonizada por setores progressistas da nossa sociedade.

Derrubamos a ditadura militar, restabelecemos a ordem e os espaços para o exercício da democracia representativa. Conseguimos – a partir do chão das fábricas, das praças públicas, dos morros, dos bairros, das comunidades do campo e da floresta – construir uma cultura política, tendo por base a práxis dos movimentos sociais, que emergem questionando as formas clássicas de organização e participação por meio apenas dos partidos políticos e do movimento sindical, cuja centralidade da luta política são os conflitos de classe, determinados pela relação capital-trabalho.

Os novos movimentos sociais trazem para o centro do debate político os conflitos e tensões do cotidiano, fundadas na propriedade privada, desigualdades, explorações, exclusões, subvertendo comportamentos, crenças e valores morais e comportamentais, derrubando tabus, muros e cercas. Apresentam uma pauta que defende um modelo de sociedade onde os Direitos Humanos e as mudanças nas relações sociais são a primazia. Apostam na autonomia e na capacidade crítica dos sujeitos de transformarem a sua inserção social. Essa forma de pensar e atuar no mundo dá origem a uma nova pedagogia, uma nova forma de educar para a democracia e a cidadania: a Educação Popular.

Quando o SUS foi concebido, a expectativa era garantir saúde pública, integral e de qualidade para todo cidadão brasileiro. Um sistema que ordenaria as necessidades sociais básicas da população, porque preconizava uma concepção ampliada de saúde, articulando um conjunto de políticas sociais provedoras do bem-estar, como educação, emprego, renda, moradia, saneamento, cultura, lazer e realização da reforma agrária. Ou seja, vida digna como dever do Estado e direito de cidadania para todos.

[a] Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag). SMPW Quadra 01, Cjto. 02, Lote 02. Brasília, DF, Brasil. 71735-102 maria.ssouza@saude.gov.br

Mais recentemente, a participação de setores organizados da sociedade nos espaços públicos foi ampliada nas áreas de políticas públicas sociais e de defesa de direitos humanos. As políticas sociais, entretanto, continuam sendo concebidas como gasto pela equipe econômica do governo, distante de serem consideradas dinamizadoras do desenvolvimento econômico e social do país.

No setor saúde, na instância do controle social nacional, a participação foi ampliada e mantém-se representativa com a entrada de novos atores, os quais têm feito desse lócus um espaço de afirmação de sua identidade, de seus direitos, de suas lutas libertárias, além disso, muitos se mantêm mobilizados de forma autônoma e crítica.

A situação atual exige dos conselheiros um saber técnico, desqualificando ou relativizando o saber político oriundo das classes populares. A composição diversa e diferenciada dos segmentos representados nessa esfera declara que o seu limite pode não estar na legitimidade de sua representação nem no conteúdo político trazido para o espaço público.

A saúde faz interface com o conjunto de necessidades sociais que afetam a vida do povo brasileiro, e parte da solução desse problema está no financiamento adequado e estável, na definição e implementação de planos de cargos salários e carreiras dos profissionais de saúde e num modelo de gestão pública transparente e democrático. Isso exige pacto interfederativo, planejamento e execução de ações intra e intersetoriais. A saúde e seu controle social não podem se setorializar e perder parte do seu significado e sentido político, que é colocar a saúde como um dos pilares da democracia e da cidadania brasileira, visando à construção do Estado de Bem-Estar.

O momento é oportuno. A saúde pode sair da letargia de agenda negativa para uma agenda positiva, a depender dos caminhos que os poderes executivo, legislativo e o controle social trilharem. Entre eles a Mobilização Saúde + 10, que colheu 2,2 milhões de assinaturas nos mais diferentes rincões, propondo que 10% da receita corrente bruta da União seja destinada à saúde.

Outro exemplo foi a articulação entre trabalhadores e usuários da saúde, que levaram a presidenta Dilma Rousseff a vetar dez pontos da chamada Lei do Ato Médico, que subordinava à tutela médica outros profissionais de saúde igualmente formados e legalmente autorizados a exercer suas funções. Nossas mobilizações também foram determinantes para que as pautas conservadoras, que criminalizavam indígenas, gays, mulheres e usuários de drogas, perdessem forças no Congresso Nacional.

As conferências, conselhos, plenárias de saúde têm rompido, aos poucos, os muros da tecnocracia, da setorização, da intelectualidade inorgânica, do conflito de interesse entre grupos, e ganham as ruas e as praças para ampliar a legitimidade e musculatura política. O debate e posicionamento do controle social acerca de problemas que afetam a saúde do povo brasileiro ganham capilaridade, publicidade e o retorno deve ser para toda a sociedade.

A proposta do Conselho Nacional de Saúde é mobilizar a sociedade e articular as três esferas do controle social por intermédio de uma agenda política que defina as condições para a formulação e implementação de uma política de financiamento público para o SUS, de recursos humanos, de atenção integral, gestão interfederativa e uma política de fortalecimento do controle social.

Dentre esses desafios, nos propomos a construir um plano nacional de Educação Permanente para o Controle Social que assegure os princípios da Educação Popular; uma campanha em defesa do SUS e fortalecimento do controle social; bem como uma nova metodologia para a realização da IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, como um ensaio para a realização da XV Conferência Nacional de Saúde, instaurando processos que permitam animar o protagonismo de trabalhadores, legitimando suas organizações e reivindicações.

Esperamos que o Brasil avance na construção de um sistema nacional de participação social que resgate a utopia do pacto pela democracia e cidadania brasileira, e dê sentido às presentes e futuras gerações serem militantes da construção de sistema político e social melhor para o país.

Recebido em 23/10/2013. Aprovado em 20/11/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0997

Réplica

Reply

Respuesta

Teoria e prática: a pedagogia da luta (resposta aos comentários)

Agradeço as leituras críticas e as contribuições de Sonia Fleury, Maria do Socorro de Souza e Noemi Krefta num debate caracterizado pela impossibilidade de uma única visão sobre a sociedade. A disputa em torno da interpretação da realidade social e das propostas de intervenção pode ser um esforço de diálogo entre correntes de pensamento que, embora distintas e até divergentes no plano teórico, têm por objetivo comum a defesa do direito à saúde e demais direitos sociais.

Importante lembrar que entre o texto proposto, em maio, e os comentários recebidos, em julho de 2013, o país foi tomado por gigantescas e prolongadas manifestações populares. A ação direta e a recusa à representação nessas manifestações conduziram a um questionamento inicial da democracia formal no Brasil. Por outro lado, a violência desencadeada pelo Estado sobre os manifestantes e a criminalização dos movimentos sociais evidenciou ser a democracia também uma forma de dominação, isto é, em termos gramscianos, coerção revestida de consenso.

No que diz respeito à democracia, os comentários ao artigo trazem duas visões distintas, uma mais próxima da democracia formal, entendida como valor universal e do pluralismo democrático e outra "classista", entendida como valor histórico; a última é convergente à defendida por mim.

Diferentemente de Sonia Fleury, não penso que o Estado burguês tenha superado, de acordo com a terminologia gramsciana, a fase histórica da coerção para passar à da hegemonia (Estado ampliado). Continua a ser um instrumento de dominação, de ditadura de classe ou coerção revestida de consenso. O fortalecimento maior ou menor dos mecanismos de coerção ou de consenso no Estado burguês variou historicamente de acordo com o próprio desenvolvimento do capitalismo e da luta de classes, transformando-se da ditadura velada e direta (democracia representativa), em ditadura indireta e aberta (bonapartismo, fascismo ou ditadura militar). Essa é apenas uma indicação geral, sendo necessário estudar a particularidade de cada momento, em cada país. Assim, desde 1980, com a adoção de políticas neoliberais pelo Estado burguês, inclusive sob a democracia representativa, os mecanismos de coerção têm se fortalecido em detrimento daqueles de consenso.

Faço, portanto, uma leitura a respeito do Estado em Gramsci distinta da apresentada pela autora. Se outra interpretação também é admissível, o motivo encontra-se, como aponta Perry Anderson[1], nas ambiguidades e contradições do pensamento do líder comunista italiano que deixou, em anotações de pesquisa não sistemáticas feitas no cárcere, um legado controverso.

A democracia burguesa tem sido a forma de dominação mais ampla para as classes trabalhadoras lutarem pela sua emancipação social. Sob essa forma de dominação, os trabalhadores da cidade e do campo podem adquirir, na condição de dispor de um partido político próprio e independente, um conhecimento das relações de todas as classes entre si e de seus próprios interesses, construindo o caminho para superar a atual sociedade. Não se trata de um aprendizado fácil nem isento de erros, pois a defesa isolada de cada conquista parcial tende a enfraquecer a sua luta de classe.

Analisar a democracia burguesa no Brasil, a partir de 1985, implica entender o processo histórico da redemocratização política pactuado entre as elites políticas sob a tutela militar, com a adesão da maioria das forças partidárias. Por isso mesmo não cabe falar, como propõe Maria do Socorro, em pacto democrático aceito pelo conjunto da sociedade, devendo-se, ao contrário, destacar a luta que dividiu a sociedade até a eleição presidencial em 1989, "salva" para a burguesia por um aventureiro com pendor bonapartista logo depois apeado do governo. A partir daí, o neoliberalismo se impôs como política de Estado e mesmo o PT acabaria por aceitá-la, como assinala Eurelino Coelho[2].

A criação e expansão do SUS aconteceram nesse contexto adverso. A reforma setorial que conduziu à criação desse sistema foi – para usar uma expressão de Arouca – uma atualização técnico-administrativa do aparelho de Estado diante das exigências de reprodução da ordem social baseada no capitalismo no Brasil.

Após 25 anos de sua criação, o SUS é esta atualização: um sistema abrangente, capaz de garantir a imunização básica da população e responder a necessidades de grupos específicos; porém travado quanto à universalização e à qualidade da atenção à saúde; orientado para atender demandas por serviços médicos, segmentado em níveis de atenção autônomos e subordinado aos interesses do complexo industrial-médico, com uma gestão crescentemente organizada sob a lógica privada.

No capitalismo, a saúde tende a ser reduzida à doença e, portanto, tornar-se sinônimo de atenção médica: funciona para compensar problemas estruturais no nível individual. E ainda assim, com restrições, dada a impossibilidade de universalizar realmente a atenção. Lutar contra esses obstáculos ou ampliar conquistas significa desenvolver, a cada momento, a consciência de que o direito à saúde é limitado pela correlação de forças baseada na ordem social vigente e, portanto, da necessidade de modificá-la como parte do processo de superação dessa ordem.

Cada passo é uma luta parcial, sempre sujeita, como aponta Noemi Krefta, à manipulação e ao retrocesso, tendo claro que qualquer "inclusão social" acontecerá, sob essa ordem, de modo precário e limitado. Não se trata, portanto, de lutar ou de apoiar institucionalmente o SUS, mas de encaminhar a luta pelo direito social à saúde sob as diversas formas, inclusive *por meio* do SUS, numa aliança entre os profissionais de saúde e as classes trabalhadoras.

Retomo à proposta da convocação de conferências verdadeiramente populares e democráticas. Para que os trabalhadores da cidade e do campo se mobilizem e conduzam um processo como esse, é indispensável que pelo menos uma parte dos pensadores (intelectuais acadêmicos, técnicos) e a maioria dos profissionais da saúde renunciem ao papel messiânico e condutor, assumido até pouco tempo atrás, e raciocinem em termos classistas.

Cabe, então, convidá-los a essa renúncia, a abandonar as tentativas (cada vez mais desgastadas) de atualização técnico-científica do SUS, em favor do envolvimento na luta política com os trabalhadores pelo direito social à saúde. É a nossa aposta nas forças da antítese[3].

Referências

1. Anderson P. Las antinomias de Antonio Gramsci: Estado y revolución en Occidente. Barcelona: Editorial Fontamara; 1981 [acesso 2013 Maio 15]. Disponível em: http://www.anticapitalistas.org/IMG/pdf/Anderson-LasAntinomiasDeAntonioGramsci.pdf

2. Coelho E. Uma esquerda para o capital: o transformismo dos grupos dirigentes do PT (1979-1998) [acesso 2013 Maio 15]. Disponível em: http://centrovictormeyer.org.br/wp-content/uploads/2010/04/Uma-esquerda-para-o-capital-Eurelino-Coelho.pdf

3. Paim JA. Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saude Publica. 2013;29(10):1927-53.

Recebido em 09/12/2013. Aprovado em 07/01/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0496

Educação Popular em Saúde:
doação de leite humano em comunidade do Rio de Janeiro, Brasil

Jenifer Borges Pellegrine[a]
Fabiana Ferreira Koopmans[b]
Halyne Limeira Pessanha[c]
Cleide Gonçalo Rufino[d]
Helena Portes Sava de Farias[e]

Introdução

Este trabalho apresenta um relato de experiência em Educação Popular em Saúde acerca da promoção do aleitamento materno com nutrizes para a doação de leite humano (LH) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em uma comunidade do município do Rio de Janeiro (MRJ).

Essa experiência, promovida pela equipe dessa UBS, atuou diretamente com as nutrizes sadias da comunidade para doação de leite materno para os bancos de leite humano (BLH). Tal atuação ocorreu por meio de grupos educativos e orientações individuais na Unidade e nas visitas domiciliares, atuando sobre a realidade de cada nutriz, a fim de favorecer o aumento de doadoras de LH.

A doação de leite humano é definida como uma ação realizada por nutrizes saudáveis que apresentam excesso de produção de leite, além das necessidades normais da criança, e que se dispõe a doá-lo por livre e espontânea vontade[1]. Essa prática ganhou notoriedade com o surgimento dos BLHs. O primeiro BLH foi inaugurado, no Brasil, em 1943, na cidade do Rio de Janeiro, e hoje é considerado o Centro de Referência Nacional para os BLHs do país. Inicialmente sua atenção foi a crianças prematuras que não dispunham de aleitamento materno[2].

Vários estudos apontam que é indiscutível o benefício advindo do leite materno, considerando-se imprescindível dispor de LH em quantidades que permitam o atendimento, nos momentos de urgência, a todos os lactentes que, por motivos clinicamente comprovados, não disponham de aleitamento ao seio, situação esta para quais os BLHs constituem uma solução[3].

Na década de 1940, o início da produção de leite em pó no Brasil, aliado a outros fatores como a inserção da mulher no mercado trabalho, a soberania da publicidade comercial de leites artificiais, a própria rotina das maternidades que separavam mãe e filho após o parto, dentre outros fatores, contribuíram para a diminuição do aleitamento materno natural no país[2].

[a] Centro Municipal de Saúde Hélio Smidth, Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Rua Ivanildo Alves, s/nº, complemento rua c, bloco 175, casa 13, Bonsucesso. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21043-230. jenifer_borges@yahoo.com.br
[b,d,e] Curso de Enfermagem, Centro Universitário Augusto Motta (Unisuam). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. fabianakoopmans@gmail.com; cleide_rufino@oi.com.br; helenasava@gmail.com
[c] Hospital Universitário Clementino Fraga, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. halynelimeira@hotmail.com

O desmame precoce passou a ser um importante fator no aumento do índice de mortalidade infantil, bem como de morbidade por doenças diarreicas e desnutrição[2].

Foi nesse contexto que, em 1988, iniciaram-se ações de incentivo ao aleitamento materno, no Brasil, pela Coordenação do Ministério da Saúde, com a criação do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno no início dos anos 1980, com a formulação de leis que protegem a mulher que trabalha no período da amamentação, com o combate à propaganda de leites artificiais, bicos, mamadeiras, chupetas e protetores de mamilos, inicialmente adotados no Brasil[4].

Com isso a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) determina que o aleitamento materno é o melhor alimento que se pode oferecer para o crescimento e desenvolvimento saudável de um recém-nascido[5]. Somado a isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) traz a recomendação nutricional oficial no qual o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade e que continue juntamente com a alimentação complementar adequada por até dois anos de idade. Defende, ainda, a promoção de ambientes favoráveis ao aleitamento materno[6].

Na década de 1980, a retirada e a oferta de leite foi iniciada nos BLHs, uma vez que se constatou altos índices de contaminação por leite artificial, representando 85% de óbitos infantis por desnutrição. A oferta de leite, primeiramente, era remunerada pelos BLHs de acordo com a quantidade de leite retirado, ofertavam-se cestas básicas ou serviços de saúde também como forma de pagamento devido à realidade de pobreza da época. Posteriormente, essa prática passa a ser um ato voluntário de mulheres que estão amamentando. Os BLHs aprimoram seu material de processamento do leite, bem como a capacitação de seus profissionais, idealizando o apoio ao aleitamento materno[7].

Atualmente o Brasil dispõe de uma Rede de Bancos de Leite Humano, referência Latino Americana de BLH, composta de 219 BLHs e 112 Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH), que captam e encaminham o leite doado para seus respectivos BLHs. Dentre esses, 18 BLHs e dois PCLHs estão localizados no estado do Rio de Janeiro[8].

Em 1992, iniciou-se, no Brasil, a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), como um reforço nas ações de promoção do aleitamento materno realizadas pelo Ministério da Saúde. A Ihac é uma ação mundial que visa promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno com o objetivo de diminuir o desmame precoce e suas consequências sobre a morbimortalidade infantil. Os profissionais de saúde e funcionários da unidade de saúde são mobilizados a mudar rotinas e condutas, se necessário, para diminuir o desmame precoce[9].

Considerando-se que as gestações de alto risco têm seu acompanhamento em Unidades Hospitalares e que as puérperas permanecem na maternidade em um curto período após o parto, é nas UBSs que acontece a maior cobertura de pré-natal e acompanhamento da criança. Dessa forma, nas UBSs, deve-se encontrar um ambiente favorável para, em conjunto com as unidades hospitalares, desenvolver desde o início da gestação, ações de promoção ao aleitamento materno[10].

Em 1999, é criada, no estado do Rio de Janeiro, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (Iubaam) pelo Grupo Técnico Interinstitucional de Aleitamento Materno/Paismca/SES-RJ, com o objetivo de capacitar profissionais da rede básica de saúde para a promoção, proteção e apoio ao AM, sensibilizando e mobilizando essas unidades a adotarem os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação", instrumento adotado pela Iubaam, o qual norteia as ações de extensão da duração do período da amamentação[11].

A partir dessa iniciativa, a doação de leite humano passa a ser incitada também nas UBSs, cujos profissionais deviam ser devidamente capacitados pelo Iubaam, como prática de promoção do aleitamento materno. A primeira UBS a realizar essa prática foi a atualmente denominada de Clínica da Família Aloysio Augusto Novis, situada no município do Rio de Janeiro, que realiza a doação de LH para o BLH do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro em Madureira[12].

O artigo tem como objetivo relatar a experiência acerca da promoção do aleitamento materno com nutrizes para a doação de leite humano em uma UBS, localizada em uma comunidade do município do Rio de Janeiro, no período entre 2011 a 2013.

Essa experiência, com vistas a estimular a doação de leite humano, passou por vários processos, que ocorreram desde a capacitação dos profissionais da UBS até a captação e seleção das doadoras, os grupos educativos desenvolvidos com as nutrizes, as orientações para ordenha, assim como a coleta, a conservação e o transporte de leite materno para os BLHs.

Resultados e discussão

Capacitação dos profissionais e organização da UBS para captação de leite materno

A prática de doação de leite humano nessa UBS se iniciou após a capacitação dos profissionais da Unidade pelo curso do Iubaam, dentre eles: Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de higiene dental, técnicos administrativos e médicos.

A Unidade estabeleceu vínculo com um BLH de uma maternidade de referência, fazendo articulação com o fluxo de doação com essa maternidade. Adquiriram-se materiais necessários como: maleta térmica de transporte, *gelox*, *freezer,* para estoque de leite humano, frascos de vidro, grau cirúrgico para esterilização dos frascos de vidro, touca e luvas descartáveis, formulário de controle de temperatura do *freezer* e de inscrição das doadoras.

Nas dependências da UBS, foi criado um local denominado "Cantinho da amamentação", idealizado para a retirada do leite quando necessário, também para orientações sobre amamentação e para, eventualmente, as mães amamentarem seus bebês, por ser um local reservado. Além disto, funcionava como um local de retirada de dúvidas sobre a prática da amamentação.

O "Cantinho da amamentação" foi criado com espaço disponível para cadeiras e poltronas, presença de armários e materiais para facilitar a coleta e ordenha do LH, seguindo todas as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que dispõe sobre o funcionamento de BLH e PCLH para a segurança sanitária do LH ordenhado[13].

Todo o processo que ocorreu junto as possíveis doadoras e nutrizes foi realizado com ênfase nas demandas das próprias nutrizes, valorizando o saber de cada uma sobre cada processo de doação de LH.

Captação e seleção das doadoras para os grupos educativos

A capacitação da equipe da UBS permitiu que os profissionais iniciassem a captação e seleção das doadoras e organizassem as ações educativas com as nutrizes. Essa captação ocorreu a todo o momento da UBS, com qualquer profissional que identificasse uma possível doadora.

Nos grupos educativos, desenvolvidos com as doadoras, foram dadas orientações sobre a coleta, a conservação e o transporte de leite materno. Partiram também de esclarecimento sobre o objetivo do BLH, além de orientações sobre massagem e retirada do excesso de leite materno para manter o fluxo ideal ao aleitamento materno.

Assim como apontado em alguns artigos sobre doação de leite humano[3], a procura pela doação ao BLH geralmente é motivada por desconforto decorrente do ingurgitamento. Em consequência disso, ocorre a doação voluntária mais constante do leite.

Ao recorrerem ao serviço de BLH, as nutrizes recebem informações sobre a importância e o benefício proporcionado pelo seu leite e, assim, mostraram-se mais dispostas a dar continuidade à doação em prol da saúde de outros recém-nascidos[3].

Na UBS do estudo, não foi diferente, muitas nutrizes chegavam à Unidade com esta queixa, ingurgitamento.

A figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a promoção da doação do leite humano foi primordial às ações da UBS, devido ao seu vínculo com a comunidade e ao seu processo de trabalho com ênfase nas visitas domiciliares.

Os ACS apresentam grande respaldo popular e portam saberes baseados em uma forte cultura, na qual se aprende na dinâmica social. Esses atores apresentam alto poder educativo, utilizando de abordagens da Educação Popular em Saúde[14].

A partir desse dado, a divulgação dessa prática de promover doação de leite humano passou a ser realizada em grupos mensais, estabelecidos na Unidade, como grupos de gestantes e nutrizes, nas visitas domiciliares, durante o teste do pezinho, vacinação, em consultas de enfermagem, odontológica e médica, em toda a comunidade adscrita a todo o momento. Passou a ser uma prática constante de toda a equipe da UBS.

Doação de leite humano

A coleta de leite ocorria tanto na Unidade, quanto no domicílio da nutriz, era realizada pela própria doadora, após a orientação de um profissional de saúde devidamente treinado. O ACS da microárea levava o frasco esterilizado e trazia-o com leite doado até o *freezer* da UBS para BLH da Unidade. A doação é registrada em livro de ata próprio, constando: nome da doadora, microárea, data, temperatura do *freezer*, quantidade de vidros doados, assinatura. Todo esse processo também seguiu as recomendações da Anvisa sobre o procedimento da coleta, a estocagem no domicílio e o preparo do frasco[13].

Esse trabalho se apresentou com características básicas à amorosidade, ao vínculo e à troca entre o profissional e a doadora. Não tem como a nutriz se tornar doadora se ela não confiar no trabalho promovido na UBS. O vínculo que ela estabelece baseia-se na confiança que adquire na equipe. Essa confiança não surge só nesse momento, vem de um vínculo criado ao longo de outras experiências principalmente do acolhimento da equipe aos usuários, em todos os momentos, de variadas formas.

O profissional responsável pela captação da doadora realiza seu cadastro em formulário próprio, composto de informações pertinentes ao pré-natal, exames realizados, medicação em uso pela nutriz no período da doação, histórico de cirurgias e doenças. Semanalmente, todo o leite estocado na unidade é encaminhado ao BLH em maleta térmica com termômetro, mantendo-se a temperatura ideal com *gelox*, e formulário anexado de controle de temperatura.

Estudos sobre doação de leite humano enfocam que essas nutrizes vivem em lares "empobrecidos", e a realidade da UBS do estudo não poderia ser diferente, muitas doadoras não têm qualquer rendimento, ou possuem renda familiar muito abaixo das exigências atuais. Entretanto, elas se sentem motivadas a doar o excesso de um alimento essencial, em prol da vida de outros, como apontado em outro estudo[3].

Isso é percebido e constatado também pelos profissionais que trabalham diretamente com a doação de leite humano da Unidade e percebido também a importância desse profissional de UBS no papel de educador em saúde. A comunicação ocorre a todo o momento, retirando dúvidas e realizando as ações conjuntamente. Para as ações ocorrerem de forma otimizada, deve-se estabelecer o vínculo e a confiança entre o profissional de saúde e a doadora de leite.

Considerações finais

A captação e doação de leite materno em USB mostram-se como uma eficaz ampliação do trabalho realizado pelos BLHs, uma vez que acompanha e orienta no próprio domicílio da nutriz o manejo da amamentação, identificando precocemente possíveis situações de risco ao aleitamento materno.

Utilizar a visita domiciliar feita por profissional capacitado, entendendo a importância de valorizar o saber e as dúvidas das nutrizes durante a coleta de leite materno favorece a promoção ao aleitamento materno, dentre tantas já desempenhadas desde a criação dos BLHs.

Partindo de alguns estudos, que apontam que as ações educativas e de acolhimento nos serviços de pré-natal, em maternidades e berçários, realizadas com qualidade e humanização, são fundamentais para a captação de doadoras de leite humano[3,15], permite demonstrar que é possível também realizar a promoção de doação de leite humano nas UBSs, constituindo, assim, uma prática de Educação Popular em Saúde.

Muitas mulheres multíparas que experimentam, pela primeira vez, o ato de doação permitem supor que talvez poderiam ter sido doadoras nas experiências anteriores. A não-ocorrência do comportamento de doação nas gestações pregressas pode ter sofrido influência de aspectos pessoais (desinformação, falta de iniciativa), bem como de falhas no processo de apoio institucional, como o repasse de informações no sentido de esclarecer eventuais dúvidas sobre doação de leite humano[15].

Um dos pontos principais deste trabalho passa pelo vínculo que o profissional deve estabelecer com a nutriz. As doadoras de leite humano são captadas nos grupos de gestantes, nas orientações às puérperas, nas salas de espera, por toda a equipe, a todo o momento na UBS e também fora dela, nas visitas domiciliares.

As orientações, no momento de captação e também no momento de doação de leite humano, com trocas entre os profissionais e as nutrizes, foram fundamentais para que essa ação acontecesse de forma satisfatória para todos. Para as nutrizes, percebe-se uma maior aproximação e confiança no ato de doar seu leite para os BLHs. Para a UBS, essas ações realizadas por toda a equipe funcionou positivamente, pois assim que aumentava o vínculo das gestantes nas consultas e nos grupos educativos, aumentava também a doação de leite humano.

O incentivo ao aleitamento materno atualmente conta com diversas iniciativas identificadas em vários níveis de atenção em saúde. O estímulo à doação de leite humano, promovido pela UBS, e a forma como foram realizadas as ações, utilizando aspectos como amorosidade, favorecimento de vínculo, valorização do saber popular, garantiram um maior impacto na promoção do aleitamento materno na unidade em questão. Percebeu-se um aumento de doadoras de leite humano e na produção de leite humano doado.

Colaboradores

Jenifer Borges Pelegrine e Fabiana Ferreira Koopmans participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação e da revisão do texto. Halyne Limeira Pessanha, Helena Portes Sava de Farias e Cleide Gonçalo Rufino participaram da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília, DF: MS; 2008.

2. Vinagre RD, Diniz EMA, Vaz AC. Leite humano: um pouco de sua história. São Paulo: Atheneu; 2001.

3. Galvão MTG, Vasconcelos SG, Paiva SS. Mulheres doadoras de leite humano. Acta Paul Enferm. 2006;19(2):157-61.

4. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad Saude Publica. 2008;24 Supl. 2:S235-46.

5. Organização Pan-Americana de Saúde. Amamentação: informações institucionais, técnicas, projetos, publicações e serviços [Internet]. Brasília (DF): OPAS; 2003. [acesso 2011 Jun 17]. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf

6. World Health Organization. Department of Nutricion for Health and Development. Department of Child and Adolescent Health and Development. WHO\NHD\01.08. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2002.

7. Ministério da Saúde. Manual técnico para Banco de Leite Humano. Brasília, DF: MS; 2008.

8. Ministério da Saúde. Bancos de Leite Humano no Brasil – rede de Bancos de Leite Humano. Brasília, DF: MS; 2013.

9. Araújo MFM, Otto AFN, Schimitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez passos para o sucesso do aleitamento" nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. Rev Bras Saude Mat Infant. 2003;3(4):411-9.

10. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza OEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad Saude Publica. 2005;21(6):1901-10.

11. Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro. Manual de capacitação de multiplicadores na Iniciativa Unidade Amiga da Amamentação (IUBAAM). Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde de Rio de Janeiro; 2006.

12. Ministério da Saúde. Rede brasileira de Bancos de Leite Humano – notícias. Brasília, DF: MS; 2012.

13. Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União. 2006.

14. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

15. Alencar LCE, Seidl EMF. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. Rev Saude Publica. 2009;43(1):70-7.

Este artigo apresenta uma experiência de Educação Popular em Saúde para a doação de leite humano. Tem o objetivo de relatar a experiência acerca da promoção do aleitamento materno com nutrizes, para a doação de leite em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no município do Rio de Janeiro. Apresenta todo o processo desde a capacitação dos profissionais da Unidade, os grupos educativos desenvolvidos com as nutrizes, a captação e seleção da doadora, assim como a coleta, a conservação, o transporte do leite doado até os bancos de leite humano. Todo esse processo ocorreu com valorização dos princípios da Educação Popular em Saúde, como amorosidade e valorização do saber da doadora. Dessa forma, percebeu-se que quanto mais se aumentava o vínculo das nutrizes com os profissionais da UBS, aumentava o número de doadoras e também de leite humano doado.

Palavras-chave: Leite humano. Aleitamento materno. Educação em Saúde.

Popular Education in Health: human milk donation in a community in Rio de Janeiro, Brazil

This paper presents an experience related to Popular Education in Health, focused on promoting donation of breast milk. Its main objective is to describe the experience of promoting breastfeeding with nursing mothers, aiming at breast milk donation at a Primary Care Unit located in Rio de Janeiro, Brazil. It reports the entire process: the training offered to the Unit's professionals, the educational groups held with the nursing mothers, the selection of donors, and the collection, preservation, and transportation of donated breast milk to the Human Milk Bank. The whole process respected the guiding principles of popular education in health, such as lovingness and respect for the donors' knowledge. Thus, it was possible to perceive that the stronger the bond between nursing mothers and the Unit's professionals, the higher the number of breast milk donors and the amount of donated milk.

Keywords: Human milk. Breastfeeding. Health Education.

Educación Popular en Salud: donación de leche humana en comunidad de Río de Janeiro, Brasil

Este artículo presenta una experiencia de Educación Popular en Salud para donación de leche humana. Su objetivo es la experiencia sobre la promoción de la lactancia materna con nutrices, para donación de leche en una Unidad Básica de Salud (UBS), localizada en Río de Janeiro, Brasil. Presenta todo el proceso, desde la capacitación de los profesionales de la Unidad, los grupos educativos desarrollados con las nutrices, la captación y selección de la donadora y la colecta, conservación y transporte de la leche donada hasta los bancos de leche. El proceso valorizó los principios de la Educación Popular en Salud, como amor y valorización del saber de la donadora. Así, se percibió que cuanto mayor era el vínculo de las nutrices con los profesionales de la UBS, mas aumentaban las donadoras y la leche humana donada.

Palabras clave: Leche humana. Lactancia materna. Educación en Salud.

Recebido em 11/06/2013. Aprovado em 08/12/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0360

Curso "Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde":

uma experiência de educação popular em Saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS

Luciana Chaves[a]
Alba da Cunha Alves[b]
Jamilly Souza[c]
Larissa Barros[d]
Patricia Dantas de Araújo[e]
Tiago Parada Costa Silva[f]

Introdução

A expressão movimento social "sugere temas como o da ação coletiva, das identidades culturais, do direito em função da mudança social e da perspectiva da sociedade como campo em construção[1]. Historicamente, os Movimentos Sociais de base popular têm tido importante papel na luta pelo direito à saúde e na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde/SUS, e suas iniciativas apresentam relevantes contribuições nas ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Isto é evidenciado a partir do momento em que discutem, constroem, praticam e socializam seus saberes, contribuindo, assim, para a reflexão e prática do fazer em saúde.

As práticas educativas vivenciadas por estes movimentos, a partir da educação popular em saúde, têm contribuído efetivamente para o controle social e a participação popular, quando produz conhecimento na troca de saberes e contribui na discussão, formulação, produção e apresentação de demandas pelo direito à saúde.

A participação popular é compreendida como participação dos sujeitos no processo de democratização das políticas públicas[2]. Na mesma perspectiva, pode-se afirmar que a educação popular é o pensamento no campo da educação que anima uma formação mais próxima e coerente com os princípios da participação popular, entendida como um processo político, sustentada no diálogo de saberes e da humanização das pessoas[3]. A educação popular é, portanto, um meio importante para refletir sobre os processos de luta no setor saúde e o fundamental do seu método é o fato de adotar como ponto de partida do processo pedagógico, o saber do educando[4].

As experiências de educação popular em saúde têm reafirmado a potência deste dispositivo para articular os níveis de atenção e de gestão e na formulação de políticas de saúde de forma corresponsável e comprometida com os princípios do SUS. Sendo assim, devem ser valorizadas, qualificadas e adotadas nos processos de educação permanente para o controle social e de mobilização em defesa do SUS, constituindo-se como vivências relevantes para os movimentos sociais que defendem uma sociedade justa, equânime e democrática[5].

[a-f] Coordenação Estadual MobilizaSUS; Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES); Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH); Secretaria da Saúde do Estado (SESAB), Salvador, Bahia, Brasil.
lucianakeys@gmail.com;
alba.cunha@hotmail.com;
jamsouri@hotmail.com;
laravbarros@gmail.com;
patydant@yahoo.com.br;
tgparada@yahoo.com.br

Com a Constituição Federal de 1988, quando os direitos e deveres dos cidadãos foram assegurados, a sociedade civil adquiriu uma relevância até então não reconhecida enquanto corresponsável e copartícipe nos processos de construção de uma participação efetiva e qualificada no desenvolvimento de políticas públicas. A definição de espaços formalizados e de espaços de negociação para a participação popular tem contribuído, fundamentalmente, para a consolidação dos princípios do SUS, tais como universalidade, integralidade, equidade e participação social, demonstrando a necessidade de qualificar cada dia mais esta participação, apostando em sujeitos sociais, ativos, criativos e transformadores.

Nesta perspectiva, trabalhar com a educação popular em saúde qualifica a relação entre os sujeitos do direito à saúde e os instrumentaliza para o exercício do controle social, ou seja, para a partilha do poder e interferência na gestão pública[5]. Em outras palavras, a educação popular é um processo disparador do fortalecimento da sociedade civil para a conquista da cidadania e produção de necessidades vitais pelos próprios protagonistas[6].

Dessa forma, desde 2007, o grupo de trabalho, composto pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB, por meio da Superintendência de Recursos Humanos-SUPERH e da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – DGTES, pelo Conselho Estadual de Saúde – CES e pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, pela Secretaria Estadual de Educação – SEC, todos comprometidos com a democratização do Sistema Único de Saúde, vem desenvolvendo processos de educação permanente e educação popular para o fortalecimento do controle social e da participação popular no SUS-BA através do MobilizaSUS. Essa experiência, composta por trabalhadores da saúde, incorpora e valoriza o diálogo com militantes dos Movimentos Sociais de base popular, tendo como objetivo fortalecer a gestão democrática e participativa no SUS – Bahia.

No desenvolvimento do MobilizaSUS, percebeu-se a necessidade de estreitar e fortalecer o diálogo entre a SESAB e os movimentos sociais para construção de políticas mais condizentes às demandas populares e garantia do direito à saúde. Diante deste contexto, em 2010, a partir de reuniões de trabalho com lideranças dos Movimentos Sociais e das experiências e intenções do MobilizaSUS, a SESAB/SUPERH/DGTES elaborou, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva – ISC/Universidade Federal da Bahia, o Curso "**Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde",** que tem como objetivo central fortalecer atuação dos movimentos sociais na arena política da saúde, enfocando a participação popular na luta pela saúde enquanto direito. O público do curso foram lideranças e militantes dos Movimentos Sociais de base popular de diversas regiões da Bahia e estudantes do curso do Bacharelado Interdisciplinar da Universidade Federal da Bahia.

O Curso, que iniciou em outubro de 2010, teve como objetivos específicos o desenvolvimento de processos de reflexão sobre Estado e políticas públicas de saúde; a socialização de experiências de participação popular enquanto dispositivo de luta pela saúde, construídas pelos movimentos sociais em diálogo com experiências de gestão do SUS; a reflexão de ideias e metodologias de planejamento em saúde e planejamento participativo e popular como componentes estratégicos para a participação popular na gestão no SUS. Além disso, possibilitar a construção de espaços de interlocução entre os movimentos sociais, refletindo sobre os desafios de conformação de redes de movimentos sociais no âmbito da luta pelo direito à saúde.

Metodologia

No período de agosto a dezembro de 2010, foram realizadas duas turmas do curso, em Salvador. Com o objetivo de facilitar a participação das lideranças dos movimentos sociais, tanto do interior da Bahia como da capital, e de promover um diálogo entres os sujeitos, seus coletivos e suas realidades concretas o curso foi dividido em 05 módulos/encontros presenciais (80 horas) e vivências de dispersão/práxica (16 horas), totalizando 96 horas. Os encontros presenciais aconteceram, a cada 15 dias, nos finais de semana. As vivências práxicas constituíram-se de ações e atividades realizadas pelos militantes dentro das suas realidades locais, sendo planejadas no momento presencial do curso e articuladas com os conteúdos discutidos.

O programa do curso foi elaborado a partir de encontros com os movimentos populares no qual foram expostos suas necessidades e interesses, assim como incorporado temas centrais ao debate e reflexão sobre a democracia, o direito dos povos e a educação popular. Embora tendo sido construídas programações prévias para os módulos, estes eram desenhos flexíveis, sendo modificados e redefinidos a partir da dinâmica do grupo, realidades de cada participante e seus coletivos, assim como, da proposta do educador/animador da roda.

Na realização do curso, foi fundamental desenvolver ideias de participação popular compreendida como participação dos sujeitos no processo de democratização das políticas públicas[2]. O curso teve como tema de discussões as concepções de Estado, políticas públicas e políticas de saúde; práxis dos movimentos sociais, com enfoque na luta dos movimentos sociais e redes de movimentos sociais; organização dos sistemas e dos serviços de saúde a partir dos modelos e níveis de atenção à saúde com ênfase na história, princípios e diretrizes do SUS; controle social; práticas educativas e educação popular em saúde; planejamento em saúde e planejamento participativo e popular em saúde.

O componente programático do curso foi desenvolvido através de atividades orientadas na perspectiva da construção coletiva, por meio de metodologias participativas que buscaram uma reflexão crítica sobre a práxis (ação – reflexão – ação) dos sujeitos coletivos e individuais, articulando teoria e experiência, valorizando vivências e experiências no campo das diversas lutas e bandeiras de cada coletivo. Assim, orientada pelos pressupostos da educação popular, optou por posturas que envolveram diálogo, participação, consideração da experiência, construção coletiva, autonomia e reflexão crítica, convidando os sujeitos envolvidos a refletir a sua prática e construir coletivamente as estratégias para mudanças necessárias e desejadas.

De uma forma geral, o desenvolvimento das atividades ocorreu mediante técnicas de rodas de conversações e exposições dialogadas, leituras compartilhadas de textos, interpretação e produção de textos, trabalhos em grupos com a utilização de técnicas de animação de grupo, envolvendo música, arte, expressão corporal, práticas de cuidado, dramatização e sistematização, produção de instrumentos enquanto frutos das ações do curso, planejamento de atividades de mobilização dos sujeitos coletivos e comunicação que potencializem e fortaleçam as práticas desses movimentos.

O curso contou com a animação de intelectuais orgânicos da Reforma Sanitária Brasileira do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA e com educadores populares que contribuíram na construção de um espaço pedagógico amoroso, acolhedor e solidário e articularam reflexão teórica com a sua experiência de luta no campo democrático e popular.

No último módulo do curso, realizou-se rodas de diálogo animadas por um historiador em pontos históricos de Salvador, feiras e praças, na qual foi discutida a história de luta do povo brasileiro e baiano e essa história foi relacionada com a conjuntura atual da sociedade brasileira e a organização da sociedade civil.

A avaliação da experiência foi realizada de forma processual e participativa. Ao final de cada módulo cada participante elaborou uma narrativa relatando a sua vivência na roda e os conteúdos apreendidos, assim como sua proposta de atividade práxica realizada junto o movimento ao qual estava inserido. A cada encontro foi apresentado um relatório da atividade realizada, apontando os desafios e resultados da vivência. O formato e conteúdo do produto final foram definidos a partir das potencialidades do participante, articulando-se: as necessidades do participante e respectivo movimento social. Esses resultados puderam ser apresentados em formato escrito ou oral e expostos a partir de teatro, poesia, cordel, slides, etc.

Abaixo segue um quadro com a organização esquemática, intencionalidades e referências dos módulos desenvolvidos no curso.

Resultados e discussão

Como parte das estratégias do MobilizaSUS na Bahia, essa experiência de educação popular com os movimentos populares se constituiu como uma possibilidade de construir um diálogo permanente com os sujeitos coletivos, estimular e fortalecer a atuação dos movimentos sociais na arena política da

saúde, reafirmar a participação popular na luta pela saúde como direito e possibilidade de construção de formas coletivas e emancipatórias de aprendizado e leitura da realidade no cotidiano de saúde no estado da Bahia. A construção de espaços coletivos de discussão e reflexão conjunta constitui-se enquanto espaço potente de constituição de sujeitos capazes de fazer história e transformar a sociedade.

Nesse sentido, houve a finalização de duas turmas, com a participação de 60 lideranças de diversos movimentos sociais da Bahia e estudantes do Bacharelado Interdisciplinar da UFBA. Dentre os participantes, pode-se citar a presença de movimentos sociais conhecidos nacionalmente na luta pelo direito à saúde como o Movimento de Libertação dos Sem Terra; Movimento Sem Teto da Bahia; Pastoral da Saúde e da Criança; LGBTT, Saúde Mental; Movimento de Mulheres, Negritude, Quilombolas e Indígenas; Associação de Moradores; Associação de Agentes Comunitários de Saúde e Patologias.

Percebe-se nos instrumentos de avaliação do curso, a ampliação de conhecimentos sobre o SUS e articulações entre os movimentos em torno da luta pela garantia de direitos. As narrativas apresentadas pelos participantes demonstram uma maior aproximação com o campo da saúde, com seus instrumentos de gestão e planejamento, organização do sistema e o conhecimento dos espaços institucionais de participação e controle social no SUS.

Ao longo do curso, evidencia-se a importância de discussões de temas relacionados à saúde como possibilidade de produção de conhecimentos capazes de provocar novas práticas individuais e coletivas e de construir novas estratégias de participação e controle social no SUS.

A partir das produções de teatro, poesia, cartazes e slides, aparecem nos discursos dos participantes a necessidade de diálogo e de articulação entre os diversos movimentos sociais, apresentando uma percepção de que a luta de um segmento ou de um grupo, é a luta de todas e todos. É possível perceber um movimento de constituição dessa rede entre os sujeitos quando partilham e constroem estratégias coletivas, socializam e participam de encontros, eventos e/ou ações de determinado movimento ao qual não estavam inseridos, apoiam e publicam em suas redes demandas e agendas de outros coletivos.

As narrativas apresentam como uma questão central a capacidade desses encontros de mobilizar os sujeitos, de construir coragem e forças para continuar lutando.

Nesse sentido, as rodas de diálogo, a socialização de diversas experiências, corroboram como espaço de construção de um sentimento de coletividades, de parcerias e alianças na luta pela democracia e justiça social.

As atividades práxicas foram capazes de envolver e mobilizar os coletivos no qual estavam inseridos os participantes do curso. As experiências desses sujeitos narram o debate pelo direito à saúde nos encontros realizados com seus respectivos coletivos, em ações de educação com a comunidade e com grupos de idosos. Apresentam também como atividades práxicas debate sobre as condições de saúde em comunidades quilombolas, decisão de coletivos de estarem inseridos em Conselhos Municipais de Saúde, construção de blogs, incorporação da educação popular enquanto estratégia de educação e organização de seminários, assim como ações de mobilização junto a gestores de saúde e ao ministério público reivindicando demandas relacionadas às patologias.

Dessa forma, os encontros com movimentos populares foram capazes de construir debates e reflexões, assim como de produzir polifonias dentro dos coletivos e de gerar processos de organização política e mobilização social.

Para não concluir...

A partir da implementação do MobilizaSUS, na Bahia, em 2007, e do diálogo frágil da SESAB com os movimentos sociais organizados, constituiu-se a conjuntura para construção do curso Participação Popular, Movimentos Sociais e Direito à Saúde. Essa aproximação possibilitou construir um curso que incorporasse as necessidades dos coletivos, suas lutas cotidianas agregando temáticas transversais

para a conquista do protagonismo popular nas políticas públicas como concepções de Estado, políticas públicas e políticas de saúde.

Tendo em vista que a educação popular permite que sejam repensados os modos tradicionais de se fazer educação, principalmente em saúde, quando possibilita que diálogos sejam construídos e apresenta perspectiva de que todos têm saberes e contribuições para ampliar a leitura sobre a realidade e, assim, promover transformações nos fazeres, quer sejam na saúde ou na vida cotidiana, incorporou-se essa potência para orientar as construções de gestão e de animação dos encontros e das rodas.

A realização dessa experiência, animada pela educação popular, foi capaz de proporcionar aos sujeitos a identificação do seu protagonismo em suas ações e de suas histórias individuais e coletivas. Como também, permitiu que fossem pensadas e construídas estratégias para incorporação de demandas e necessidades dos coletivos na agenda do Estado. Constituiu-se enquanto espaço potente de debate e reflexão sobre a realidade de saúde e necessidades de saúde dos povos.

É provável que alguns sujeitos tenham ressignificado suas práticas e seguido na luta com mais entusiasmo e perseverança, ao acreditarem na possibilidade de conquistarem melhorias a partir do aprendizado, conhecimento e de estratégias políticas construídas coletivamente.

Acredita-se que com o curso, com os movimentos sociais e a partir da educação popular em saúde, novas janelas foram descobertas e novas possibilidades emergiram. É preciso e se faz necessária a ocorrência de novas turmas e que novas histórias possam ser contadas e vividas, para que assim, haja uma construção e um fazer em saúde que assegure a universalidade e respeite os valores e as práticas populares.

Conclui-se que, o processo é ainda incipiente, inacabado, carecendo de uma avaliação mais profunda, mas contribui para ampliar o diálogo da SESAB com os movimentos sociais e o fortalecimento das lideranças participantes do curso na arena da democratização do SUS.

Referências

1. Adorno RCF. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. Saúde Soc. 1992;1(2):111-24. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000200007

2. Melo Neto F. Política e mudança: perspectivas populares. João Pessoa: UFPB; 2002.

3. Freire P. Educação como prática da liberdade. 26a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.

4. Vasconcelos E. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. p. 18-29.

5. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

6. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. Texto Contexto – Enferm. 2007;16(3):470-8. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300013

Os Movimentos Sociais de base popular têm tido importante papel na luta pelo direito à saúde e consolidação do SUS. As práticas educativas vivenciadas por estes movimentos referenciados na educação popular em saúde contribuem para o fortalecimento do controle social e da participação popular na saúde. O curso foi construído de forma participativa, entre movimentos sociais, SESAB e ISC/UFBA, tendo como objetivo central fortalecer a atuação dos movimentos sociais na arena política da saúde na Bahia. Realizou-se duas turmas de cinco módulos cada uma, totalizando 60 participantes. As atividades orientaram-se pelos pressupostos da educação popular: diálogo, participação, valorização da experiência, autonomia e reflexão crítica. Possibilitou pensar e construir estratégias para incorporação de demandas dos coletivos na agenda do Estado, constituindo-se enquanto espaço potente de debate sobre a realidade e necessidades de saúde dos povos.

Palavras-chave: Educação popular. Participação. Controle social.

"Popular participation, social movements and the right to health": an experience of popular education in Health, in Bahia, based on MobilizaSUS.

Popular Social Movements have played an important role when it comes to fighting for the right to health and the consolidation of SUS. Educational practices experienced by these movements, based the popular education in health, contribute to the strengthening of social control and popular participation. The course was built in a participatory manner, involved social movements and SESAB ISC / UFBa. Its central purpose was to strengthen the role of social movements in the political arena of health in Bahia. Two groups of five modules each were conducted, in a total of 60 participants. The activities were guided by: dialogue, participation, appreciation of experience, autonomy and critical reflection. They allowed to think and build strategies for incorporating the collective demands on the state agenda, the course worked as an powerful space for promoting debate about reality and the health necessities.

Keywords: Popular education. Popular participation. Health.

Curso "participación popular, movimientos sociales y derecho a la salud": una experiencia de educación popular en salud en bahia a partir del mobilizasus

Los Movimientos Sociales de base popular han tenido un importante papel en la lucha por el derecho a la salud y la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS). Las prácticas educativas vividas por estos movimientos, a partir de la educación popular en salud, contribuye para el control social. El curso fue construido de forma participativa entre los movimientos, la Secretaría de Salud de Bahia y el Instituto de Salud Colectiva, teniendo como objetivo fortalecer la actuación de los movimientos sociales en la esfera política de la salud. Fueron creados dos grupos, con cinco módulos y un total de 60 participantes. Las actividades se orientaron por: diálogo, participación, valorización de la experiencia y autonomía y reflexión crítica. Posibilitó pensar y construir estrategias para la incorporación de las demandas, constituyéndose como espacio potente de debate sobre la realidad.

Palabras clave: Educación popular, participación popular, salud.

Recebido em 10/06/2013. Aprovado em 30/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0541

Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde

e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil

Kátia Mendes de Souza[a]
Irene Leonore Goldschmidt[b]
Vera Joana Bornstein[c]
Sonia Acioli[d]

Introdução

Em 2004, os Ministérios da Saúde e da Educação publicaram o Referencial Curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde[1], organizado em três módulos, com a duração mínima de mil e duzentas horas. Essa formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) se constitui numa proposta de habilitação técnica que se fundamenta na importância desse trabalhador de saúde para a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica. No entanto, apenas o primeiro módulo é financiado pelo Ministério da Saúde, e, na maioria dos estados brasileiros, não tem sido garantida a formação técnica completa dos agentes.

No período de 2005 a 2007, a Escola de Formação Técnica em Saúde Izabel dos Santos formou, no Estado do Rio de Janeiro, aproximadamente quatro mil, seiscentos e sessenta ACS, na primeira etapa do curso técnico acima mencionado.

Em 2008, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fiocruz iniciou uma turma piloto com as três etapas do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) e, em 2011, em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, implementou as etapas II e III do CTACS, com um total de novecentas e vinte horas. O conteúdo curricular, organizado na forma de eixos temáticos, versava sobre temas como Estado e políticas públicas, cuidado e promoção em saúde, educação em saúde, vigilância em saúde, planejamento em saúde, comunicação e expressão.

Ao percorrer o currículo, os participantes, organizados em grupos, iam construindo o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que deveria apresentar um Plano de Ação Educativa na comunidade. Para a elaboração do Plano de Ação, foi

[a] Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp, Fiocruz). Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 712. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210. katiamendessouza1@gmail.com
[b] Secretaria de Estado de Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. irenegolds@gmail.com
[c] Laborat, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. vejoana@fiocruz.br
[d] Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. soacioli@gmail.com

utilizado o Planejamento Estratégico em Saúde[e] precedido pela elaboração de um diagnóstico situacional, que consistia no levantamento da situação de vida e de saúde no território, a partir da observação local e de entrevistas feitas pelos alunos aos moradores e profissionais de saúde da área.

Foram inscritos duzentos e dez ACSs que já haviam cursado a primeira etapa, divididos em sete turmas localizadas em diferentes territórios: Santa Cruz, Campo Grande, Bangu, Centro, Penha, Pavuna e Manguinhos, na EPSJV.

O corpo docente foi composto por um professor fixo para cada turma, diversos professores que apresentaram temas específicos e três preceptores, profissionais inseridos na estratégia saúde da família que acompanharam os alunos, no trabalho de campo e na elaboração do TCC. Além desse corpo docente para cada turma, existia também a coordenação pedagógica que acompanhava as diversas turmas.

O curso teve início em novembro de 2011 com término em 25 de janeiro de 2013, quando foi realizada uma grande mostra com apresentação dos trabalhos finais de curso de todos os ACSs.

O projeto político pedagógico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio tem como um de seus princípios básicos o conceito de *politecnia*, que questiona a dualidade entre ensino técnico e propedêutico, defendendo para o primeiro uma educação igualmente integral e crítica, que vá muito além do mero preparo técnico para a operacionalização do trabalho, incentivando a reflexão sobre os fundamentos científicos e filosóficos desses procedimentos.

Essa concepção se harmoniza com o referencial teórico-metodológico da Educação Popular, movimento que se configurou na década de 1970, como uma maneira de resistência ao autoritarismo do regime militar, desenvolvido por intelectuais das mais diversas áreas, apoiados pela Igreja Católica.

A Educação Popular visa, por meio da participação de educadores, intelectuais, cientistas sociais e profissionais da saúde, fomentar formas coletivas de aprendizado e de investigação, no sentido de fortalecer, nos educandos, a capacidade de análise crítica da realidade, incentivando o desenvolvimento da organização popular, em busca da reorientação da vida social na direção de uma sociedade mais equânime. Longe de se arvorar no papel de ditar comportamentos corretos, essa vertente pedagógica está sempre voltada para "problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo"[3] (p. 71).

O termo Educação Popular está associado a uma educação realizada nos movimentos populares, e é política na medida em que não se dissocia da vida cotidiana, que é o ponto de partida para a compreensão dos problemas que afligem a comunidade e para a compreensão sobre as estratificações sociais e de poder que a permeiam.

Para que o processo educativo em saúde realmente alcance os sujeitos, transformando suas práticas e concepções, não se pode ignorar nem menosprezar seu saber preexistente. Para Stotz, David e Bornstein[4], compartilhar com a população a busca pelo entendimento da sua realidade, em toda a sua complexidade, é o ponto de partida para a elaboração e construção de novos conhecimentos:

> Quando nos dispomos a ampliar o nosso próprio olhar para compreender o olhar da população, temos de optar por metodologias educativas que nos aproximem das pessoas, que lhes dêem voz, que as tornem mais fortes como sujeitos[4] (p. 44).

A proposta pedagógica baseou-se, principalmente, nas formulações de Paulo Freire, dentro da perspectiva de que todo indivíduo possui um saber, e que novos

[e] Metodologia concebida pelo economista chileno Carlos Matus, que considera que planejar não é prever o futuro, mas sim trabalhar considerando a incerteza das variáveis que escapam à nossa vontade e poder. Isto pressupõe ter um plano e uma estratégia para distintos cenários previsíveis[2].

conhecimentos se constroem a partir desses saberes prévios. Nessa perspectiva, antes de introduzir um tema novo, havia sempre a preocupação de procurar saber quais eram os conceitos prévios que os educandos já possuíam sobre o assunto. Freire[5] nos indica como condição essencial ao processo educativo o respeito ao saber do outro, à sua experiência, quando diz que "o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros"[5] (p. 66).

A Educação Popular foi a base para o curso e, dessa forma, a história e o pensamento de autores como Paulo Freire, Victor Valla, Eymard Vasconcelos e outros foram enfatizados para os educandos. Coerentemente, a relação educador-educando foi caracterizada pela criação de estratégias pedagógicas participativas e problematizadoras. A Educação Popular é considerada uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, pois propõe desafios para educandos, colocando-os no lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos, ficando o educador como orientador desse processo[6,7].

O objetivo do curso era fortalecer o papel educativo e mobilizador do ACS em seu território, visando à promoção da saúde, dentro da perspectiva da integralidade. A importância de utilizar a Educação Popular em Saúde para essa finalidade é destacada por autores como Albuquerque e Stotz[8]:

> O reconhecimento do usuário como cidadão nos grupos que não os estigmatizam como doentes, pois são ouvidos e estimulados a viver atividades de promoção da saúde (exercícios, alimentação, hábitos) e lutar em defesa de melhores condições de vida, representa fato concreto dificilmente encontrado em equipes que não se referenciam na educação popular. (p. 272)

Esse papel, esperado dos agentes comunitários pela própria Política Nacional de Atenção Básica[9], é dificultado pela cobrança do cumprimento de metas quantitativas, entre as quais não consta a realização de grupos educativos na comunidade. Essa tensão esteve presente ao longo de todo o curso e condicionou o seu desenvolvimento. Além disso, a gestão dos serviços municipais de saúde por organizações sociais de saúde gera uma grande rotatividade de profissionais nas equipes, não permitindo a garantia da continuidade de uma linha de trabalho.

Este artigo se propõe a fazer um relato de experiência com algumas reflexões sobre as principais práticas pedagógicas desenvolvidas nas turmas descentralizadas da Penha e da Pavuna do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, nas áreas programáticas, respectivamente, do município do Rio de Janeiro.

A experiência na turma da Penha

Composta por ACSs do Complexo do Alemão, Vigário Geral e Maré, a turma da Penha era bastante animada: crítica, polêmica, questionadora e propositiva. Além disso, era também heterogênea: faixa etária, que variava entre vinte e setenta anos; nível de formação, que variava entre a conclusão, concomitante ao CTACS, do ensino médio e nível superior, em Serviço Social e Administração; domínio de informática desde nulo até o de técnicas de elaboração de vídeos.

A fim de integrar todos os participantes no processo pedagógico, além da pactuação de frequência e assiduidade ao curso, foram realizados diversos momentos de confraternização com comemoração de aniversários; dia do ACS; passeio à Igreja da Penha, com leitura de texto sobre a história do local, foto para a Formatura, lanche coletivo; e confraternização no final do curso.

Após a pactuação da dinâmica do curso entre os participantes da turma da Penha, professora, preceptoras e educandos foram construindo espaços dialógicos de ensino-aprendizagem com inovações metodológicas e de conteúdos, partindo da realidade dos alunos para a teoria, a fim de voltar com uma prática transformadora. Foi utilizada uma abordagem participativa para o aprendizado, com dinâmicas e diversos tipos de materiais didáticos, tais como jogos gigantes, álbuns seriados, fantoches, revistas em quadrinhos, livros de história, macromodelos da boca e dentes, provérbios e poesias.

Visando facilitar a aproximação dos ACSs com os textos de referência do curso, foram preparados resumos desses textos, com leitura em sala de aula e esclarecimento de dúvidas. Outro recurso utilizado foi a elaboração de roteiros de pesquisa a serem realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre os temas de interesse dos educandos, facilitando sua prática investigativa.

Além disso, os planos de aula eram apresentados no início de cada eixo temático, com seus objetivos e atividades a fim de situar os educandos em cada etapa do processo de ensino-aprendizagem. A implementação da proposta da EPSJV sempre era adaptada à realidade da turma, o que possibilitou um grande aprendizado para todos os participantes. A flexibilização das propostas iniciais de trabalho abriram espaço para as propostas da turma, favorecendo o comprometimento permanente do grupo.

Para a construção coletiva de conceitos, tais como: modelos de atenção, cuidados em saúde e trabalho, buscamos partir da expressão livre de ideias dos educandos, seguida da complementação com os conceitos de outros autores. Como exemplo dessa construção coletiva, podemos citar a preparação de alguns *slides* sobre o conceito de cuidado em saúde com frases dos próprios educandos, produzidas ao longo das oito aulas iniciais sobre o tema. Os alunos ficaram muito satisfeitos ao se verem como autores dessas reflexões e olhares.

Os trabalhos em grupos, realizados com frequência e acompanhados de debates, construção coletiva de cartazes e apresentações, facilitaram o desenvolvimento da expressão oral dos educandos. Além disso, as estratégias lúdicas, com recorte de revistas e jornais, colagens, desenhos e dramatizações, valorizaram outras formas de expressão, além da verbal.

O espaço físico favorecia o processo de ensino-aprendizagem, com diversos recursos tecnológicos como *datashow*, conexão com internet, sala confortável e com ar-condicionado. A sala de informática tinha dez computadores conectados à internet e havia ainda uma saleta de leitura com dois *laptops*, o que facilitava a divisão para trabalhos em grupo.

Esses recursos audiovisuais foram utilizados em diversos momentos, havendo aulas com músicas, exibição de filmes e vídeo-debates. Os educandos também eram estimulados a criarem e apresentarem suas próprias produções. O incentivo à elaboração e apresentação de trabalhos, utilizando os recursos disponíveis, favoreceu a autonomia do educandos no ambiente de aprendizagem.

Os alunos prepararam vários vídeos sobre a história de suas comunidades para serem exibidos no Congresso Internacional da Rede Unida, realizado em 2012. A fim de apresentar esse conjunto de vídeos, a turma também elaborou um texto coletivo. A participação no evento com apresentação de trabalhos valorizou as experiências dos educandos e os estimulou para a realização de novas produções técnicas.

O constante espaço para análise e troca de experiências foi também povoado por queixas dos alunos em relação a seu processo de trabalho. Essa temática interferiu bastante na dinâmica do curso, uma vez que os alunos consideravam a proposta do curso contraditória em relação à realidade encontrada em seu trabalho. Eles se sentiam sobrecarregados pelas cobranças no trabalho e não tinham tempo para leitura e realização de atividades em casa.

Apesar de ter sido pactuada uma redução de metas a ser alcançada pelos ACSs, entre Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde, EPSJV e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), o número de famílias a ser atendido e os turnos de "acolhimento" dentro da Unidade de Saúde não foram reduzidos. Nesse sentido, os agentes de saúde sentiam que não conseguiam alcançar a cobertura de sua área. A dificuldade em conciliar a carga horária do curso e do trabalho esteve presentes durante todo o tempo. Vários foram os momentos de catarse que possibilitaram aos agentes de saúde compreender que o problema não era individual, mas que, na realidade, muitas das dificuldades estavam vinculadas ao modelo de gestão.

Os educandos confidenciavam seus problemas pessoais e, ao longo do curso, a professora teve a oportunidade de conhecer a vida de grande parte dos alunos, que vêm de um contexto de vida permeado pela precariedade e pela violência, o que se reflete diretamente nas suas condições de saúde. Essa proximidade com os alunos possibilitou o acompanhamento, o apoio e o fortalecimento dos alunos na continuidade do curso e mesmo do trabalho. A postura profissional dialógica está em consonância

com a perspectiva teórico-conceitual e metodológica da Educação Popular que permite fortalecer a atuação pedagógica dos profissionais, como mediadores e educadores críticos[10].

Facilitado por essa abordagem, muitas dificuldades foram superadas e os educandos relataram uma superação pessoal no trabalho, na escrita, na expressão oral e na própria vida.

A experiência na turma da Pavuna

A turma da Pavuna reunia agentes de saúde moradores de bairros com os piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, como Costa Barros, Barros Filho, Fazenda Botafogo e Acari. Havia três alunas que residiam no Morro do Chapadão, zona altamente conflagrada, onde, ao longo do ano de 2012, ocorreram várias incursões policiais e tiroteios. Por esse motivo, elas tiveram que faltar à aula algumas vezes e apenas uma delas concluiu o curso.

O espaço onde ocorreu o CTACS foi a Clínica da Família Epitácio Soares Reis, na Pavuna, inaugurada em 05 de julho de 2011, quatro meses antes do início do CTACS. As aulas ocorriam no *Centro de Cultura e Ideias*, um auditório ovalado que permitia que as aulas ocorressem em círculo. O suporte de informática não era suficiente, havia dificuldade de acesso à internet e só havia computadores disponíveis na sala dos ACSs da própria Clínica. Essa situação nos fez buscar mais apoio em outros recursos didáticos.

A diversidade de procedência dos ACSs criou, no início, certo estranhamento. Eles se agrupavam na sala sempre nos mesmos lugares, pela proximidade de local de trabalho. Somente com o decorrer do tempo, ao longo das discussões coletivas, muitas vezes bem acaloradas, é que foi se desenvolvendo um espírito de união e solidariedade.

A temática mais recorrente desses debates era relativa ao processo de trabalho do ACS, com sete ou mais anos de trabalho, a relação com a equipe e gestores e a insegurança gerada pela precarização dos vínculos trabalhistas. Foi quase unânime a afirmação de que está havendo muitas mudanças no processo de trabalho da Saúde da Família, direcionado para o cumprimento de metas quantificadas, de ações e procedimentos, e que os agentes estão muito mais presos à unidade de saúde, com muito menos tempo para visitas domiciliares e atividades educativas. Essa visão pode ser identificada em textos escritos por eles:

> "Mudou a visão, o propósito. Mudaram os direitos, os deveres. Mudou a sigla de quem era PACS para PSF. Uma enfermeira com 30 agentes comunitários dava conta de fazer visitas aos acamados, ações e palestras nas áreas e curativos. Hoje uma enfermeira com 6 agentes (ACS) não faz mais visita domiciliar, não tem tempo, agenda lotada, reuniões e cursos. E o ACS entregador de cartão e SISREG fica no *Posso Ajudar*, acolhimento, pesagem, bolsa família, alimentar o sistema, ficamos presos no posto. Não temos mais tempo para uma visita com qualidade sobre orientação e prevenção. Não temos mais aquele olhar olho-a-olho com as famílias. Acabou o vínculo. Só nos pedem números, saúde é número". (ACS 2)

No entanto, com todas as dificuldades e dramas pessoais (que não eram poucos), era uma turma muito alegre e adorava passeios, festas, almoços e confraternizações.

Como a estratégia era partir dos conhecimentos dos ACSs ao começar a discutir algum tema, foram propostos trabalhos em grupos, dramatizações, desenhos, exibição de filmes, e, a partir daí, buscávamos estabelecer ligações entre os conteúdos apresentados por eles com os saberes teórico-científicos vigentes.

A dramatização propiciou elementos para discussão a partir da análise do comportamento e postura daqueles que representam, pois expressam visões e ideias que talvez não se consigam expor oralmente, muitas vezes, não conscientes. Na situação dos alunos, a representação trouxe concepções do seu cotidiano de vida e de trabalho, possibilitando a participação coletiva nas discussões, já que o tema era familiar a todos.

Numa dessas dramatizações, pedimos que alguns grupos representassem uma visita domiciliar ideal, do ponto de vista do comportamento do ACS, e outros grupos deveriam apresentar uma visita domiciliar onde o comportamento do ACS era totalmente inadequado. Em outra dramatização, pedimos que os grupos apresentassem cenicamente suas concepções sobre "O Modelo de Saúde que

temos" e, em seguida, "O Modelo de Saúde que queremos". A discussão era orientada no sentido de pensar: o que podemos fazer para ir do modelo que temos ao modelo que queremos.

A possibilidade de se expressar de uma forma mais livre e criativa sempre foi um incentivo, pelo aspecto lúdico que apresentava, abrindo horizontes para a percepção da realidade de várias formas e ângulos. Por exemplo, a utilização do desenho numa aula sobre família: foi pedido que cada aluno desenhasse a sua família, e depois apresentasse para a turma.

Essa aula possibilitou um maior autoconhecimento do grupo não só no campo racional, mas também no sensitivo-afetivo. Ficamos nos conhecendo melhor, sabendo, por exemplo, que determinada aluna tinha uma tartaruga, que considerava da família, já que a incluiu no desenho; ficamos sabendo quem era sozinho ou quem tinha família grande. Enfim, histórias da vida de cada um de nós. Esse formato da aula, partindo do pessoal e singular, despertou interessantes reflexões sobre o conceito de família e os vários tipos de família encontrados nas comunidades em que os agentes de saúde trabalham.

O professor de Oficina de Leitura organizou um júri onde foi julgado o *bullying*, com diversos papéis, como defesa, acusação, juiz, réus e testemunhas. Antes de iniciar o julgamento, ele falou sobre o que era esse conceito e trouxe reportagens e vídeos. A atividade estimulou os alunos a desenvolverem sua capacidade de argumentação, levando-os a se envolver profundamente, resultando em debates acalorados, abrangendo vários campos do conhecimento, como sociologia, psicologia, direito, ética e outros.

Também utilizamos esse formato para discutir os modelos assistenciais, por meio do julgamento do modelo biomédico. Alguns dos argumentos utilizados pela "defesa" foram que, no modelo biomédico (associado a hospital), o indivíduo é atendido diretamente pelo médico, não precisa passar pela triagem, nem depender do sistema de regulação para conseguir exames, enquanto que a "acusação" apontou para a perda do olhar sobre o indivíduo como um todo: a necessidade de acordar de madrugada para conseguir atendimento hospitalar, a superlotação dos hospitais, que não conseguem atender toda a demanda, aliado ao alto gasto com saúde que poderia ser diminuído se houvesse a promoção da saúde.

Embora a exibição de filmes seja uma prática bastante usual, é importante ressaltar o poder reflexivo que o filme possibilita, por trazer realidades diversas, de outras culturas, outros povos, e pela linguagem, que engloba várias formas de arte – representação, música, literatura, desenho, dança. Para incentivar a reflexão após o filme, foi utilizada a discussão coletiva e elaboração de textos individuais ou grupais sobre o tema.

Acerca do filme *Notícias de uma Guerra Particular*, sobre o tráfico de drogas no Rio de Janeiro selecionamos depoimentos de alguns alunos:

> "O filme relata a violência em uma determinada comunidade do Rio de Janeiro, infelizmente não é uma ficção, é a dura realidade. Pessoas que vivem precariamente, sem saneamento, sem uma moradia digna e principalmente sem pensar ou sonhar com um amanhã melhor. Não devemos julgar as atitudes daquelas pessoas, mas sim tentar entender o que as leva a se comportarem daquela forma". (ACS3)

> "Esse filme trata de vários fatores responsáveis pela guerra que vivemos. 1º a desigualdade social, 2º sociedade capitalista, 3º corrupção policial. Eu acho que esses três fatores são responsáveis pela guerra porque a desigualdade social torna os meninos presas fáceis para o tráfico numa sociedade capitalista onde quem não tem um tênis Nike não é nada, e todos nós queremos ser aceitos". (ACS4)

Esses textos apontam para a profundidade das reflexões que os agentes de saúde conseguiram elaborar ao assistir ao filme e como construíram relações de causa e efeito, percebendo, além do senso comum, a essência que se oculta por trás da aparência.

A construção dos trabalhos de conclusão de curso

Essa atividade se constituiu no eixo condutor de todo o curso, pois agregou conhecimentos de todas as áreas para pensar uma intervenção na realidade e possibilitou uma reflexão mais profunda sobre as possibilidades e limites concretos dessa intervenção. Os educandos tiveram a liberdade para escolher os temas que queriam desenvolver, a partir da construção do diagnóstico de saúde do seu território.

A orientação dos planos de ação, caracterizada por um processo de educação por intermédio de ações coletivas e mobilizando os atores locais para a luta pela cidadania, evidenciou, mais uma vez, a importância da utilização da Educação Popular como estratégia política para a atuação na Atenção Básica em Saúde[11].

Tanto na turma da Penha quanto na da Pavuna, os educandos se sentiram realmente autores do trabalho, pois participaram ativamente de todo o processo. Desde o início, tiveram o aprendizado da escuta, realizando diversas entrevistas na comunidade.

Com o ritmo acelerado do curso, foi difícil realizar uma singularização do processo de aprendizagem dos educandos, mas com a divisão em grupos para o TCC, foi possível um acompanhamento diferenciado a cada grupo de quatro ou cinco pessoas.

Foi observado um início de mudança no conceito de Educação em Saúde. A partir da ênfase durante todo o curso nos princípios da Educação Popular, na escuta, na alteridade, foi incentivada e discutida a proposta de mudança de expressões como: *conscientizando a comunidade* para *discutindo questões com a comunidade*.

Depois do TCC pronto, os educandos ficaram muito orgulhosos com o produto do seu trabalho e demonstraram, ainda, interesse no aprendizado de técnicas de comunicação para preparar as apresentações. O curso finalizou com a apresentação dos TCC das sete turmas, numa grande mostra realizada na EPSJV.

Considerações finais

A apresentação das principais práticas pedagógicas desenvolvidas no curso nos possibilita realizar uma reflexão analítica sobre a finalidade da Educação Popular em Saúde enquanto abordagem que privilegia o diálogo, pois "ampliar a compreensão de si e do mundo, na dimensão do diálogo, é pronunciar o mundo entre sujeitos. Portanto, é reconhecer que o outro também é sujeito, tem sua história, trajetória, valores"[12] (p. 75).

Nesse sentido, os espaços de formação descritos promoveram o encontro de profissionais com o estímulo a uma postura crítica em relação a seu processo de trabalho, de forma alinhada com os princípios da Educação Popular, que se orientam por sempre discutir educação e direito à saúde de forma contextualizada. As estratégias de educação utilizadas, tal como o diagnóstico participativo no planejamento estratégico situacional, demonstraram que "a recusa em teorizar fora do contexto da ação é fonte de aproximação da vida social, em especial daqueles grupos sociais mais oprimidos"[13] (p. 50).

Ainda que sejam lentas as melhorias e transformações no contexto de vida e de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, a formação possibilitou a vivência de mediações de forma horizontal, favorecendo processos de vocalizações de anseios, demandas e proposições, contrastando com a lógica hegemônica vertical e hierárquica das interações na sociedade. Essa reorientação na construção de vínculos e relações é imprescindível para mudanças em suas condições de vida e trabalho, pois:

> o caráter transformador da mediação se daria quando houvesse uma ruptura desta verticalidade, para que existisse maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população.[14] (p. 479)

Como avaliação do curso, retomamos o cerne da questão do CTACS, colocada na introdução: a tensão entre a proposta político-pedagógica do curso e o modelo de gestão atual da SMSDC do Rio de

Janeiro. Os trabalhos produzidos pelos ACSs ao longo do curso trouxeram à luz o lugar em que esse trabalhador se vê, como um ponto de convergência de tensões e conflitos. A percepção desses agentes sobre as mudanças no seu processo de trabalho foram enriquecidas pelas reflexões desenvolvidas durante o curso, nesse momento histórico particular em que a Estratégia de Saúde da Família vem enfrentando mudanças não só no município do Rio de Janeiro, mas em todo país.

São tensionamentos cujos princípios basilares da atenção básica, que são também os do SUS, como a importância da construção de vínculos, de responsabilização pela população de um território com o seu acompanhamento dentro da rede de atenção, da escuta, da garantia de acesso, do atendimento humanizado, vêm perdendo espaço para os princípios neoliberais, sendo os trabalhadores da saúde submetidos à pressão para apresentar produtos e atingir metas quantificadas, independentemente da realidade local, dentro do contexto da privatização/terceirização da gestão pública e da precarização dos vínculos de trabalho.

O CTACS propiciou a oportunidade de um grande aprendizado coletivo de educandos e educadores.

Aprendemos com os educandos ainda mais sobre a integralidade no processo educativo, a forma como os valores e as questões pessoais estão envolvidos no aprendizado. Aprendemos com eles ainda mais alegria, leveza, espontaneidade, simplicidade, flexibilidade, dinamismo, presteza, solidariedade; valores e sabedoria sem os quais é impossível superar os problemas encontrados.

Percebemos também o fortalecimento e o desenvolvimento do prazer do trabalho coletivo e a criação de laços de amizade entre colegas de diferentes áreas e de um convívio afetuoso em sala de aula. Além disso, o dimensionamento da influência de seu trabalho, com a compreensão de fatores externos que condicionam determinadas situações e a percepção sobre a necessidade de uma postura propositiva na vida e no trabalho, não apenas queixosa e questionadora.

Concluímos que a abordagem adotada no CTACS levou em conta os saberes e as experiências de todos os envolvidos no processo, baseando-se na construção compartilhada do conhecimento.

Compreende-se que a abordagem de construção desse novo saber, com metodologias da Educação Popular, reflete um mosaico de saberes de diferentes sujeitos, ganha força e legitima a identidade do grupo para ser aplicado na prática, possibilitando novas posturas e comportamentos de enfrentamento para as questões priorizadas no território.

Colaboradores

Os autores Kátia Mendes de Souza e Irene Leonore Goldschmidt participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação e da revisão do texto. Vera Joana Bornstein e Sonia Acioli participaram da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto.

Referências

1. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

2. Huertas F. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo: Fundap; 1996.

3. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis. 2004;14(1):67-83.

4. Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. Educação popular em saúde. In: Martins CM, Stauffer AB, organizadores. Educação e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. p. 35-70. (Coleção Educação Profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde; 6).

5. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

6. Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1987.

7. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. Petrópolis: Vozes; 1994.

8. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface (Botucatu). 2004;8(15):259-74.

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2013 Set 2]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf.

10. Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. Rev APS. 2009;12(4):487-97.

11. Malfitano APS, Lopes RE. Educação Popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde [Internet]. Cad Cedes. 2009;29(79):361-72 [acesso 2013 Set 2]. Disponível em: http://www.cedes.unicamp.br

12. Oliveira MW. Educação popular e saúde. Rev Educ Pop. 2007;6:73-83.

13. Stotz EN, David HMSL, Un JAW. Educação Popular e Saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Rev APS. 2005;8(1):49-60.

14. Bornstein VJ, Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. Trab Educ Saude. 2008/2009;6(3):457-80.

Este artigo discute as práticas pedagógicas desenvolvidas no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, nas turmas da Penha e da Pavuna, no município do Rio de Janeiro. O referencial teórico-metodológico do curso baseia-se nos princípios da Educação Popular. Dessa forma, a relação educador-educando caracterizou-se pela criação de estratégias pedagógicas participativas e problematizadoras. Buscou-se o diálogo e a problematização da prática dos educandos junto à equipe de saúde, usuários e gestores da estratégia de saúde da família. O uso dessas práticas pedagógicas, desenvolvidas a partir dos saberes e experiências de educandos e educadores, demonstrou favorecer a construção de um olhar crítico para as contradições existentes entre os princípios da Política Nacional de Atenção Básica e o modelo atual de gestão da estratégia de saúde da família.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Metodologia. Formação de Agentes Comunitários de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Pedagogical practices of Popular Health Education and technical training of Community Health Agents in the city of Rio de Janeiro, Brazil

This article discusses the pedagogical practices developed in the Technical Training Course of Community Health Agents (CHA) of Joaquim Venancio Polytechnic Health School, in classes held in the districts of Penha and Pavuna in the city of Rio de Janeiro. The theoretical and methodological references of the course are based on the principles of Popular Health Education. Thus, the relationship between teacher and students was characterized by the creation of participative pedagogical strategies. Problem-based learning was developed to analyze with students their experience with the health care team. We conclude that the use of strategies developed from and based on students' knowledge favors a discussion of the tension which exists between the Primary Health National Policy and the current family health strategy management.

Keywords: Popular Education in Health. Methodology. Community Health Agents Training. Unified National Health System.

Practicas pedagogicas en Educación Popular en Salud y la formación técnica de Agentes Comunitarios de Salud en el municipio de Rio de Janeiro, Brasil

Este artículo discute las practicas pedagógicas desarrolladas en el Curso Técnico de Agente Comunitario de Salud de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, en dos barrios de Rio de Janeiro. El referencial teórico-metodológico del curso se basa en los principios de la Educación Popular. La relación educador-educando se caracterizó por la creación de estrategias pedagógicas participativas y problematizadoras. Se buscó el diálogo y la problematización de la práctica de los educandos junto al equipo de salud, usuarios y gestores de la estrategia de salud. La utilización de estas prácticas pedagógicas desarrolladas a partir de los saberes y experiencias de educandos y educadores, demostró favorecer la construcción de una mirada crítica para las contradicciones existentes entre los principios de la Política Nacional de Atención Básica y el actual modelo de gestión de la estrategia de salud de la familia.

Palabras clave: Educación Popular en Salud. Metodología. Formación de Agente Comunitario de Salud. Sistema Único de Salud.

Recebido em 20/06/2013. Aprovado em 14/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0567

Vozes em sintonia:

Educação Popular sobre DST via rádio comunitária

Maria Liz Cunha de Oliveira[a]

Introdução

Falar de Educação Popular pressupõe lembrar o Movimento de Educação de Base (MEB) e suas contribuições para esse campo. Para Peixoto Filho[1], o MEB foi fruto das mudanças então em curso no país na década de 1950. A Educação Popular, desenvolvida pelo movimento, no período entre 1961 e 1966, empregou técnicas, métodos e recursos, simples e artesanais, porém criativos e inovadores para a época, visando à comunicação com a população rural.

O MEB teve como instrumento pedagógico básico o rádio, que possibilitou o uso de técnicas de comunicação associadas a atividades presenciais, realizadas em sala de aula nas comunidades rurais[1]. A utilização do rádio deu-se por sua abrangência, possibilitando a comunicação com as regiões do país mais distantes dos centros de desenvolvimento, poder e decisão, com as vantagens do uso dos recursos e das tradições orais.

Nesse aspecto, ou seja, o da importância das tradições e da oralidade, vale reiterar que, segundo Vigil[2], 99% da história humana não foi escrita. Foi a tradição oral que, durante séculos, fez a informação circular. O rádio soma-se a essa cultura milenar. Trata-se de um veículo ancorado na oralidade e para receber suas mensagens basta apenas ouvir e, muitas vezes, se a emissão for eficiente, a audição sequer precisa se dar com muita atenção, pois a mensagem é compreendida mesmo quando o ouvinte dedica-se simultaneamente a outra ocupação[3].

Nesse sentido, as emissoras de rádio, como meios de comunicação de massa, podem dar outra dimensão à Educação Popular, na medida em que permitem atingir de uma só vez dezenas de milhares de ouvintes. Para Reis[4], dentre as modalidades de rádios existentes no Brasil, o objeto de atenção do projeto MEB foram as rádios comunitárias (RC), pois estas exercem um papel específico e de fundamental importância na construção e no exercício da cidadania[5].

De um modo geral, a programação das rádios comunitárias chama à atenção para temáticas de interesse da coletividade e insere a comunidade no contexto dos municípios onde atuam[5]. Desse modo, a relação estabelecida entre uma emissora comunitária e a própria comunidade é caracterizada pelo dinamismo da localidade ao redor, respeitando os sujeitos sociais locais

[a] Universidade Católica de Brasília. Pós-Graduação Asa Norte - SGAN 916 Módulo B Avenida W5. Brasília, DF, Brasil. 70790-160. liz@ucb.br

e oferecendo oportunidades de dialogar com as vivências de cada grupo social específico ali existente e tido como público-alvo.

Segundo Bahia[5], dependendo da maneira como o programa de rádio é produzido, pode tornar-se um veículo de difusão, discussão e aprofundamento do saber popular em saúde. O que se ressalta, no contexto da oficina realizada e neste relato sobre tal oficina, é, portanto, o caráter de Educação Popular da radiodifusão, em sua vertente mais democrática, de um lado, e em seu potencial revolucionário, de outro.

Reis[4] acredita que o potencial transgressor da radiodifusão possibilita uma educação capaz de apontar caminhos para a superação das desigualdades sociais. Segundo a autora, o rádio deve ser compreendido como ferramenta complementar de educação formativa e informativa das pessoas.

O propósito maior deste relato de experiência é colocar em evidência a díade de novas e velhas tecnologias que, combinadas, podem redundar em uma experiência educativa contemporânea e promissora. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é o de relatar como foi a execução da oficina *Vozes em Sintonia* no Distrito Federal (DF), dedicada a constituir formas de enfrentamento às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), com base em uma parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) e as Rádios Comunitárias do DF.

Metodologia

Este é o relato de experiência da oficina *Vozes em Sintonia*, do qual participaram 18 radialistas e vinte profissionais de saúde, submetidos a uma oficina de 24 horas em que foram abordados temas de saúde relacionados à DST/Aids e a aspectos do campo da comunicação em rádio, como locução, linguagem radiofônica, entrevista, gravação e edição de áudio. A oficina foi realizada nos dias 14, 15 e 16 de junho de 2012. Ou seja, em uma quinta-feira à noite, das 18 às 22 horas, e em uma sexta e um sábado o dia inteiro.

A oficina foi coordenada por uma enfermeira integrante da Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids) da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) e professora do curso de Mestrado em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília. Os aspectos de comunicação da oficina ficaram sob a coordenação de uma professora de Comunicação Social da Universidade de Brasília, contratada para desenvolver a parte de comunicação/locução do projeto.

A oficina "*vozes em sintonia: falando de DST/AIDS*"

De início, foram inúmeras as dificuldades para realização da oficina. A primeira delas foi a forma a ser usada para convidar os radialistas participantes. Desse modo, elaborou-se uma carta convite, veiculada no site da SES-DF, apostando no pressuposto de que jornalistas acessam sistematicamente o *website* da Secretaria de Saúde em busca de pautas para matérias e reportagens.

Além disso, foram estabelecidos contatos com o Sindicato de Radialistas do DF com o propósito de usar o *mailing* da entidade para o envio de convites para a oficina aos associados. No entanto, apesar dessas estratégias, a adesão foi extremamente baixa: apenas cinco radialistas se inscreveram.

Optamos, então, por realizar uma busca ativa de todas as rádios comunitárias existentes no DF. Logo, percebemos que poucas eram as rádios comunitárias com endereço disponível na *web* ou número no catálogo telefônico. Diante disso, a saída foi ir a campo, em busca de antenas de rádio, instrumento que logo aprendemos ser fácil de reconhecer. Assim, fomos pessoalmente entregar o convite, estratégia que resultou em um maior incremento no número de inscrições.

A oficina proposta pelo Ministério da Saúde no "Guia para profissionais de rádio e profissionais da área da saúde: *vozes em sintonia falando de DST/AIDS*"[6] foi programada para durar 32h e, para o Distrito Federal, foi adaptada para 20h, a pedido dos radialistas participantes. Para chegarmos à carga horária de 20h, atuamos com duas dinâmicas de apresentação e de encerramento.

No conteúdo, o módulo 1, que aborda a história do rádio, foi distribuído para ser lido em casa. Já os módulos 9 e 10, que abordam o monitoramento e a avaliação, foram cortados. No guia, o conteúdo mais explorado das DSTs é a Aids. Entretanto, como a sífilis, adquirida e de transmissão vertical, é um

problema regional (DF), foi o tema mais enfatizado no desenvolvimento do conteúdo programático da oficina descrita neste relato.

A metodologia usada na oficina foi a problematizadora, na qual o processo do ensino/aprendizagem partiu da exposição de casos clínicos, permitindo que os participantes dos grupos pudessem expressar ideias, conceitos e opiniões e identificassem maneiras de resolver cada caso.

O local escolhido para a realização foi o auditório de um hotel da cidade de Brasília (DF). O método usado foi o de imersão: os participantes passavam o dia no hotel, onde faziam três refeições – café da manhã, almoço e lanche da tarde. Essa estratégia otimizou o uso do tempo e proporcionou uma maior convivência entre os participantes, "proporcionando a experimentação de um espaço prazeroso de sociabilidade e trocas que pode extrapolar o espaço físico da oficina e transcender para o contexto mais amplo"[7] (p. 238).

Os participantes foram capacitados em locução, linguagem radiofônica, entrevista, gravação e edição de áudio e, para desenvolver o conteúdo, foram divididos em dez grupos (nove com três participantes e um com quatro participantes). Os grupos receberam casos clínicos sobre Aids (envolvendo homens que fazem sexo com homens, mulheres, adolescentes e idosos), sífilis (sífilis adquirida, sífilis terciária em idosos, transmissão vertical de sífilis) e vulnerabilidade (em adolescentes, mulheres e idosos). O conteúdo abordado foi o proposto pelo Guia do Ministério da Saúde[6]. Os módulos foram construídos com as seguintes estratégias:

Módulo 1: "Radioeducador – uma proposta" – A proposta desse módulo foi a de apresentar alguns conceitos de teoria da comunicação relacionados ao uso do rádio como instrumento educativo;

Módulo 2: "Pesquisando para a produção" – Esse módulo abordou o significado da avaliação de necessidades de informação para o enfrentamento e a prevenção das DSTs/Aids no contexto do programa de rádio. Por que e como conduzir uma pesquisa para elaborar um programa de rádio visando à prevenção de DST/Aids que seja efetivo, eficiente e eficaz do ponto de vista comunicacional. O módulo enfatizou algumas das diferentes abordagens e alguns métodos que podem ser usados, bem como contemplou instruções sobre os procedimentos a serem seguidos para conseguir informações sobre DST/Aids, inclusive no site do Ministério da Saúde;

Módulo 3: "Vulnerabilidade" – O módulo abordou as diversas formas de vulnerabilidade no campo das DSTs e as medidas que podem ser adotadas para diminuí-las;

Módulo 4: "Seleção de temas" – O objetivo desse módulo foi o de explicar ao radialista as razões e a importância do processo da seleção cuidadosa do material a ser incluído em um programa de rádio e sugerir maneiras de selecionar informações de modo que não sejam veiculadas de forma ambígua, já que o objetivo é obter o máximo de clareza e impacto junto ao público ouvinte;

Módulo 5: "Formatos radiofônicos" – O módulo descreveu as possibilidades de diferentes formatos para programas de rádio e sugeriu alternativas criativas que poderiam ser usadas para obter melhor efeito na audiência/recepção;

Módulo 6: "Fazendo rádio interativo" – O módulo demonstrou algumas maneiras para vencer o desafio de envolver o ouvinte durante todo o programa, enfatizando o potencial da rádio comunitária como forma interativa de promover a Educação Popular em DST/Aids;

Módulo 7: "Planejando uma campanha" – Uma campanha sobre DST/AIDS no rádio pode ser uma iniciativa isolada ou parte de um projeto de longa duração. Em qualquer um dos casos, é necessário um planejamento cuidadoso e requer, passo a passo, uma abordagem para formular e implementar uma campanha educativa cujas estratégias de produção prévia sejam bem-sucedidas.

O material usado para realização da oficina foi papel, lápis, dez *flipcharts,* gravador, fitas k7, pilhas, celulares dos próprios alunos e um computador para edição. O Guia "Vozes em Sintonia"/MS foi impresso e disponibilizado para todos os professores e alunos do curso. As atividades teóricas foram realizadas por meio de leituras, discussões de textos e aula expositiva dialogada, na qual um profissional de saúde contextualizou o tema (Aids ou Sífilis) com o intuito de mobilizar as referências que os participantes tinham desses assuntos de modo a articulá-las às informações apresentadas na oficina.

As atividades práticas propostas foram realizadas nos grupos e, em alguns casos, usando material alternativo (gravadores de celulares). Ao final de cada atividade, os grupos se reuniam, formando um

grupo único chamado de plenária. Nessa etapa do trabalho, cada grupo apresentava suas conclusões ou material produzido com o intuito de compartilhar, discutir e corrigir as eventuais falhas.

Para os profissionais de saúde, foi reiterado que, embora o cenário da oficina fosse o do meio de comunicação rádio, não deveria haver preocupação excessiva com a voz, mas apenas cuidado com a clareza na dicção, uma vez que o ouvinte não costuma se concentrar na avaliação técnica da voz do locutor.

Resultados

Ao final da oficina, foram produzidas as seguintes peças: dez programas de rádio com duração de cinco minutos cada, abordando Aids em idosos e em mulheres, sífilis em gestantes, sintomas da sífilis e aspectos de prevenção de DSTs e um programa do gênero entrevista sobre vulnerabilidade. Na categoria *jingle* (mensagem musicada em refrão simples e de curta duração, cujo propósito é ser lembrado com facilidade), foram produzidos dez. Foram elaboradas ainda duas propostas de campanhas radiofônicas com veiculação programada para uma semana sobre Aids e sífilis.

No que se refere à ideia de vulnerabilidade, vale destacar o produto produzido e apresentado pelo grupo 3, no programa do gênero entrevista:

> "Então amigo, você sabe o que vulnerabilidade? Não sabe? Então: você está muito solitário e encontra uma pessoa. Inicia um namoro e este namoro esquenta e você quer transar, mas não tem camisinha. Pronto, você está vulnerável. Quem vê cara, não vê Aids. E aí? Para falar sobre este tema, convidamos..." (Grupo 3)

Outro produto foi a criação, pelo grupo 4, de uma lista de discussão na *web*, incluindo os 38 participantes da oficina e a gerência de DST/Aids do DF. Um aluno ocupou a função de mediador da lista, o que revela seu maior grau de participação e envolvimento, ao reivindicar para si a responsabilidade de circulação das mensagens enviadas para o fórum.

Na lista, chegaram cinco convites para entrevistas no rádio, sendo um deles dirigido especificamente para a gerência de DST/Aids, outro para um enfermeiro, que participou da oficina, e três direcionados a médicos ginecologistas de centros de saúde localizados em diferentes regionais de saúde do DF.

Vale reiterar que uma regional de saúde é formada por recortes territoriais das várias cidades que compõem o DF. O Distrito Federal, sendo uma cidade-estado, não possui municípios e, por isso, sua descentralização é apenas de serviços, para o que foram criadas 15 Regionais de Saúde[8]. Atualmente, essas regionais foram reduzidas a apenas sete.

No caso desses três últimos convites, um enfermeiro da equipe das respectivas regionais havia participado da oficina.

Durante os seis primeiros meses após a oficina, houve um aumento do número de convites aos profissionais de saúde para darem entrevista nas rádios sobre o tema DST. Essa informação foi dada pela Assessória de Comunicação Social da Secretaria de Estado de Saúde do DF (Ascon/SES-DF), que agenda a realização das entrevistas.

A avaliação realizada pelo grupo de participantes, ao final da oficina, indicou que 38 (100%) dos participantes aprovaram o ambiente de ensino e aprendizagem, destacando que a experiência proporcionou o aumento da interação e da afetividade entre o grupo. Destacou-se ainda que a relação entre radialistas e profissionais de saúde, ao compartilharem interesses comuns, conhecimento e criatividade, criou as condições favoráveis para a produção do material.

Considerações finais

Nesta experiência relatada, a oficina revelou, para os profissionais de saúde, que a plataforma rádio e seus mecanismos de comunicação com a audiência são simples de operar, de baixa complexidade

tecnológica e proporcionam alcance gigantesco, o que aponta claramente para a existência de outras e novas formas de realizar ações educativas no campo da prevenção das DSTs.

Desse modo, a oficina apresentou aos participantes a Lei nº 9.612[9], que garante à comunidade e ao serviço de saúde o acesso sem custos às rádios comunitárias. Quanto aos radialistas, especificamente, estes trabalharam mais profundamente com os temas Aids, sífilis e outras DSTs além dos métodos de prevenção.

A experiência proporcionou também a integração entre pesquisadores e profissionais do ambiente acadêmico, profissionais de serviços de saúde e radialistas durante o processo de preparação das atividades, dos encontros com os convidados palestrantes, promovendo a troca de conhecimento entre uma ampla diversidade de atores voltados para uma mesma causa.

Esse movimento proporcionou a renovação e o fortalecimento da ideia de ação no campo das DSTs, visto que aproximou profissionais, discutiu o uso e a pertinência da tecnologia do rádio no que se refere à prevenção e ao cuidado e apontou para a pulverização das responsabilidades quanto a estratégias de prevenção, quase sempre encaradas pelo senso comum como sendo atribuição exclusiva de poucos profissionais, quando, na verdade, devem ser vistas como um conjunto de atribuições compartilhadas socialmente e politicamente.

A experiência possibilitou concluir que a utilização do rádio na área da saúde não tem sido explorada em todos os seus aspectos e suas potencialidades. Ou seja, o papel dos meios de comunicação nos planos e programas de educação e promoção da saúde e Educação Popular ainda estão aquém das potencialidades e deve ser um aspecto a ser adicionado à lista de discussão em torno das políticas públicas visando à solução de problemas no campo da saúde.

O principal desafio apontado na oficina descrita neste relato foi a sensibilização da área governamental de políticas públicas para a Educação em Saúde no que tange aos investimentos em produção, concepção, implementação e avaliação de intervenções educativas e de comunicação em saúde utilizando o meio de comunicaçao rádio.

Referências

1. Peixoto Filho JP. O rádio e a educação: a experiência do MEB e as contribuições para a educação popular. In: Pretto NL, Tosta SP, organizadores. Do MEB à WEB: o rádio na educação. Belo Horizonte: Autêntica; 2010. p. 19-40.

2. Vigil JIL. Manual urgente para radialistas apaixonados. 2a ed. São Paulo: Paulinas; 2004.

3. Prado EV, Martins F L, Mattos MCT, Santos AL. Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária. Rev APS. 2011;14(4):497-501.

4. Reis M. "Radinho de pilha": sintonia fina entre educação e comunicação. Educ Soc. 2011;32(114):251-3.

5. Bahia LM. A rádio comunitária na construção da cidadania, da identidade e do reconhecimento. In: Pretto NL,Tosta SP, organizadores. Do MEB à WEB: o rádio na educação. Belo Horizonte: Autêntica; 2010. p. 93-104.

6. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia para profissionais de rádio e para profissionais da área de saúde: vozes em sintonia falando sobre DST/Aids. Brasília (DF): CNDA; 2003. p. 8-10.

7. Lopes RE, Oliveira Borba PL, Almeida TNK, Silva CR, Cuel BT. Oficinas de atividades com jovens da escola pública: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. Interface (Botucatu) [Internet]. 2011 [acesso 2013 Maio 30]; 277-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100021&lng=en; http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000100021

8. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal. Brasília (DF): SESDF; 2007.

9. Lei n. 9.612, de 19 de fevereiro de 1998. Institui o Serviço de Radiodifusão Comunitária e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 20 fev. 1998.

Trata-se do relato da experiência da execução da oficina Vozes em Sintonia: falando de DST/Aids, realizada no Distrito Federal. O objetivo foi construir formas de enfrentamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) por meio da plataforma rádio. Participaram 18 radialistas e vinte profissionais de saúde, divididos em dez grupos, desenvolvendo os seguintes temas: DST/Aids e sífilis, locução, linguagem radiofônica, entrevista, gravação e edição de áudio. A oficina foi desenvolvida durante o mês de junho de 2012. Ao final, cada grupo produziu, usando recursos alternativos (gravadores de celulares), um programa de cinco minutos nos quais eram abordados temas sobre prevenção e cuidados relacionados às DSTs. Com esse projeto, os profissionais de saúde e radialistas experimentaram a possibilidade de compreender o trabalho em comunicação e, principalmente, explorar o potencial de Educação Popular usando o rádio como plataforma de comunicação com o público alvo.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Educação em Saúde. Educação Popular. Rádio educação. Educação em DST.

Voices: Popular Education about STDs via community radio

This account of the experience of running the shop Voices Pitch: talk about STD/Aids, held in Mexico City. The aim was to develop ways of dealing with sexually transmitted diseases (STDs) through radio platform. Attended by 18 broadcasters and twenty health professionals, developing the following topics: STD/Aids and syphilis, voiceover, radio language, interviews, audio recording and editing. In the end, developed the themes of prevention programs and care related to sexually transmitted diseases. With this project, health professionals and experienced broadcasters the ability to understand the work in communication and, especially, to explore the potential of popular education using radio as a platform for communication with the target audience.

Keywords: Health communication. Popular Education in Health Education. Radio education. STD education.

Voces en Afinación: la Educación Popular acerca de enfermedades de transmisión sexual a través de la radio comunitaria

Este relato de la experiencia de dirigir el taller de Voces Afinación: hablar de ETS / SIDA, que se celebró en el Distrito Federal. El objetivo era desarrollar maneras de hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) a través de la plataforma de radio. Asistieron 18 radiodifusores y 20 profesionales de la salud, desarrollando los siguientes temas: ETS / SIDA y la sífilis, la voz en off, lenguaje radiofónico, entrevistas, grabación y edición de audio. Al final, se desarrollaron programas los temas de prevención y atención en materia de enfermedades de transmisión sexual. Con este proyecto, los profesionales sanitarios y los locutores experimentados la capacidad de entender el trabajo en la comunicación y, especialmente, para explorar el potencial de la educación popular el uso de la radio como una plataforma para la comunicación con el público de destino.

Palabras clave: Comunicación de la Salud. Educación Popular en la Educación para la Salud. Radio Educación. Educación STD.

Recebido em 25/06/2013. Aprovado em 14/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0373

O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas:

relato de um encontro

Marcus Vinicius Campos Matraca[a]
Tania Cremonini Araújo-Jorge[b]
Gert Wimmer[c]

Introdução

Neste espaço aberto, relatamos e refletimos sobre a rica experiência gerada pelo encontro dos projetos PalhaSUS e Estratégia Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA), identificando sua afinidade metodológica com a Educação Popular em Saúde e a singularidade do território de atuação, a rua, ambiente propício para a associação dessas estratégias.

Essa associação ocorreu, em meados de 2010, mediada, por um lado, pela Coordenação da Saúde da Família e pelo Núcleo de Cultura Ciência e Saúde, ambas da Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e, por outro, pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC), tendo como proposta de inovação a participação do projeto PalhaSUS no processo de formação da primeira equipe direcionada para população em situação de rua do município.

A partir dessa abertura e ousadia, o diálogo e o riso puderam ser trabalhados como ferramentas para a promoção da saúde, como anteriormente proposto[1]. Para nós, diálogo é a fala entre duas ou mais pessoas para entendimento de alguma ideia, uma prática de reflexão conjunta, que visa compartilhar saberes, pois como diria o Velho Guerreiro Chacrinha[2]: *Quem não se comunica se trumbica*.

Vemos o riso como um fenômeno universal, uma potência agregadora condicionada a vários aspectos como a cultura, a história e a saúde. No trânsito entre prática e teoria, nasce a *Dialogia do Riso*[1], um conceito baseado na Educação Popular em Saúde, na gestão participativa, nos círculos de cultura e rodas dialógicas, tendo como premissa a formação de vínculos e a promoção da alegria, ao invés de focar em restrições, obrigações e prescrições. A *Dialogia do Riso* se propõe a fortalecer o exercício da cidadania, compartilhando conhecimento, brincando e promovendo saúde e alegria.

Paulo Freire[3,4], em sua obra, deixa claro que o diálogo é base de tudo, matéria-prima para Educação Popular e gestão participativa em saúde. Nela se fundamenta o projeto PalhaSUS[5].

[a-c] Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Brasil 4.365, sala 54, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21.040-900. palhacomatraca@gmail.com; taniaaj@ioc.fiocruz.br; gertwimmer@yahoo.com.br

Saúde em Movimento nas Ruas

A Estratégia Saúde da Família para População de Rua (ESF POP RUA) nasce no município do Rio de Janeiro em setembro de 2010, tendo como novidade

a junção da ESF com a equipe de saúde mental e odontológica, na formação do primeiro grupo que posteriormente daria origem ao projeto *Saúde em Movimento nas Ruas*[6]. A ESF conta com médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde; a equipe da Saúde Mental conta com assistente social, musicoterapeuta e dois psicólogos; e a saúde bucal é composta por odontólogo e técnico de odontologia.

Desde sua criação, a ESF POP RUA atua regularmente de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h e das 13h às 22h, e conta atualmente com cinco equipes atuando nas ruas da cidade do Rio de Janeiro.

A base metodológica do ESF POP RUA é a gestão participativa e a promoção da saúde a partir do cotidiano de vida das pessoas, respeitando a singularidade dos diversos territórios que uma cidade pode oferecer. Costa[7] elucida que as cidades são espaços de vida associativa e, portanto, de efervescência cultural, ou seja, estão em constante mutação. Respeitar a singularidade dos cidadãos e cidadãs nos territórios abordados reflete diretamente na apropriação das memórias afetivas, das infinitas histórias de vida que misturam tristezas e alegrias, na dura realidade desta população que compõe o cenário diário de brasileiros e brasileiras que vivem abaixo da linha da pobreza.

Os moradores de rua carregam o estigma de serem o *povo invisível* das grandes metrópoles, cidadãos e cidadãs que não têm seus direitos reconhecidos, expostos, sessenta vezes mais, à violência e a transtornos psicóticos graves[8], além da vulnerabilidade de contrair diversas enfermidades como, por exemplo, a tuberculose, a hanseníase e o HIV[9,10].

Assim, a junção da saúde mental na equipe se constrói pela necessidade que a rua e seus moradores impõem sobre essa dura realidade. Cabe ressaltar a importância do Agente Comunitário de Saúde de/na RUA[9] (ACS de RUA) no projeto *Saúde em Movimento nas Ruas*, aqui considerado o principal pilar da equipe. Muitos são ex-moradores de rua, vivenciando histórias que, somadas e compartilhadas, promovem um olhar mais sensível e aguçado para respeitar e perceber cada configuração de moradia e modos de habitar na rua.

Enquanto uma equipe multidisciplinar, o *Saúde em Movimento nas Ruas*, além de atuar como um equipamento de atenção básica em saúde e servir de porta de entrada para uma população quase que totalmente excluída das redes de saúde do município, utiliza diversas estratégias e metodologias artísticas em suas ações, como, por exemplo, a música e a arte da palhaçaria como prática da Educação Popular em Saúde.

Temos, no território nacional, cerca de 192 milhões de habitantes, segundo o censo 2010 do IBGE. Em números, há até 1,8 milhões de moradores em situação de rua em todo o território brasileiro[11], ou seja, entre 0,6% a 1% de homens, mulheres e crianças.

Uma importante conquista foi a formulação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto Presidencial n° 7.053/2009[12]. Seus princípios gerais são o fortalecimento dessa população, com a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. No entanto, é responsabilidade do Poder Público municipal a implementação e o financiamento dessas políticas.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua reconhece que a maioria dessa população não tem acesso ao sistema de saúde. Com muita militância coletiva, no ano de 2012, a Secretária de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Seget-MS) chancelou o plano operativo para a implementação de ações em saúde para a população de rua, detalhada em 27 de fevereiro de 2013 na Resolução n° 2 da Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde[13], que "define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)"[13]. A operacionalização do plano se norteia pela articulação intra e intersetorial e pela transversalidade no desenvolvimento de ações prioritárias para garantir o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde.

A pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, publicada, em 2008, pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, identificou 31.922 adultos em situação de rua, nos 71 municípios pesquisados[14]. Censos foram feitos em São Paulo, Belo Horizonte e Recife, mas não são disponíveis para a cidade do Rio de Janeiro.

No ano de 2013, segundo relatos dos integrantes da equipe o *Saúde em Movimento nas Ruas*, foram registrados 4.820 usuários da ESF POP RUA[6], dimensão que, diante de uma população com mais de seis milhões de habitantes, sugere ser urgente e necessária a ampliação do serviço para toda cidade, e um censo mais preciso para o desenho de políticas para a população em situação de rua no município do Rio de Janeiro[15].

O PalhaSUS

O projeto PalhaSUS surgiu durante a pesquisa de doutorado *Alegria Para a Saúde: A arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único de Saúde*[5], realizada e aprovada pelo Instituto Oswaldo Cruz da Fiocruz. Ele baseia-se na conjugação da obra de Paulo Freire[3], que defende o diálogo como uma das ferramentas construtoras da autonomia. O projeto ainda está pautado Na obra de Nise da Silveira[16], que defende o afeto como catalisador de transformações terapêuticas, e na arte da palhaçaria, que experimenta nessa tecnologia social seu enorme potencial dialógico e se converte em ferramenta poderosa de promoção da saúde, com alegria[1,10].

A arte e a Educação Popular em Saúde exercem papel fundamental não só no processo de aprendizagem em saúde, mas na relação do cidadão com o seu meio ambiente. A conexão entre ciência, arte e educação se potencializa com o uso da palhaçaria e da música para a promoção da saúde com alegria nas ruas da cidade, para além do formato hospitalar.

O PalhaSUS transforma agentes de saúde em agentes culturais de saúde, fomentando a palhaçaria e reinserindo-os no sistema de saúde com essa nova perspectiva da dialogia do riso. O projeto é baseado na arte da palhaçaria, sendo, ambos, tecnologias sociais com forte potencial pedagógico e dialógico, que podem ter desdobramento como política pública ao serem apropriadas pelo SUS.

O PalhaSUS articula ciência, cultura e saúde e visa ocupar técnica e politicamente o sistema de saúde, para a construção coletiva da *Dialogia do Riso*, conceito baseado na prática da Educação Popular e gestão participativa em saúde. Propõe uma aproximação com a arte do palhaço para a promoção da saúde e alegria, como estratégia de promoção de encontros para compartilhar saberes entre as equipes do SUS e a população.

Ele tem como uma de suas bases a pesquisa participante que, segundo Brandão[17] (p. 8)

> é um convite a que ousemos, pelo menos para alguns propósitos, pelo menos durante algum tempo, mudar de lugar, mudar de olhar e, se possível mudar de pensar. É um convite feito a várias vozes e segundo vários estilos, para que aprendamos também a não apenas pensar o outro através de nós mesmos - nossas práticas, nossas ideias, nossas posturas e teorias, mas a nos pensarmos a nós mesmos através do outro.

Diante desse convite, iniciamos nossos trabalhos, em 2003, junto a população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro, como descrito nos documentários Matraca e o povo invisível[18] e Na Pista[19], passos estruturadores do PalhaSUS. Em 2010, teve início o projeto junto a Estratégia Saúde da Família para População em Situação de Rua do município do Rio de Janeiro.

O encontro

A prática da liberdade só encontrará adequada expressão em uma sociedade na qual o oprimido tenha condições de, reflexivamente, descobrir-se e conquistar-se com alegria sua própria destinação histórica. Segundo Paulo Freire[3], a existência humana não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode se nutrir de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, palavras afetuosas com as quais as pessoas possam transformar seu mundo.

Vera Dantas[20], em sua pesquisa sobre o dialogismo e arte na gestão participava e Educação Popular em Saúde, constata que o Círculo de Cultura propõe uma prática pedagógica revolucionária, por

intermédio da ação dialógica permanente. Uma das características dessa prática metodológica é a importância da reflexão contextualizada dos conteúdos apresentados nas rodas de conversa, tendo como esteio o respeito à diversidade e apreço à tolerância para o aprendizado e soluções de problemas.

Nessa perspectiva metodológica, em setembro de 2010, fizemos esta experiência compartilhada de unir o projeto PalhaSUS ao processo formativo da primeira equipe da ESF POP RUA SMSDC/RJ. Participaram 25 profissionais de saúde em vários módulos de formação teórico-práticos, tendo o módulo referente, ao PalhaSUS, encerrado o processo.

Iniciamos com a apresentação do projeto no período da manhã e, a tarde, assistimos os documentários "Matraca e o povo invisível"[18] e "Na Pista"[19], fechando as atividades com roda dialógica e cortejo nos arredores. No dia seguinte, vivenciamos a oficina "Saúde, Alegria e Palhaçadas"[5], que busca, na figura do palhaço, uma nova abordagem de mundo, construindo novos caminhos e alternativas de transformação social e humana. Transcender o palhaço como personagem circense e teatral, e ultrapassar o modelo já conhecido é a base para se romper as fronteiras das suas relações cotidianas. Nesse caso, o participante se apropria do universo transgressor inerente a esse ser da comicidade, ampliando seu movimento e relação com a sociedade.

Após a oficina, fizemos o convite para quem tivesse interesse em participar do projeto, contando com adesão de 15 participantes do total da equipe. Compreendemos que a construção compartilhada do conhecimento ocorre a partir das percepções da existência, das condições de vida, cultura, educação, trabalho, lazer, ambiente, alimentação e acesso aos bens e serviços, condições estas que impactam na potência de agir do cidadão. Nessa perspectiva, a saúde que desejamos trabalha com a ideia de alegria.

A partir daí, iniciamos nossas atividades uma vez por semana, no Centro Municipal de Artes Calouste Gulbenkian das 13h às 17h, somando 80h, divididas em vinte encontros, entre outubro de 2010 e fevereiro de 2011. Nesse período, realizamos diversas oficinas como teatro de rua, contação de histórias, palhaçaria e Educação Popular em Saúde, além de quatro intervenções nos territórios visitados pelos agentes de saúde em sua prática cotidiana. Todos os participantes fizeram registros das suas atividades, tanto fotográfico quanto no caderno de campo, e compartilhávamos todas as experiências vivenciadas.

Finalizamos o ciclo PalhaSUS de oficinas com o bloco de carnaval construído coletivamente com os profissionais de saúde e os moradores em situações de rua.

Dessa experiência temos diversos relatos dos quais destacamos o de um enfermeiro da equipe que faz a seguinte reflexão sobre a primeira intervenção na rua com o PalhaSUS no seu caderno de campo:

"A atividade da última quinta-feira me trouxe muita alegria e satisfação de fazer parte de um trabalho tão grandioso como é o PSF POP RUA e o PALHASUS. O PSF por me tornar útil nesse trabalho tão rico e o PALHASUS por me mostrar que posso levar alegria para pessoas tão sofridas. Pois bem, na última quinta-feira, fui juntamente com alguns colegas da equipe para o Calouste e confeccionamos nossas camisas; mas isso ainda não era nada, perto do que estava por vir. Coloquei a minha roupa e pintei a minha face, me transformando completamente. Me lembro da fala da A. L. que dizia que eu era outra pessoa. E, realmente eu era! Saímos todos eufóricos daquele lugar, com instrumentos sonoros e com nossas vozes, entoamos cânticos de festa... E, como era o dia do samba, esse ritmo ocupou quase todos os espaços, mas principalmente nossos corações... Via nos olhos e nos rostos, uma alegria tão grande, que não podia ficar somente conosco... Ocupamos as ruas!!! A Central do Brasil foi o cenário perfeito, onde a música era o centro de tudo... Não era mais a Central do Brasil, era a Central da Música e da Palhaçaria. Um morador de rua que nunca havia sorrido para a equipe de abordagem, sorriu, ao ouvir a melodia da sua terrinha; "Asa Branca" era a canção que o contagiou. Foram momentos históricos, os guardarei em meu coração... Minha alma chorou por dentro e cada lágrima percorreu todos os meus sentimentos, explodindo no meu rosto através de um largo e amarelo sorriso. Mas o que mais me marcou, foi uma pequena criança de nome G. P. S.; deveria ter uns 2 ou 3 anos, raquítico, emagrecido, só tinha cabeça e barriga... Essa criança estava no colo da mãe e quando ouviu a música pulou no chão e fez a festa. Pegou das mãos do M. um pequeno pandeirinho e como gente grande bateu pra valer. O menino virou um gigante. Não sei se naquele momento ele voltou a ser criança ou era um grande homem, com sonhos e objetivos a serem alcançados. O que sei é que ele estava muito feliz. Saímos dali, doando aquele pandeiro para o menino, e ele ainda quis nos acompanhar, fazendo um lindo som com seu novo e único brinquedo.

Apesar do cansaço e do sol de quase quarenta graus, terminamos naquele dia parte da nossa missão, felizes da vida e completamente abnegados de nossos valores e princípios: Optamos em nos doar por essa causa! Somos mais que dois, somos um!"

Pensando na saúde como um conceito que se assemelha à alegria e o riso, como potência dialógica, nossa experiência demonstra que o riso é libertador, constituidor de vínculos, fomentador da união e da reflexão entre trabalhadores e usuários, tese que defendemos para a construção de ações que conversem e interajam com a população e com os próprios trabalhadores no sentido de gerar políticas públicas[1].

Considerações finais

A experiência em participar do processo formativo da primeira equipe da ESF POP RUA do município do Rio de Janeiro fortaleceu nossa convicção de que necessitamos de mais metodologias que agreguem a alegria na gestão participativa e na promoção da saúde. No projeto *Saúde em Movimento nas Ruas*, o PalhaSUS permanece vivo, tendo se tornado a prática de diversos profissionais da equipe.

Nesse contexto, eles assumem seu duplo papel: agentes de saúde e agentes palhaços mediadores da promoção da saúde com alegria. Essa experiência, como tantas outra de Educação Popular espalhadas pelo Brasil, aponta para uma real necessidade de refletirmos sobre a incorporação da Educação Popular e da arte nas políticas públicas em saúde.

Desta maneira, os serviços de saúde, que se constituem de forma participativa e dialógica, ampliam o vínculo com a população, potencializam o controle social e a utilização e geração de políticas públicas integrativas. Para nós, está constatado que a gestão em saúde, quando centrada na tecnocracia, contribui para a opressão das relações e também distancia os profissionais de saúde do conhecimento popular, chave mestra para promover saúde.

Um desdobramento já estruturado consiste na extensão da experiência aqui descrita em ações e projetos articulados no Programa Fiocruz pelo Brasil sem Miséria. O apoio à população em situação de rua, para que saiam dessa condição, a Saúde da Família e a mitigação de doenças associadas à pobreza[21], são temas estruturantes e integrantes do BSM no eixo de acesso a serviços públicos[22].

Nosso projeto de pós-doutorado, intitulado "A dialogia do riso e as expedições científicas da Fiocruz no Plano Brasil sem Miséria", está investigando a ressignificação e a retomada das expedições do Instituto Oswaldo Cruz para promoção da saúde e enfrentamento das doenças associadas à pobreza em territórios vulneráveis e com populações negligenciadas. A experiência aqui relatada já é parte dessa abordagem e está sendo estendida também para outras comunidades no Rio de Janeiro, como Manguinhos e Pavão-Pavãozinho e Cantagalo.

Diante dos exemplos citados, reiteramos que a palhaçaria é uma tecnologia social com forte potencial pedagógico e dialógico, e condições de ser integrada e apropriada pelo SUS. Ao propormos que PalhaSUS seja assumido como uma política pública de saúde, estamos afirmando que saúde é alegria e que necessitamos repensar, por meio da Educação Popular em Saúde e da gestão participativa, que sistema de saúde queremos para o terceiro milênio. Como diria Paulo Freire[3], a alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca, e ensinar e aprender não pode se dar fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

O Ministério da Saúde adverte que Rir faz bem a Saúde. Desejamos que todo profissional do SUS absorva essa advertência de forma proativa para efetivamente construirmos um sistema na gestão participativa com transparência e alegria.

Agradecimentos

Agradecemos a possibilidade de ter conhecido e aprendido com os profissionais do projeto *Saúde em Movimento nas Ruas* e dedicamos este relato para toda população em situação de rua do território brasileiro. Teria sido impossível realizar esta experiência sem a participação da Laila Louzada, Gervásio D Araújo, Vitor Pordeus, Rogério Bittencourt de Miranda, Iacã Machado Macerata e Alexandre Trino.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Matraca MVC, Araújo-Jorge TC, Wimmer G. A dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para promoção da saúde, apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. Cienc Saude Colet. 2011; 16(10):4127-38.

2. José Â. Cinema marginal, a estética do grotesco e a globalização da miséria. Alceu. 2007; 8(15):155-63.

3. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

4. Freire P. Educação como prática da liberdade. São Paulo: Paz e Terra; 1974.

5. Campos MV. Alegria para saúde: arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o sistema único de saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Oswaldo Cruz; 2009.

6. Pop Rua. Saúde em movimento nas ruas. Blog do movimento [Internet]. Rio de Janeiro: Rodrigo Ribeiro; [acesso 2014 Mar 26]. Disponível em: http://smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br/

7. Costa HHFG. Museologia e patrimônio nas cidades contemporâneas: uma tese sobre gestão de cidade sob a ótica da preservação da cultura e da memória. Bol Mus Para Emílio Goeldi. 2012; 7(1):87-101.

8. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saude Soc. 2004; 13(1):56-69.

9. Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saude Soc. 2010; 19(3):709-16.

10. Matraca MVC, Araújo-Jorge TC. Inovação nas práticas de promoção da saúde por meio da arte da palhaçaria: a dialogia do riso registrada em vídeo-documentários nas experiências de campo. Rev Rua. 2011; 2(17):160-81.

11. Ferreira D. Moradores de rua [Internet]. Tatuapé, SP: BRACC Assistência Social; 2010 Dez [acesso 2014 Mar 19]. Disponível em: http://www.bracc.com.br/component/content/article/19-sample-data-articles/noticias/50-dependencia-quimica

12. Decreto Presidencial n° 7.053/2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; [acesso 2014 Mar 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm

13. Ministério da Saúde. Resolução nº 2 [Internet] 2013 Fev [acesso 2014 Mar 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html

14. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [Internet] 2008 Jan [acesso 2014 Mar 19]. Disponível em: www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf

15. Pop Rua. Quem somos [Internet] 2012 Jan [acesso 2014 Mar 19]. Disponível em: http://smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br/p/quem-somos_2.html

16. Melo W. Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. Mnemosine. 2009; 5(2):30-52.

17. Brandão CR, Streck DR. Pesquisa participante: a partilha do saber. São Paulo: Idéias Et Letras; 2006.

18. Matraca MVC. Matraca e o povo invisível [Internet] 2006 Jan [acesso 2014 Mar 19]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ovPxXjV7BwA

19. Matraca MVC. Na pista [Internet] 2007 Jan [acesso 2014 Mar 19]. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=Am2r8QGCuHQ

20. Dantas VLA. Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza – CE [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2009.

21. Araújo-Jorge T, Pieri O, Bóia MN, Rangel E, Santos LMP. Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das doenças da pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil. Nota Técnica IOC-Fiocruz 1/2011 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; [acesso 2014 Mar 19]. Disponível em: www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_IOC%20v2%20Doencas%20da%20pobreza%2026%20mai%202011.pdf

22. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [Internet] 2011 Jan [acesso 2014 Mar 19]. Disponível em: www.brasilsemmiseria.gov.br

Relatamos a experiência gerada pelo encontro entre os projetos PalhaSUS e Estratégia Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA), identificando (i) sua afinidade metodológica com a Educação Popular em Saúde e (ii) a singularidade do território de atuação, a rua, ambiente propício para esse casamento. O encontro foi mediado, por um lado, pela Coordenação de Saúde da Família e pelo Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde, da Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, e, por outro lado, pelo PalhaSUS desenvolvido no Instituto Oswaldo Cruz, introduzido no processo formativo da primeira equipe da ESF POP RUA. Após as atividades, os agentes de saúde assumiram um segundo papel, como palhaços mediadores da promoção da saúde com alegria, confirmando o potencial de integração da Dialogia do Riso nas ações e políticas de combate à miséria.

Palavras-chave: PalhaSUS. Saúde em movimento nas ruas. Dialogia do riso. Educação popular. Gestão participativa.

The PalhaSUS and the Family Health Strategy for Homeless People: a report of the meeting

We report the experience generated by the union between the projects PalhaSUS and Family Health Strategy for Homeless People (ESF POP RUA), identifying (i) their methodological affinity with popular health education and (ii) the singularity of the street, which is the best environment for this union. The encounter was mediated, by one side, by the Coordination of Family Health and the Center for Culture, Science and Health, from the city government of Rio de Janeiro, and by the other side, by the PalhaSUS project developed at Oswaldo Cruz Institute, which was introduced in the formative process of the first ESF POP RUA team. After the activities, Health Agents have aggregated a new role: clowns mediating health promotion with joy, confirming the potential of integrating Dialogy of Laughter in actions and policies to fight poverty.

Keywords: PalhaSUS. Street health. Laugh dialogy. Popular education. Popular participation.

PalhaSUS y salud en movimiento por las calles: informe de una unión

Relatamos la experiencia entre el encuentro de los proyectos PalhaSUS y la Estrategia de Salud de la Familia para Indigentes (ESF POP RUA), identificando (i) la afinidad metodológica con la educación popular en salud y (ii) la singularidad del território, ambiente propicio para esta unión. El encuentro fue mediado por la Coordinación de Salud de la Familia y por el Centro de Cultura, Ciencia y Salud de la Secretaría Municipal de Salud y Defensa Civil de Río de Janeiro y por PalhaSUS, proyecto desarrollado en el Instituto Oswaldo Cruz e introducido en el proceso de formación del primer equipo de ESF POP RUA. Después de las actividades, los profesionales de esta área tuvieran un papel en la promoción de la salud como payasos-agentes de alegría, confirmando el potencial de la risa en las acciones y políticas para combatir la pobreza.

Palabras clave: PalhaSUS. Salud en movimiento en las calles. Dialogia de la risa. Educación popular. Gestión participativa.

Recebido em 13/06/2013. Aprovado em 14/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0470

Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental:
a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG

Bianca Rückert[a]
Ana Regina Machado[b]
Carine Constancia Alves e Santos[c]
Patrícia Cássia Duarte de Brito[d]

Introdução

Este artigo apresenta o relato de uma experiência de educação popular em saúde, que vem sendo realizada pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP MG e pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST. A experiência denominada "Oficina de educação popular em saúde mental para populações assentadas e acampadas em projetos de reforma agrária de Minas Gerais" teve início no ano de 2011, deverá ser concluída até o fim de 2013 e vem sendo realizada em Belo Horizonte e em municípios com assentamentos e acampamentos do MST em Minas Gerais. A ação é destinada às lideranças de saúde do MST e aos trabalhadores das redes públicas de atenção à saúde desses municípios.

Tratando-se de educação popular, a concepção adotada nesta experiência orienta-se por uma abordagem freiriana de educação. Uma perspectiva que reconhece que as organizações populares – enquanto sujeitos políticos em caminhada histórica – produzem saberes a partir dos processos de luta e transformação da realidade social. De acordo com Vasconcelos[1], no âmbito da saúde, grande parte das experiências de educação popular tem como objetivo construir uma prática de saúde "[...] em que as várias dimensões da doença passam a ser enfrentadas", a partir da superação do fosso cultural existente entre o saber médico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular, de outro.

Nessa perspectiva, a Oficina de Educação Popular em Saúde Mental busca contribuir para a adequação e ampliação das práticas de cuidados em saúde mental, de modo a responder às necessidades de saúde das populações assentadas e acampadas, sobretudo, as relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e ao sofrimento mental grave.

Todo o processo de desenvolvimento da Oficina, desde a sua elaboração à realização das etapas, conta com a participação de militantes do Setor Saúde do MST de Minas Gerais e trabalhadores de Saúde Mental da ESP MG. A escolha do referencial da Educação Popular tem possibilitado o diálogo entre os saberes da Saúde do Campo e os saberes

[a] Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra; Núcleo de Redes de Atenção à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Rua Uberaba, 780, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, Brasil. 30180-080. biaruckert@yahoo.com.br

[b,d] Núcleo de Redes de Atenção à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. anarmachado@uol.com.br; padu@hotmail.com

[c] Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Belo Horizonte, MG, Brasil. canincanas@yahoo.com.br

da Saúde Mental, na busca pela produção de novas compreensões sobre o sofrimento mental e o uso nocivo de álcool e outras drogas e na valorização das práticas de cuidado e formas de luta por saúde de todos os envolvidos: lideranças de saúde e demais integrantes do MST, trabalhadores da educação, da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Este artigo consiste em um relato de experiência em desenvolvimento, que buscou enfatizar os diálogos e as trocas efetivadas entre sujeitos, instituições, saberes e práticas na produção de uma ação de educação popular em saúde. O texto apresenta os antecedentes da construção da Oficina, seu projeto político-pedagógico, os primeiros resultados dessas trocas e perspectivas de continuidade da ação.

A Conquista da Oficina

A Oficina de Educação Popular em Saúde Mental teve origem em uma jornada de lutas do MST MG, em abril de 2011, por ocasião do III Encontro dos Movimentos Sociais Mineiros. Nesta, o Movimento apresentou ao Governo do Estado uma pauta reivindicatória para seus assentamentos e acampamentos de reforma agrária.

As mobilizações, marchas, ocupações de terras e órgãos públicos são uma das expressões mais fortes do MST, marcando sua trajetória ao longo dos seus quase trinta anos de existência. A luta pela saúde como direito integra essa agenda e busca denunciar as iniquidades em saúde vividas pelas populações do campo, bem como valorizar as culturas, os saberes e as potencialidades dessas populações. É importante considerar que, no campo e na floresta, especialmente, as populações da reforma agrária, agricultores familiares, comunidades indígenas, quilombolas e extrativistas, entre outras, encontram vários obstáculos ao acesso às políticas públicas de saúde e todas as demais que garantam as condições de vida e os direitos necessários à permanência nesses territórios[e]. Tais obstáculos são ainda maiores no que se refere à Saúde Mental, por conta dos desafios da implantação dos serviços substitutivos nos municípios de pequeno porte[f]. Esta experiência insere-se, portanto, em um contexto de luta por políticas públicas de promoção de equidade em saúde dessas populações.

Na ocasião, o Setor de Saúde em Minas Gerais[g] já percebia a necessidade da problematização da temática da Saúde Mental. Embora não houvesse informações na literatura que corroborassem tal necessidade[h], constatava-se que alguns problemas relacionados ao sofrimento mental haviam se transformado em temas recorrentes nas discussões dos assentamentos e acampamentos organizados pelo MST, sendo notório o aumento do consumo prejudicial de álcool e, até mesmo, outras drogas. As demandas relacionadas ao sofrimento mental, desde transtornos leves aos mais graves, também se apresentavam como motivos de preocupação deste grupo populacional. Estas, em grande medida relacionadas às dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou despreparo na abordagem e na condução dos cuidados estabelecidos. A realidade da saúde no campo revela que muitos casos que poderiam ser rapidamente orientados e conduzidos tornam-se crônicos, trazendo prejuízos não somente no que tange aos prognósticos, como também onerando social e economicamente todos os envolvidos. O Movimento incluiu, então, o tema na sua luta pelo direito à saúde. A expectativa era possibilitar, por meio de uma ação de formação, a construção de novos olhares e significados para o sofrimento

[e] A recente publicação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta – PNSIPCF reitera esta afirmativa.

[f] Importante considerar que o acesso à Rede de Atenção Psicossocial por parte das populações do Campo e da Floresta é um dos mecanismos explicitados no Eixo 1 da PNSIPCF.

[g] O setor saúde é uma das instâncias organizativas no MST. Neste, os/as trabalhadores/as pertencentes às áreas de acampamento e assentamentos se organizam em instâncias – núcleo de base de famílias, coordenação de área, coordenação regional, coordenação e direção estaduais, coordenação e direção nacional. De forma transversal às instâncias, organizam-se os setores e coletivos, como Saúde, Educação, Produção, Comunicação, Frente de Massa, Direitos Humanos, Juventude, Gênero, Cultura e Finanças, entre outros, para a realização de tarefas e discussões específicas. Estes também se organizam desde o nível local, regional, estadual e nacional.

[h] Não foram encontrados estudos que permitissem dimensionar e caracterizar a ocorrência do consumo de drogas e de problemas de saúde mental em populações assentadas e acampadas em Minas Gerais. Apenas foi identificado um estudo, realizado por Faria et al2 junto a trabalhadores rurais da região serrana do Rio Grande do Sul, que constatou a ocorrência de alcoolismo em índice semelhante (7%) a outros encontrados em estudos com populações urbanas. Constatou-se, também, a ocorrência de transtornos psiquiátricos menores em índice superior (38,6%) ao encontrado em um estudo realizado na população urbana de Pelotas (21,5%), também no Rio Grande do Sul.

mental, a loucura e o uso nocivo de álcool e outras drogas, bem como de práticas de promoção e de cuidado orientadas por um conceito ampliado de saúde, pelas contribuições da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, ou seja, a partir de dois referenciais do campo da Saúde Mental no Brasil.

Para responder à solicitação do MST, o Governo do Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), criou um grupo de trabalho que foi encarregado de apresentar uma proposta de ação educativa. Este contou com representantes da própria SES, trabalhadores da ESP MG e representantes do Setor Saúde do MST MG.

A construção da proposta da Oficina

A construção da proposta da Oficina ocorreu entre agosto e dezembro de 2011, em uma série de encontros que permitiram um diálogo entre os saberes e fazeres das lideranças de saúde do MST e dos trabalhadores de saúde mental da ESP MG[i].

[i] A SES esteve presente no início dessa construção. Com as mudanças na gestão, afastou-se da formulação e manteve o apoio à execução.

O Setor de Saúde do MST MG já tinha clareza quanto à adoção do referencial da Educação Popular em Saúde nesse processo, uma vez que já buscava o desenvolvimento de práticas orientadas por esta concepção em experiências envolvendo práticas populares de cuidado, saúde ambiental, segurança alimentar e nutricional, entre outras. Estas, entretanto, dificilmente produziam alguma interlocução com os trabalhadores do SUS e mobilizavam, geralmente, apenas os recursos comunitários.

Os trabalhadores de saúde mental da ESP MG, embora não tivessem clareza do referencial adotado, possuíam um histórico de atuação junto a movimentos sociais, como a Luta Antimanicomial e o Movimento Estudantil da área de saúde. Assim como estes, apresentavam um compromisso com a luta pelo direito à saúde, pela Reforma Psiquiátrica e com práticas de atenção a usuários de drogas pautadas pelos princípios da Redução de Danos.

Na construção desta experiência, destacam-se algumas contribuições da Reforma Psiquiátrica, como a promoção do cuidado em liberdade; o respeito ao diferente e à singularidade; a utilização de diversos saberes na compreensão dos sofrimentos mentais e nas práticas de cuidados; o reconhecimento de que a doença mental não traduz a experiência de vida das pessoas com sofrimento mental grave; a importância da produção de diferentes laços e inserções sociais, da promoção de novas identidades e da ampliação da autonomia das pessoas com sofrimento mental grave.

No que tange à Redução de Danos, é importante destacar as contribuições desta abordagem na promoção da cidadania dos usuários e no redimensionamento das práticas de cuidados. Este novo olhar valoriza diferentes estratégias e possibilidades relacionadas à diminuição dos sofrimentos e danos associados ao consumo de drogas e ao fortalecimento das redes de apoio social.

A equipe formada reconhecia, então, a importância de construir uma ação de formação que adotasse o conceito ampliado de saúde e valorizasse as lutas do MST – dentre estas, a luta pelo direito à saúde – bem como o aprendizado a partir de outras experiências e movimentos sociais. Nesse processo, os participantes do Grupo de Trabalho compartilharam princípios e estabeleceram diálogos sempre pautados pelo que Stotz[3] considera como traço fundamental da Educação Popular em Saúde, o "[...] reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir um outro saber, tão válido no âmbito do diálogo quanto o saber técnico-científico". Mais do que admitir outros saberes, os participantes do Grupo foram permeáveis e

permitiram se modificar pelo diálogo. Esta permeabilidade pode ser percebida no Projeto Político-Pedagógico da Oficina, nas atividades realizadas e aprendizados decorrentes desta experiência.

O Projeto Político-Pedagógico

A educação popular, enquanto concepção orientadora desta experiência, se expressa na proposição do diálogo entre saberes e práticas da Saúde Mental, da Saúde do Campo e na articulação dos diversos atores em torno dessas temáticas – movimentos sociais, instituição de ensino, gestão e trabalhadores dos serviços de saúde.

A proposta consiste na realização de oficinas sobre Saúde Mental e Saúde do Campo e abrange duas turmas, cada uma com cerca de 70 participantes – 35 lideranças de saúde do MST e 35 trabalhadores da atenção primária e saúde mental da rede pública de saúde dos municípios envolvidos no projeto. A Oficina envolve três etapas presenciais, realizadas na ESP MG, e uma etapa local, realizada nas áreas de reforma agrária.

A primeira etapa teve como público-alvo as lideranças de saúde do MST[j] e a duração de quatro dias. Para a segunda etapa espera-se a participação dos trabalhadores do SUS e alguns representantes do Setor de Saúde do MST. Essas etapas pretendem desenvolver uma ampliação dos olhares sobre as temáticas da Saúde do Campo, Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. A partir desses pressupostos, a terceira etapa consistirá em um momento de integração entre os públicos participantes, visando à construção de estratégias compartilhadas de cuidado em saúde mental e qualificação dos serviços prestados no âmbito dos territórios envolvidos na experiência.

Entre as etapas presenciais realizam-se as locais, um processo fundamentado na construção de vínculos entre prática e teorização, comunidade e escola[k], ensino e serviço[l], por meio de ferramentas e metodologias dialógicas entre tempos, espaços e saberes, em um movimento de busca da práxis político-pedagógica. Para os participantes da primeira etapa, ou seja, as lideranças do MST, esse momento consiste na realização de oficinas nos assentamentos e acampamentos e no mapeamento de dados sobre a situação de acesso aos serviços de saúde – em especial à rede de saúde mental –, os principais problemas de saúde enfrentados por esse grupo populacional e práticas de saúde realizadas no âmbito comunitário. Esse processo se insere em uma estratégia pedagógica que pretende facilitar as discussões, qualificar a percepção e a análise em saúde em um nível local. As atividades locais contam com a contribuição das referências de saúde das regiões envolvidas, que atuam como Tutoras de Dispersão. Para os participantes da segunda etapa, ou seja, os trabalhadores do SUS, esse momento consistirá na visita a uma área de reforma agrária e no mapeamento do território, no tocante aos recursos terapêuticos e fluxos de atenção em saúde mental. Ao final da experiência, propõe-se a elaboração de uma cartilha que apresentará uma linha de cuidados em saúde mental, envolvendo as práticas dos assentamentos e acampamentos e as práticas dos serviços de saúde.

A avaliação da Oficina é planejada a partir dos princípios da Avaliação Formativa, o que implica compreendê-la como integrante do processo de ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, ao mesmo tempo em que se processa a atividade formativa,

[j] É importante mencionar que, assim como nas demais atividades do Setor de Saúde do MST, o público é majoritariamente feminino, o que deve ser compreendido à luz do referencial da divisão sexual do trabalho, uma vez que o trabalho de saúde e de cuidados é uma prática historicamente atribuída às mulheres.
[k] De acordo com a Pedagogia da Alternância, uma das matrizes que integra a Educação do Campo.
[l] Conforme proposições do Currículo Integrado, uma das matrizes que integra a Educação Permanente em Saúde.

analisa-se sua contribuição para a formação de uma visão crítica sobre a realidade vivida e a transformação das práticas de todos os envolvidos.

A Oficina como espaço de diálogo

Considera-se que a primeira etapa da Oficina cumpriu o papel de revisão de conceitos, paradigmas e valores em relação às temáticas trabalhadas. A construção desse enfoque foi possível, na medida em que esta etapa constituiu-se em tempo/espaço de problematização, vivência de valores e práticas e socialização, apreensão e produção de saberes.

Dentre as diversas intencionalidades presentes na experiência, é importante destacar, ainda, a perspectiva feminista, dado o perfil das lideranças de saúde e a forte articulação entre a luta por saúde e a luta das mulheres no MST MG. Assim, a temática "A Saúde das Mulheres do Campo" foi abordada já no primeiro dia da Etapa e proporcionou a problematização da realidade vivida a partir da ótica feminista. Esse tema permitiu reflexões sobre as condições de vida e trabalho das mulheres no campo, a sobrecarga de trabalho e seus impactos no processo de adoecimento dessas mulheres. Uma sobrecarga que se refere não somente à histórica e injusta divisão sexual do trabalho, mas, também, à ausência do Estado em garantir políticas sociais para o campo. A compreensão desse contexto foi importante para se abordar a medicalização do corpo e da vida das mulheres camponesas e questionar os interesses com os quais esta conduta se compromete, assim como seu impacto no sofrimento e na diminuição da autonomia, da autoestima e do protagonismo dessas mulheres.

Em seguida, a roda de conversa "Concepção e Experiências de Saúde do MST" possibilitou o diálogo sobre o processo de saúde-doença-cuidado e a discussão acerca dos determinantes sociais da saúde no campo e do papel das práticas populares de cuidado. Essa discussão levantou aspectos significativos que integram o 'Conceito de Saúde do MST' – dentre eles, terra, trabalho, cuidado com o ambiente, segurança alimentar, lutas, organização política e valores como cuidado e solidariedade.

Nesta experiência, a problematização da realidade proporcionou um terreno fértil para se discutir a saúde mental a partir do conceito ampliado de saúde, bem como compreender a dimensão social inscrita no sofrimento mental. Stotz et al[4] reconhecem a problematização como uma ferramenta que permite partir de leituras mais amplas e superficiais da realidade para compreender os pontos-chaves – que, nesse caso, estão relacionados ao processo saúde-doença-cuidado. Tais autores afirmam, ainda, que:

> A concepção transformadora da educação parte das condições concretas de vida para estabelecer, pelo diálogo, processos educativos capazes de melhorar sua vida. A problematização é uma forma de explicar uma situação e, também, uma escolha pedagógica na qual a participação de todos é estimulada, em todos os momentos. Ao mesmo tempo em que trazem suas ideias – ensinam – as pessoas aprendem. E ao aprenderem, crescem e se tornam mais fortes[4].

Na perspectiva de propiciar o diálogo entre as diversas experiências e saberes das lutas pelo direito à saúde e das práticas de cuidado, foram convidados movimentos sociais, grupos culturais e trabalhadores de saúde. Destes, destaca-se a participação do grupo "Meninas de Sinhá", constituído por mulheres moradoras da periferia de Belo Horizonte, que em diversificados espaços sociais cantam com alegria, contam suas histórias de vida e encantam com cirandas e brincadeiras de roda. Outro grupo, o "Xicas da Silva", através de representantes, também encantou com sua intervenção de cenopoesia. O contato com essas experiências, somado a atividades como roda de contar histórias, sarau e oficina de teatro, propiciou a sensibilização das educandas sobre a importância e o reconhecimento da cultura popular como estratégia de promoção da saúde.

A participação de organizações, como Associação dos Usuários do Serviço de Saúde Mental de Minas Gerais, Movimento Nacional de População de Rua, Pastoral de Rua, entidade Redutora de Danos e trabalhadores de saúde coletiva e de saúde mental com trajetória no SUS, articulada ao recurso da dramatização sobre as situações vividas nos assentamentos e acampamentos, permitiu a aproximação desses sujeitos a partir das experiências do sofrimento mental grave e do uso abusivo de drogas. Tais atividades

possibilitaram aprendizados significativos, como a importância do respeito, do diálogo, do cuidado e da afetividade, e a construção de novos valores em relação às pessoas com sofrimento mental grave ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O relato de um usuário de drogas e morador de rua sobre os cuidados recebidos – que não se pautavam pela abstinência por parte dos cuidadores – e as melhoras que obteve – ainda que não conseguisse interromper o uso das drogas – propiciou a reflexão sobre a abordagem da redução de danos como possibilidade de se diminuir o impacto negativo que o uso nocivo de drogas pode gerar na vida das pessoas. A experiência apresentada permitiu a reflexão sobre os motivos, os contextos de vida, as dificuldades encontradas no cotidiano, os fatores que ajudam e atrapalham na abordagem, a partir do olhar do próprio sujeito. Outro relato marcante foi desenvolvido por usuários de saúde mental sobre a participação no Movimento da Luta Antimanicomial, a construção de novos laços sociais e a ressignificação dos valores e da própria vida.

Esses relatos permitiram evocar lembranças de situações vividas e propiciaram reflexões sobre as maneiras como os acampamentos e os assentamentos lidam com as pessoas em sofrimento mental grave ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Tais reflexões permitiram compreender a importância da construção de novos valores, não mais excludentes e moralistas, assim como os valores sociais hegemônicos, dos quais os Sem Terra já foram vítimas inúmeras vezes.

Nesse sentido, foi possível reconhecer a dimensão cuidadora e formadora que o movimento social desempenha na vida das pessoas excluídas socialmente. Os depoimentos das lideranças de saúde do MST mostraram que a inserção na luta pela terra, inicialmente por uma questão econômica, assume outras dimensões na vida desses sujeitos, gerando espaços de participação e trabalho e, consequentemente, construção de identidades, sociabilidades e autonomia. O MST foi citado como movimento social que ajuda a construir e a reconstruir a humanidade nas pessoas, importante contribuição da Pedagogia do Movimento[5] ao cuidado em saúde mental e à promoção da saúde, que surge como uma das respostas aos questionamentos das lideranças acerca da abordagem aos usuários de álcool e outras drogas.

A Pedagogia do Movimento, segundo Caldart[5], reconhece que os seres humanos gestam uma pedagogia na própria dinâmica das lutas sociais, ao assumirem coletivamente a condição de sujeitos de seu destino, social e humano. A humanização como projeto da luta do MST se aproxima, assim, do projeto da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos. Aqui, os depoimentos sobre as trajetórias de vida, histórias de lutas, violências vividas, conquistas e crescimentos ganham destaque e geram o compartilhamento de compreensões sobre o sofrimento mental e sua relação com a dinâmica de vida dos/as trabalhadores/as, bem como a contribuição dos movimentos sociais e suas redes de apoio social no fortalecimento da autoestima, autonomia e dignidade.

Nessa mesma perspectiva, foi reconhecido o potencial do cuidado, das práticas populares de saúde e das práticas integrativas e complementares desenvolvidas no MST, que muitas vezes envolvem a terapia floral, a fitoterapia, a radiestesia, o passe espiritual, o *reiki*, entre outras[(m)]. A valorização e a socialização desses saberes na I Etapa foram possíveis por meio das oficinas práticas que foram conduzidas pelas lideranças do MST, das rodas de conversas e, sobretudo, a partir das trocas efetivadas no próprio processo de socialização entre as participantes.

A temática do direito ao SUS, por sua vez, apresentou-se como objeto de inquietação e questionamento entre as lideranças de saúde. Como garantir o direito ao SUS para as populações do campo? Como assegurar que os princípios

[(m)] Cabe aqui destacar que algumas destas integram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica estejam presentes, de fato, na realidade dessas populações? Estas e outras questões foram apresentadas diante da complexidade inerente ao tema da Saúde Mental e do direito ao SUS no contexto da reforma agrária.

As vivências relatadas embasaram a construção de propostas de trabalho para a etapa local da experiência, a serem desenvolvidas pelos coletivos regionais de saúde do MST em suas respectivas regiões. Até então, as oficinas realizadas nos assentamentos e acampamentos foram planejadas a partir de cada contexto, com respeito e valorização dos processos organizativos locais. Para tanto, consideram-se aspectos como histórico de organização da saúde na região, principais demandas locais, recursos disponíveis, contexto político, entre outros.

É importante destacar a capilaridade desta experiência em nível estadual e a possibilidade dela oferecer um panorama da consolidação da Reforma Psiquiátrica nos municípios envolvidos, o que pode contribuir no avanço da Política de Saúde Mental para além das áreas do MST. Os relatos das lideranças sobre as tentativas de acesso à atenção em Saúde Mental mostram que ainda são muitos os desafios à efetivação de uma rede de serviços substitutivos que atenda às populações assentadas e acampadas. Os questionamentos das lideranças sobre as estratégias de luta para a garantia de direitos e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no campo mostram-se, assim, extremamente pertinentes. Com isso, esta experiência pode apresentar um potencial disparador de processos reivindicatórios, à medida que amplia a compreensão em Saúde Mental e permite visualizar as lacunas existentes na Rede de Atenção.

No que tange à construção de linhas de cuidado em Saúde Mental para o campo, os saberes e valores no âmbito das práticas populares de cuidado desenvolvidas pelo MST parecem propiciar um substrato significativo para o início desta construção. Este é um elemento da proposta pedagógica que se fortalece na etapa local da Oficina, uma vez que essas práticas se sobressaem nos relatos de experiências[6] e nos princípios e objetivos[7] da saúde do Movimento.

De acordo com Vasconcelos[1], a articulação dessas práticas ao SUS consiste em uma das grandes contribuições da Educação Popular em Saúde à Reforma Sanitária, ao reconhecer que esta luta não se resume à expansão do direito à assistência à saúde, mas abrange, também, o tipo e a qualidade dos serviços oferecidos. Além disso, vai ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, que reconhece as contribuições das práticas e saberes dessas populações ao SUS.

Nesta experiência, a ESP MG se aproxima da realidade dos assentamentos e acampamentos, conhece algumas das dificuldades desse grupo populacional na garantia do direito à saúde e, a partir disso, participa do desafio de construção compartilhada de cuidados em saúde mental. Nessa perspectiva, contribui para dar visibilidade e valorizar as estratégias já adotadas pelo MST, seja na produção de cuidados, seja na promoção da saúde.

É importante considerar, ainda, que a presença do MST na Escola gerou grande repercussão. A presença marcante dos símbolos, cantos e mística do Movimento foi acolhida de maneira respeitosa e solidária. Vários trabalhadores da Escola, mesmo os não envolvidos diretamente na ação, dispuseram-se a contribuir na Ciranda Infantil, montada para acolher os filhos das participantes da Oficina. Nesse momento, foi perceptível a contribuição da comunidade escolar com a ação educativa, as demandas e as propostas de mudanças a ela associadas.

Sem dúvida, esta experiência serviu para reforçar e atualizar o compromisso da Escola com uma formação transformadora e voltada para a conquista do direito à saúde. Somado a isto, esta experiência tem se tornado uma referência para o Núcleo de Redes de Atenção à Saúde, que vislumbra a possibilidade de outros trabalhos com concepções afins. Agrega, portanto, novos valores às práticas formativas, coerentes com princípios da educação permanente e da educação popular em saúde.

Algumas considerações

O primeiro aspecto a ser destacado a respeito dos diálogos que se efetivaram entre o Setor de Saúde do MST e os trabalhadores da ESP MG é que essa construção foi possível a partir de algumas compreensões compartilhadas por ambos os atores, destacando o respeito e a valorização dos saberes e práticas de cuidados já desenvolvidas pelo MST; a importância da construção conjunta de novas formas de cuidados, envolvendo movimento social e trabalhadores de saúde, a partir da contribuição dos diferentes saberes; o reconhecimento de que a saúde não se alcança exclusivamente por meio da aplicação de saberes técnico-científicos; a compreensão de que a luta pela terra e pela saúde empreendida pelo MST se aproxima da luta antimanicomial e da luta dos profissionais de saúde por um sistema de saúde mais justo, solidário e resolutivo; e a importância dos movimentos sociais no avanço e na implementação de políticas sociais.

A partir dessas compreensões, a Saúde Mental constituiu-se em tema gerador que permitiu a problematização e o diálogo acerca do conceito de saúde, de promoção, de atenção e da luta pela garantia de direitos. Por outro lado, contribuiu para a ressignificação dos valores do cuidado no MST, aproximando-o de valores mais humanos e solidários.

Com isso, já é possível o delineamento de algumas linhas de cuidado em saúde mental que podem ser desenvolvidas junto às populações assentadas e acampadas, tais como a valorização das práticas populares de cuidado, dos saberes locais, da autoestima e da identidade como potencial gerador de saúde; o fortalecimento do acesso à rede de serviços substitutivos em saúde mental; a reflexão coletiva sobre o sofrimento mental e o abuso de álcool e outras drogas e sobre as dimensões social e subjetiva inscritas nesses fenômenos; o reconhecimento da escuta, do diálogo e do cuidado como gerador de autonomia, sem desconsiderar a responsabilização dos usuários; a adoção de diversas estratégias de promoção da saúde e reabilitação psicossocial, entre as quais se incluem a produção cultural, o trabalho e a inserção no movimento social.

Dessa forma, esta experiência mostra o quão fecundo pode ser o diálogo entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental, orientado pelos princípios da educação popular em saúde. Nessa caminhada, a educação popular marca presença como instrumento capaz de promover o diálogo entre as experiências dos movimentos sociais, da instituição formadora, da atenção e da gestão, entre outros atores, ao valorizar os diferentes saberes e propor ações integradoras e mais adequadas à realidade de saúde das populações. Mostra-se, portanto, como um saber que orienta os difíceis caminhos da Saúde do Campo, do cuidado na Saúde Mental, da Educação Permanente, das lutas sociais.

Referências

1. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. Interface (Botucatu). 2001;5(8):121-1. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000100009

2. Faria NMX, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. Cad Saúde Pública. 2000;16(1):115-28. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100012

3. Stotz EN. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 46-57.

4. Stotz EN et al. Educação popular em saúde. In: Martins CM, Stauffer AB, organizadores. Educação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 35-70.

5. Caldart RS. Pedagogia do Movimento Sem Terra. 3a ed. São Paulo: Expressão Popular; 2004.

6. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Relatos de Experiências em Saúde. Brasília, DF: Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra; 2005.

7. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Coletivo Nacional de Saúde. Boletim Informativo; 2007.

O artigo apresenta reflexões a partir da experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental, realizada pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. A partir do registro da experiência, buscou-se enfatizar os diálogos e as trocas efetivadas entre os sujeitos, as instituições, os saberes e as práticas de saúde. As reflexões apontam para as contribuições da educação popular em saúde no diálogo entre campos de saberes e práticas na construção de linhas de cuidado em saúde mental que envolvam os assentamentos e acampamentos do MST e o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Diálogo. Práticas de Saúde. Saúde do Campo. Saúde Mental.

Dialogues between the Field Health and the Mental Health: the experience of the "Popular Education on Mental Health of MST Workshop" in ESP MG

The present paper reflects about the experience of the Popular Education on Mental Health Workshop, held by the School of Public Health of the State of Minas Gerais and the Movement of Landless Rural Workers. From the record of the experiment, we tried to emphasize the dialogues and the exchanges that were effectives between individuals, institutions, knowledge and health practices. The reflections pointed to the contributions of popular education in health through the dialogue between fields of knowledge and practice, building lines of mental health care involving the settlements and camps of the MST and the Unified Health System.

Keywords: Popular Education in Health. Dialogue. Health Practices. Health Field. Mental Health.

Diálogos entre la Salud en el Campo y la Salud Mental: la experiencia del Taller de Educación Popular en Salud Mental DEL MST en la ESP MG

El artículo presenta reflexiones a partir de la experiencia del Taller de Educación Popular en Salud Mental, realizado por la Escuela de Salud Pública del Estado de Minas Gerais y por el Movimiento de los Trabajadores Rurales Sin Tierra. A partir del registro de la experiencia, se buscó enfatizar los diálogos y los intercambios efectivos entre los sujetos, las instituciones, los conocimientos y las prácticas de salud. Las reflexiones apuntan los aportes de la educación popular en salud, en el diálogo entre el campo del conocimiento y la práctica en la construcción de líneas de cuidado en salud mental que involucren los asentamientos y campamentos del MST y el Sistema Único de Salud.

Palabras claves: Educación Popular de la Salud. Diálogo. Práticas de Salud. Salud en el Campo. Salud Mental.

Recebido em 12/06/2013. Aprovado em 14/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0441

O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS:

experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde

Maria Carmélia Sales do Amaral[a]
Andrezza Graziella Veríssimo Pontes[b]
Jennifer do Vale e Silva[c]

Introdução

A Constituição Brasileira de 1988 incorporou ao seu texto o conceito ampliado de saúde construído pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como fundamento a teoria da determinação social do processo saúde/doença. Isso exigiria mudanças na organização da produção dos serviços de saúde e na formação dos trabalhadores do SUS, com vistas à universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Nesse contexto, a Educação em Saúde torna-se uma ação fundamental para garantir novas práticas sanitárias. Para tanto, é preciso superar a Educação em Saúde historicamente hegemônica, que tem sido instrumento de dominação do saber da elite e de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde[1]. Buscando romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, destaca-se o movimento da Educação Popular em Saúde (EPS)[2] Um dos maiores desafios desse movimento é sua incorporação nos cursos de graduação na área de saúde, na formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na educação permanente dos trabalhadores do SUS e nos cursos de pós-graduação[3].

Para contribuir com o debate da formação em EPS, o presente artigo objetiva sistematizar e avaliar a experiência da disciplina Educação Popular em Saúde de um curso de graduação em Enfermagem, que testou inserir Agentes Comunitários de Saúde como discentes, tendo como premissas o entendimento de que o espaço da formação em Saúde é um lugar propício ao desenvolvimento de estratégias de qualificação dos trabalhadores do SUS e, ao mesmo tempo, a percepção desses atores como facilitadores do processo de ensino-aprendizagem. O mérito da experiência está em fazer dos serviços de saúde espaços de reflexão dos aprendizes de cursos de graduação e fazer da sala de aula universitária espaço de qualificação dos ACS.

[a,b] Departamento de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Rua Dionísio Filgueira, 383, Centro. Mossoró, RN, Brasil. 59610-090. carmeliasales@bol.com.br; andrezzagazi@hotmail.com
[c] Departamento de Ciências Biomédicas, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, RN, Brasil. jennifer_vale@hotmail.com

A formação em saúde/enfermagem para o SUS

A história da formação em Saúde no Brasil é marcada pela desarticulação entre o ensino e as necessidades sociais de saúde. A problemática em torno da capacidade do sistema de saúde nacional em responder às necessidades de saúde entrelaça-se ao desafio do sistema educacional em formar profissionais capazes de intervir nessa direção.

> Historicamente, o modelo que tem orientado o processo de formação dos trabalhadores da área de saúde é de abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada, isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades clínicas, centrando as oportunidades de aprendizagem na clínica, incentivando a especialização precoce[4] (p. 82).

Com o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, fortaleceu-se a crítica a esse modelo de formação, a qual se materializou em Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em Saúde. A aprovação dessas DCNs ocorreu, em sua maioria, entre os anos de 2001 e 2002, e pressupôs que a formação em Saúde deve contemplar o sistema de saúde no país e a integralidade da atenção à saúde.

No caso específico da Enfermagem, as DCNs foram fruto de grande e intensa mobilização da categoria a partir de 1986, impulsionada pela Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), com vistas à construção de novas bases teóricas e metodológicas que se aproximassem das necessidades de saúde da população [4].Assim, as diretrizes afirmam que a formação do enfermeiro "deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento"[5] (p. 2).

Nesse sentido, a construção do SUS tem requerido novas formas de fazer saúde e, consequentemente, tem demandado das instituições formadoras um perfil de trabalhadores de saúde coerente com seus princípios e diretrizes.

As atuais DCNs dos cursos de graduação em Saúde assumem essas demandas ao definirem competências e habilidades que, em muito, extrapolam a formação tecnicista dos profissionais de saúde, até então, presente no Brasil. Segundo Miranda[4], essas DCNs partem da compreensão de que a formação nessa área deve contemplar o sistema de saúde no país e a atenção integral à saúde.

Mesmo diante da indicação dessas Diretrizes, há, nesse campo científico, disputa de interesses, que podem ser complementares ou antagônicos[6], premidos pela força do capital, que tenta impor a lógica de sua reprodução[7]. Assumir as demandas que o SUS coloca para a universidade é também um compromisso ético e político dos seus atores.

Um dos desafios do SUS à formação em Saúde é a articulação do ensino com o serviço e a comunidade. Na formação, as práticas educativas de aproximação do ensino-serviço com a comunidade devem ser (re)pensadas na perspectiva de fortalecer a participação social no sistema supracitado, destacando-se, para isso, a Educação Popular em Saúde como forma de estreitar a distância entre os serviços de saúde e a população.

A Educação Popular em Saúde e o SUS

A EPS pode ser compreendida como um modo particular de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde mediante o diálogo com as classes populares, o respeito às suas culturas, o reconhecimento dos seus saberes como válidos e tendo como substrato o corpo teórico da Educação Popular, formulada por Paulo Freire no Brasil[3].

Constituída no contexto de lutas populares e formulações teóricas em favor de melhores condições de saúde para a população que permearam o Movimento Sanitário Brasileiro a partir da década de 1970, a EPS emergiu do encontro de atores – trabalhadores de saúde, estudantes e professores universitários, segmentos da igreja e movimentos sociais –, na confluência entre distintas correntes teóricas – cristianismo, humanismo, socialismo – que resultaram na elaboração de um movimento de ruptura das práticas hegemônicas de Educação em Saúde de caráter preventivista, alicerçadas na Biomedicina e materializadas em prescrições de comportamento feitas de forma unilateral pelos profissionais de saúde[8].

A EPS busca, além da construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, a intensificação da participação popular, contribuindo para a promoção da saúde[9]. Ela parte do pressuposto de que o educando possui um saber prévio, construído em sua história de vida, sua prática social e cultural, que lhe serve de ponto de partida para a aquisição de novos

conhecimentos. A educação se constitui como um processo de busca e de invenção ou reinvenção que parte da ação e da reflexão do homem sobre o mundo, para transformá-lo. A problematização das experiências ou situações vividas constitui um desafio para a transformação e, portanto, uma fonte para a organização do conteúdo do processo educativo[10].

A Educação Popular atravessou as décadas de 1980 e 1990 como movimento e acumulou atores e instituições no âmbito da sociedade[11]. A partir dos anos 2000, foi efetivamente inserida no aparelho estatal, assumindo a condição de objeto de gestão no escopo da Política Nacional de Saúde e delineando caminhos que viriam culminar na elaboração de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde, aprovada em 2012, no Conselho Nacional de Saúde.

A implementação dessa política nos diversos âmbitos do sistema de saúde significou a constituição de ações envolvendo práticas de saúde, processos de formação dos profissionais, incremento da participação popular em saúde e do controle social, além da produção de conhecimentos a ela relacionados[12], o que nos dá a dimensão de sua abrangência e, sobretudo, de sua importância para a consolidação do SUS.

O Agente Comunitário de Saúde e a Educação Popular em Saúde

As primeiras experiências com agentes de saúde, no Brasil, foram de iniciativa de organizações religiosas, em especial, católicas, na formação e utilização de ACS como força de trabalho em saúde, com a finalidade de redefinir as relações estabelecidas entre profissionais e população. Em seguida, ocorreram outras experiências vinculadas a organizações não governamentais e instituições acadêmicas nas quais os profissionais atuavam em saúde pública e comunitária[10].

Essas experiências conformaram as bases para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1987, no estado do Ceará, com o objetivo de oportunizar emprego para as mulheres em um cenário marcado pela seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, com a realização de ações de saúde voltadas para a mulher e para a criança[13,14].

A vivência cearense nesse contexto foi institucionalizada pelo Ministério da Saúde, em 1991, e, dessa forma, implantada em nível nacional. Em 1994, o Pacs foi incorporado pelo Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da atenção básica no país.

Como integrantes do PSF, os ACSs tiveram suas ações ampliadas. Saíram do foco materno-infantil para abranger também a família e a comunidade. Além disso, incorporaram novos saberes e práticas, em especial, no campo político e social, uma vez que os agentes constituem, historicamente, elo entre o serviço de saúde e a comunidade.

Bornstein[10] acrescenta que o papel de mediação, exercido pelo ACS, pode comportar algumas contradições: o agente pode atuar como facilitador ou como empecilho na mediação e no diálogo entre os saberes e práticas da comunidade e dos serviços de saúde; o risco de exercer uma prática educativa dominadora; o fato de a educação buscar o convencimento da população com relação ao que deve ser feito; a assimilação por parte do agente das regras instituídas e sua reprodução de forma mecânica.

Assim, a Educação Popular pode representar uma ferramenta significativa para o trabalho do ACS, uma vez que possibilita a superação do entendimento, historicamente arraigado no interior do serviço de saúde, de que o saber da população é insuficiente e, dessa forma, inferior; quando, na realidade, devemos vê-lo como um saber apenas diferente.

A experiência

A disciplina Educação Popular em Saúde é um dos componentes curriculares do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). A iniciativa de inserir os ACSs nessa parte da formação acadêmica teve origem nas experiências acumuladas em disciplinas da área da Saúde Coletiva, ministradas nesse curso de graduação, que permitiram identificar a demanda de qualificação dos agentes de uma equipe de Saúde da Família em temas que contribuíssem para o fortalecimento do SUS.

Observou-se que os ACSs precisavam (re)qualificar as ações educativas de modo a superar a concepção positivista de Educação em Saúde de práticas consideradas "impositivas, prescritivas de comportamentos 'ideais', desvinculadas da realidade e distantes dos sujeitos, tornados objetos passivos de intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas"[15] (p. 13).

Essa superação deveria caminhar para a realização de ações de EPS junto com as comunidades, a partir de sua realidade de vida e trabalho, problematizando-a na perspectiva de desenvolver a crítica social de situações e ideologias naturalizadas[15] e, nesse sentido, contribuir para o fortalecimento da participação social no SUS.

A disciplina Educação Popular em Saúde foi pensada de modo a assumir essa demanda de capacitação dos ACSs nesse tema, levando em consideração a premissa de que "o ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde"[16] (p. 47) e utilizando como estratégia importante a articulação ensino-serviço.

O planejamento da disciplina foi pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde e com uma equipe de Saúde da Família, a fim de se viabilizar a participação dos ACSs. A disciplina seria um espaço simultâneo de formação de graduandos de Enfermagem e de capacitação para os agentes, que participaram dos 15 encontros semanais da disciplina, com duração de 4 horas/aula cada um, totalizando 60 horas/aula. Ao final, cada agente recebeu um certificado de "Curso de Capacitação em Educação Popular em Saúde para Agentes Comunitários de Saúde", emitido pela UERN.

A disciplina foi ministrada a uma turma de 25 graduandos do segundo período de Enfermagem e cinco ACS e possibilitou a construção das seguintes competências: (1) Conhecer o contexto em que se inserem as práticas educativas em saúde e o projeto de saúde por elas defendido – atores, objetivos/finalidades e meios/instrumentos de trabalho utilizados nas concepções do processo educativo; (2) Atuar em consonância com a concepção de saúde resgatada pelo SUS por meio de seus princípios, na perspectiva de implementar ações de Educação em Saúde que visem à promoção da saúde e à autonomia dos sujeitos; (3) Conduzir e propiciar a discussão e a revisão de práticas de Educação em Saúde hegemônicas de cunho normativo, impositivo e verticalizador; (4) Conhecer historicidade, conceitos, objetivos e práticas da Educação Popular em Saúde e sua importância para o SUS; (5) Desenvolver ações de EPS.

Os conteúdos foram divididos em três unidades: (1) Processo saúde-doença e as práticas Educativas em Saúde; (2) Educação Popular em Saúde: conceitos e práticas; e (3) Construção de projetos de intervenção de EPS. Adotou-se a pedagogia da problematização, partindo-se da realidade concreta das microáreas de abrangência dos ACSs.

Inicialmente, os graduandos e os ACSs foram divididos em cinco grupos, nos quais cada agente ficava com cinco alunos para realizarem, munidos de um roteiro norteador, uma captação da realidade no território da equipe de Saúde da Família, para, assim, conhecerem como vivem e trabalham as pessoas dessa área. A vivência foi apresentada e, em seguida, discutida em diálogo com os teóricos. Para tanto, foram realizadas aulas dialogadas, leituras de textos e rodas de conversas, problematizando a realidade vivenciada e o conhecimento prévio dos alunos.

Posteriormente, os grupos retornaram à realidade, para identificarem problemas de saúde da população e priorizarem um problema de saúde para a construção de uma proposta de intervenção em EPS. Devido ao tempo da disciplina, não foi possível realizar as propostas de intervenção nas comunidades; elas foram construídas e encenadas por cada grupo ao final da disciplina, como um exercício pedagógico de como desenvolver EPS junto com a comunidade.

A partir da sistematização dessa experiência, elencaram-se as seguintes categorias analíticas para avaliar esse processo: qualificação dos ACSs; qualificação dos graduandos de Enfermagem; dificuldades e potencialidades da prática pedagógica adotada, com vistas à Educação Popular em Saúde para o SUS.

Resultados e discussão

Qualificação dos ACSs em Educação Popular em Saúde: potencialidades e desafios

De acordo com as atribuições dos ACSs na Política Nacional de Atenção Básica, observa-se que a Educação em Saúde é inerente ao seu trabalho na perspectiva da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos e da vigilância à saúde[17]. O ACS trabalha por meio do diálogo com a comunidade buscando ser um agente educador[18].

Tomando por base essa premissa, a disciplina aqui tratada se iniciou procurando conhecer saberes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como a realidade de suas microáreas de abrangência. Evidenciou-se que eles realizavam atividades de Educação em Saúde da forma tradicional, ou seja, voltavam-se para a imposição de normas e comportamentos considerados, por eles, adequados. Esse resultado corrobora com um estudo que aponta que as ações educativas dos ACSs acontecem de forma individualizada, centrada na doença, no reforço da assistência médica e na prevenção de riscos específicos[19].

Buscou-se, na disciplina, possibilitar aos graduandos de Enfermagem e aos ACSs a construção da compreensão de que as práticas educativas, no Brasil, estão diretamente associadas à concepção de saúde que prevalece em determinado modelo de atenção, vigente em determinada época, e que, diante disso, é fundamental resgatar a concepção de saúde do SUS, que ancora a EPS para a promoção da saúde.

Durante as aulas, ao discutir com os teóricos a realidade vivenciada nos momentos práticos, os agentes trouxeram a realidade dos serviços, a complexidade dos problemas de saúde e deram mais significados aos conteúdos. Isso foi possível porque eles possuem vínculo com as pessoas e conhecimento dos modos de vida da população[20] e de suas necessidades de saúde[18], além de vivenciarem as fragilidades dos serviços de saúde em garantir a atenção integral.

A participação dos ACSs na disciplina proporcionou o diálogo de saberes e potencializou o processo ensino-aprendizagem, ao articular saberes científicos e populares, ensinando e aprendendo ao mesmo tempo. Demonstrou-se, desde já, a importância do diálogo entre atores sociais diversos para a realização da Educação Popular em Saúde. Observou-se também uma grande participação dos ACSs nas discussões, manifestando, assim, o interesse de se envolverem em capacitações, especialmente sobre EPS. Isso pode ser resultado da revelação dos agentes da carência de investimento em cursos de qualificação para eles, o que reforça que a sua formação e qualificação é um grande desafio.

Estudos sugerem que há um processo inadequado de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde, pois recebem diversos microtreinamentos fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma sequência lógica[13]. É interessante perceber que eles ainda não recebem uma formação específica, nem obrigatória[20]. Sobre a formação em EPS, acrescenta-se a cultura de que não é preciso aprender a fazer Educação em Saúde[1].

A experiência de capacitação dos ACSs, em articulação com graduandos de Enfermagem, em EPS para o SUS revela potencialidades, quais sejam: a realidade de trabalho dos agentes e seus saberes e práticas, a pedagogia da problematização, a discussão dos problemas de saúde identificados por eles e pelos alunos e de como realizar EPS a partir das necessidades de saúde da comunidade na perspectiva da promoção à saúde, articulação entre diversos atores e diálogo entre saberes.

Assim, evidencia-se a importância de tal experiência para o (re)pensar do processo pedagógico de capacitação desses atores do SUS, de modo a superar a maneira verticalizada e bancária de conduzir cursos de qualificação. Sobre esse assunto, Nascimento e Correa[21], ao identificarem as contribuições de um curso de formação para ACS realizado em parceria entre universidade e secretaria municipal de saúde, constataram a relevância da pedagogia da problematização de Paulo Freire para uma formação que possibilite ao Agente Comunitário de Saúde refletir e intervir sobre sua realidade, assumindo o papel de sujeito educador e produzindo um conhecimento emancipatório, estimulando a reflexão e a capacidade de análise crítica.

Ao final da disciplina, os ACSs apontaram a necessidade de cursos de capacitação, haja vista que isso dinamizaria seu trabalho e traria motivação para eles; além disso, mencionaram a importância de ampliar essa experiência para outros ACSs. Os agentes também demostraram ter construído saberes

sobre EPS e reconheceram que as práticas de Educação em Saúde tradicionais pouco contribuem para a promoção da saúde.

Mesmo diante dessas potencialidades, eles colocaram uma série de desafios para a implementação da EPS no seu trabalho, o que mostra que a formação é uma das dimensões do problema, mas não a solução. Entre os desafios, destacam-se: falta de apoio da gestão do SUS para a realização de ações de Educação em Saúde, incluindo estrutura física, material pedagógico e cursos de capacitação para os trabalhadores do sistema; precarização do trabalho; dificuldade de atuar de maneira intersetorial para a melhoria dos determinantes sociais de saúde da população; dificuldade de trabalho em equipe, sobretudo de articulação com a categoria médica; ausência de uma política permanente de qualificação dos agentes.

Após a finalização do curso de capacitação, realizou-se, por ocasião de visita dos docentes da disciplina à Unidade Básica de Saúde dos ACSs que se qualificaram, um diálogo com esses agentes e com a enfermeira da Estratégia de Saúde da Família sobre as possíveis repercussões do curso para o trabalho realizado pela equipe. Nesse momento, foram apontados avanços nas práticas educativas realizadas, como a maior autonomia dos ACSs para identificar problemas de saúde, planejar e executar ações de EPS coerentes com a realidade vivenciada no território e com respeito ao saber popular.

Qualificação dos graduandos de enfermagem em Educação Popular em Saúde

Os alunos de Enfermagem da disciplina Educação Popular em Saúde estavam no primeiro ano do curso de graduação. Nesse sentido, a disciplina constituía algo novo, com metodologias que envolviam contato com a realidade, diálogo com outros atores, discussão de textos, conhecimento/problematização da realidade dos serviços de saúde. Era o campo científico da universidade buscando desenvolver um aluno crítico e reflexivo. Esse processo pedagógico, em geral, era diferente do que eles estavam acostumados no ensino médio, o que implicou, portanto, um processo de adaptação dos acadêmicos a essas novas práticas.

A disciplina em questão representou, para os estudantes, a primeira aproximação com a realidade dos serviços de saúde do SUS, em especial, do PSF, e com as condições de vida da população. O fato de o território da área da equipe de PSF, campo de prática adotado, ser um bairro periférico do município, incluindo até mesmo uma favela, favoreceu a compreensão dos alunos de que os problemas de saúde não são apenas relacionados à ausência de doenças, mas envolvem trabalho, moradia, alimentação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços, entre outros. Esse âmbito de prática contribuiu ainda para a discussão sobre o que é saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Os benefícios da incorporação da EPS na formação de enfermeiros têm sido relatados por outros autores. É nesse sentido que David e Acioli[22] expõem que a realização de ações de extensão, tomando como base a EPS, desenvolvendo-se de modo articulado ao ensino, junto a grupos sociais populares, potencializam a formação de enfermeiros e se constituem em uma experiência importante para aproximar docentes, estudantes e profissionais de saúde dos vários contextos sociais, culturais e econômicos existentes, facilitando a possibilidade de diálogo e a troca de saberes. A ação pedagógica crítica da EPS permite ao enfermeiro "avançar numa análise mais aprofundada sobre as relações entre condições e modos de viver e a produção da saúde, para além dos processos biológicos imediatos"[22] (p. 129).

O diálogo com os ACSs possibilitou, aos discentes do curso de graduação em Enfermagem da UERN, importância do trabalho em equipe no PSF, da articulação entre os diversos atores do SUS e do trabalho do Agente Comunitário de Saúde para a promoção da saúde. A relação de proximidade e diálogo entre alunos e ACSs foi harmoniosa e ambos puderam ensinar e aprender juntos. Percebeu-se um bom desempenho dos discentes durante a disciplina, decorrente do seu envolvimento com os temas trabalhados, dinamizados pela aproximação com a realidade da práxis dos ACSs e de vida da comunidade.

Apesar de ser o primeiro contato com os saberes e práticas da área de Educação em Saúde, priorizando a EPS como instrumento para as estratégias de consolidação do SUS, os alunos demonstraram, em seus conhecimentos prévios, o entendimento do que seriam as formas tradicionais de ditar normas e condutas transmitidas como corretas para a população, o que mostra que a Educação em Saúde tradicional está no imaginário das pessoas, no senso comum.

No transcorrer da disciplina, essa compreensão foi mudando, ao se visualizar a historicidade do tema, a relação da Educação em Saúde com a concepção de saúde e as políticas de saúde vigentes em determinada época, além da importância da EPS para o SUS.

Os estudantes puderam perceber que, para o desenvolvimento da EPS, deve-se considerar o saber prévio do aluno/comunidade, seu contexto de vida e trabalho, problematizando-se os temas abordados a partir da realidade concreta e tentando-se construir um pensamento crítico e reflexivo sobre o mundo. No que tange à EPS, ficou marcada sua importância para a desmistificação, por parte da população, da realidade aparente, com a problematização dos reais problemas de saúde e a instigação da participação popular em busca da promoção de saúde, contribuindo para o fortalecimento do controle social do SUS. Assim, coadunamos com David e Acioli[22] ao afirmarem que a EPS permite avançar numa formação do enfermeiro voltada para a construção do projeto de saúde do SUS.

A prática pedagógica do ensino da Educação Popular em Saúde para o SUS: dificuldades e potencialidades

Vasconcelos[23] aponta que muitas iniciativas educacionais nas universidades, especialmente em projetos de extensão, vêm sendo orientadas pela Educação Popular, e descobrem-se, aos poucos, os caminhos metodológicos de sua aplicação no contexto do SUS.

Estudos de autores como Santorum[24], Firmino et al.[25] e Ribeiro[26] mostram que essas experiências de extensão, ancoradas na EPS, têm possibilitado aos futuros profissionais de saúde a construção de um pensamento crítico e reflexivo sobre os problemas de saúde, o desenvolvimento de competências que permitam a aproximação com a realidade de vida e saúde da população e o compromisso com a transformação dessa realidade, orientada pela defesa dos interesses públicos de saúde.

Nesse sentido, esses estudos estão em consonância com o processo pedagógico da disciplina Educação Popular em Saúde, aqui analisado, que contribuiu para a formação de um aluno crítico e reflexivo, capaz de conhecer e intervir no processo de produção dos serviços de saúde, com vistas a atender as necessidades sociais e a assumir um compromisso ético e político com a construção e consolidação do SUS[27].

A disciplina teve como suportes teóricos a compreensão da Enfermagem como parte do trabalho coletivo em saúde e a percepção de que a articulação entre trabalho e educação se estabelece no processo ensinar/aprender, que resulta na produção da força de trabalho e tem como paradigma a concepção da educação como espaço de transformação capaz de produzir a força de trabalho de Enfermagem, comprometida com a transformação dos serviços de saúde e da sociedade em geral.

A Faculdade de Enfermagem (Faen) da UERN assume a articulação ensino-trabalho como um projeto político com uma nova concepção sobre o pensar/fazer na perspectiva de transformar a relação da construção do saber de teoria-prática para a relação prática-teoria-prática[27]. "Assim, o esforço para a construção do projeto político pedagógico da Faen é, por consequência, o esforço de construção da política de articulação ensino-trabalho"[27] (p. 41).

Comprometidos com esses marcos teóricos e metodológicos, os docentes da disciplina de EPS tomaram a articulação ensino-trabalho como ponto-chave, a qual se destacou como uma potencialidade do processo pedagógico adotado.

Guizardi et al.[28] colocam que, para os estudantes, os cenários de prática tornam-se espaços em que o conhecimento ganha vida e se confronta com desafios que exigem postura ativa, em que os componentes do currículo são mobilizados e articulados conforme os problemas colocados pela prática. Para os trabalhadores dos serviços, a proximidade com o discente os tem levado a refletir sobre sua prática e a buscar novos conhecimentos, o que os instiga à não-acomodação nas rotinas dos desafios apresentados pelo cotidiano do trabalho.

Entretanto, essa articulação entre atores da universidade e do SUS, no caso, estudantes de graduação e ACSs, não foi fácil e se constituiu em um desafio para os docentes. A primeira dificuldade encontrada para essa articulação acontecer na disciplina de EPS foi a falta de apoio da gestão do SUS. Esta apenas autorizou que os ACSs participassem dos encontros, mas não forneceu auxílio ao seu deslocamento para os encontros em sala de aula, na universidade; não incentivou a expansão dessa capacitação a outros agentes

do município; não dialogou com a universidade sobre a importância da proposta para o SUS. Isso reflete a incipiência/falta de uma política de educação permanente do SUS municipal para seus trabalhadores e aponta a necessidade de haver uma maior parceria entre a gestão do sistema e a academia.

Ao mesmo tempo em que o diálogo entre saberes potencializa o processo ensino/aprendizagem, ele constitui um desafio para os docentes, no sentido de conduzirem esse processo, articulando os dois públicos, e problematizarem saberes e práticas vivenciados pelos ACS, em especial, no que tange à Educação em Saúde, de maneira a (res)significá-los na perspectiva da Educação Popular em Saúde para o SUS. A EPS, mais que um instrumental metodológico, "é uma forma de conceber o mundo, pois indica uma ação educativa estritamente vinculada à reflexão com perspectiva de transformação"[26] (p. 345).

Entre as facilidades para o desenvolvimento da disciplina de EPS, destacaram-se o envolvimento e o desempenho dos graduandos de Enfermagem e dos ACSs nas atividades pedagógicas. Os conteúdos escolhidos e as metodologias adotadas com base na pedagogia da problematização apresentaram-se como potencialidades para o ensino de EPS para o SUS.

No entanto uma das dificuldades sentidas pelos docentes foi a localização da disciplina Educação Popular em Saúde no curso de graduação em Enfermagem, pois, como ela foi ministrada no primeiro ano do curso, os alunos ainda não tinham um conhecimento-base sobre concepções de saúde, políticas públicas de saúde e processo de construção e consolidação do SUS. Portanto, sugere-se que as ofertas das disciplinas de EPS, nos cursos de graduação, ocorram após os estudantes já terem acumulado, mediante outras disciplinas, conhecimentos básicos de Saúde Coletiva.

Considerações finais

A experiência de ensino, articulando Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiros em formação, responde a uma dupla necessidade do SUS: reorientar os processos formativos de cursos de graduação em Saúde, no sentido de formar trabalhadores capacitados para a construção desse sistema; e qualificar os trabalhadores dos serviços para o exercício da EPS, aqui reconhecida como política pública importante à consolidação do SUS.

A necessidade de qualificação dos trabalhadores de saúde, quando se trata de EPS, recai, de modo especial, sobre os ACSs, em virtude da especificidade do seu trabalho que os coloca em permanente exercício de diálogo e Educação em Saúde com a população. Isso constitui um desafio para a universidade, haja vista a incipiência de políticas de qualificação, no interior do SUS, que assegurem, ao conjunto de seus atores, a capacitação suficiente ao exercício das ações de Educação em Saúde.

A multiplicação dessas experiências serve para mostrar a viabilidade, reafirmar a necessidade e tencionar os demais atores, sobretudo gestores, profissionais e usuários, de/a perseguirem políticas de formação para os atuais e futuros trabalhadores, por se compreender isso como uma demanda não-secundária à consolidação do SUS.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Albuquerque PC, Stotz EN. A Educação Popular na Atenção Básica à Saúde no município: em busca da integralidade. Interface (Botucatu). 2004;8(15):259-74.

2. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu). 2005;9(16):39-52.

3. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 18-30.

4. Miranda MGO. Projeto político de formação do enfermeiro: contextos, textos, (re) construções [tese]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.

5. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001. Seção 1, p. 37 [acesso 2013 Jun 13]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf

6. Bourdieu P. O poder simbólico. 14a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

7. Tonet I. Educação, cidadania e emancipação humana. Ijuí: Unijuí; 2005.

8. Stotz EN. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 46-57.

9. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad Saude Publica. 2011;27(1):7-18.

10. Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2007.

11. Oliveira MW. Apresentação. Cad Cedes. 2009;29(79):297-306.

12. Benetti OP, Pedrosa JIS, Siqueira TCA. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. Rev APS. 2011;14(4):397-407.

13. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". Interface (Botucatu). 2002;6(10):75-94.

14. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001.

15. Pedrosa JIS. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 13-7.

16. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;4(1):41-65.

17. GM Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

18. Jardim TA, Lancman S. Subjective aspects of living and working within the same community: the realities experienced by community healthcare agents. Interface (Botucatu). 2009;13(28):123-35.

19. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. Physis. 2010;20(4):1143-64.

20. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Physis. 2011;21(3):899-915.

21. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saude Publica. 2008;24(6):1304-13.

22. David HMSL, Acioli S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):127-31.

23. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis. 2004;14(1):67-83.

24. Santorum JA, Cestari ME. A Educação Popular na práxis da formação para o SUS. Trab Educ Saude. 2011;9(2):223-40.

25. Firmino R, Patrício J, Rodrigues L, Cruz P, Vasconcelos AC. Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB. Rev APS. 2010;13(4):523-30.

26. Ribeiro KSQS. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em Fisioterapia. Cad Cedes. 2009;29(79):335-46.

27. Moura A, Miranda MGO, Lima MGA, Filho JB. O desafio da construção de marcos teóricos e metodológicos (re)orientadores da produção da força de trabalho de enfermagem no espaço da FAEN. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cepesq, Abrasco; 2006. p. 33-44.

28. Guizardi FL, Stelet B, Pinheiro R, Ceccim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cepesq, Abrasco; 2005. p. 153-77.

O presente artigo objetiva sistematizar e avaliar uma experiência de ensino de Educação Popular em Saúde (EPS) em curso de graduação em Enfermagem que inseriu Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como discentes. A experiência possibilitou a qualificação dos ACSs, que puderam, mediante conteúdos e metodologias utilizadas, refletir sobre suas práticas de Educação em Saúde, caracterizadas pela imposição de normas e comportamentos, e construir instrumentos para a EPS. A troca de saberes com os ACSs e o conhecimento da realidade de vida/saúde da população possibilitaram aos alunos de Enfermagem construir uma concepção ampliada de saúde e compreender o caráter transformador da EPS no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A experiência permitiu formar trabalhadores sintonizados com os desafios da construção do SUS e qualificar os ACSs para o exercício da EPS, reconhecida como política pública necessária à consolidação desse sistema.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Educação Popular. Capacitação de recursos humanos em saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Educação em Enfermagem.

The teaching of Popular Education in Health for SUS: experience of articulation between nursing students and Community Healthcare Agents

This article aims to systematize and evaluate a teaching experience of Popular Education in Health (PEH) at undergraduate course in Nursing including Community Healthcare Agents (ACS) as students. The experience allowed the qualification of ACS, which could, through content and methodologies, reflect on their practices in health education, characterized by imposition of norms and behaviors, and create tools for Popular Education. The exchange of knowledge with the ACS and the awareness of the population reality of life/health enabled the nursing students to construct a broad view of health and understand the transformative character of EPS in the context of the Unified Health System (SUS). The experience allowed to train nurses in tune with the challenges of SUS building and to qualify ACS for the exercise of EPS, recognized as a public policy required for the consolidation of that system.

Keywords: Health Education. Popular Education. Enablement of human resources for health. Community Health Agents. Nursing Education.

La enseñanza de la Educación Popular en Salud para el SUS: experiencia de articulación entre los estudiantes de enfermería y de los Agentes Comunitarios de Salud

Este artículo pretende sistematizar y evaluar una experiencia en enseñanza de Educación Popular en Salud (EPS) en curso de enfermería, incluido Agentes Comunitarios de Salud (ACS) como estudiantes. La experiencia permitió capacitación de ACS, que a través de contenidos y metodologías, reflejaron sus prácticas de educación para salud, caracterizándose por imposición de normas, comportamientos y desarrollar herramientas para Educación Popular. El intercambio de conocimientos con el ACS y el conocimiento de realidad de vida/salud de la población hizo posible a los estudiantes de enfermería construir una visión expandida de salud y entender el carácter transformador de la EPS en Sistema Único de Salud (SUS). La experiencia ha permitido capacitar los enfermeros en sintonía con desafíos de construcción del SUS y calificar los ACS para el ejercicio de EPS, reconocida como una política pública necesaria a la consolidación de este sistema.

Palabras clave: Educación para la salud. Educación popular. Capacitación de recursos humanos para la salud. Agentes Comunitarios de Salud. Educación en Enfermería.

Recebido em 10/06/2013. Aprovado em 14/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0406

Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas:
contribuições para a gestão participativa do SUS

Fabiana Rodrigues de Sousa[a]

Introdução

Ao longo deste artigo se apresentam reflexões[b] sobre os movimentos de Educação Popular e Saúde (EPS) e de organização de prostitutas e suas contribuições para a gestão participativa do SUS (Sistema Único de Saúde). São descritas diferentes formas de participação popular implementadas por prostitutas em sua trajetória de luta por direitos, especialmente, na busca por saúde e pelo reconhecimento de sua profissão.

A organização dessas mulheres teve como impulso inicial a denúncia, em 1979, da violência policial e discriminação a que elas estavam submetidas, mas a articulação em associações e rede[c] se efetiva, nas décadas de 1980 e 1990, no contexto de enfrentamento à Aids. Todavia, mesmo antes do estabelecimento de relações formais entre prostitutas organizadas e o setor Saúde, essas mulheres já elaboravam discursos referentes "à noção de conceito ampliado de saúde", ressaltando a importância da "participação popular no controle social" e da "informação, educação e comunicação como inerentes ao direito à saúde"[1] (p. 83).

O conceito ampliado de saúde (enquanto área do saber, setor produtivo e estado de vida) gestado no processo da Reforma Sanitária fundamentou a política que orientou a criação do SUS. O processo de Reforma Sanitária e SUS podem ser entendidos como respostas estruturadas pela sociedade brasileira para enfrentar "o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde", defendendo assim a "democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos"[2] (p. 29).

O SUS ancora-se em princípios como a universalidade, equidade, integralidade e participação da sociedade na formulação e controle das políticas públicas de saúde. A política adotada visa a construir um modelo de atenção à saúde pautado nas demandas dos diversos grupos sociais e na ampliação de suas condições de cidadania por meio da gestão democrática e participativa.

A gestão participativa do SUS configura-se como processo de mediação entre as demandas dos distintos grupos sociais e a intervenção do Estado, voltada à definição e à execução de estratégias para atender as necessidades apresentadas. Para que essa forma de gestão se efetive, torna-se necessário o fortalecimento do processo de controle social que, por sua vez, requer a crescente organização dos grupos sociais e o desenvolvimento de diversas formas de participação popular.

A Lei nº 8.142/90[3], que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS determina duas instâncias colegiadas obrigatórias de controle

[a] Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Unidade Maria Auxiliadora. Av. de Cillo, 3500, Pq. Universitário. Americana, SP, Brasil. 13467-600. fabiana.sante@am.unisal.br
Agência de fomento: Fapesp.

[b] Esse artigo é resultado de reflexões tecidas em diálogo com mulheres prostitutas que exercem trabalho sexual em São Carlos/SP e com participantes de associações de prostitutas, nas cidades de Belo Horizonte/MG, Campina Grande/PB, João Pessoa/PB e Recife/PE, durante realização de pesquisas de doutorado, concluída em 2012, e pós-doutorado, em desenvolvimento, com intenção de compreender como essas mulheres se educam na prática da prostituição. Ambas as pesquisas foram fomentadas pela Fapesp.

[c] A Rede Brasileira de Prostitutas é formada por associações localizadas nas diferentes regiões do país e tem como missão promover a articulação política do movimento organizado de prostitutas e o fortalecimento da identidade profissional da categoria.

social: as conferências e os conselhos de saúde. No entanto, para que a gestão participativa se efetive, para além dos colegiados institucionais, faz-se necessária a criação de outros espaços de participação que possibilitem a apreensão de interesses, compreensões de saúde e projetos de vida dos grupos populares.

Por estarem presas a questões gerenciais do sistema, instâncias como os conselhos e as conferências de saúde nem sempre dão conta de implementar a participação dos usuários na redefinição das ações executadas nos serviços de saúde.

> Há inúmeros mecanismos de boicote a uma participação mais efetiva dos moradores. E é no cotidiano das práticas de saúde que o cidadão é desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, em vez de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza[4] (p. 120-1).

Nesse contexto, a EPS apresenta contribuições relevantes à gestão participativa do SUS, ao passo que potencializa o controle social e o desenvolvimento de mecanismos de escuta para apreender as demandas e opiniões da população acerca dos serviços de saúde, bem como suas maneiras de compreender os processos de cura e adoecimento.

Ao discorrer sobre contribuições da Educação Popular no campo da saúde, Oliveira[5] destaca a apreensão de conhecimentos e saberes construídos nas relações entre pessoas de grupos populares e pessoas de grupos de cultura letrada/erudita. A autora ressalta o aspecto pedagógico dessas relações e afirma que nelas, "ora em oposição, ora em diálogo – defrontam-se percepções de corporeidade, visões de mundo e de ser humano"[5] (p. 298).

As diversas "concepções de mundo, de vida e de morte, de justiça social, de ambiente saudável, de felicidade e bem-estar e transcendência" engendram um modo extremamente complexo por meio do qual as pessoas de classes populares percebem e explicam os problemas de saúde[6] (p. 43).

O reconhecimento das contribuições do movimento de EPS na apreensão dessas diferentes percepções de mundo e de saúde, estratégia essencial para o cuidado integral à saúde e para gestão participativa, culminou na elaboração da Política Nacional de Educação Popular e Saúde institucionalizada em março de 2012. A Educação Popular é entendida como referencial teórico-metodológico que pode favorecer a mobilização social em defesa do SUS, ao fomentar o diálogo permanente entre Estado e os diferentes segmentos sociais com vistas a elucidar a importância dos múltiplos saberes na universalização do direito à saúde e na construção de estratégias mais eficazes e condizentes com as realidades vividas por cada grupo social.

Pedrosa[7] afirma a importância de ações de Educação Popular e Saúde para o SUS no sentido de fortalecer a participação popular no sistema, reafirmar seus princípios diante da sociedade, exigir diálogo e transparência do governo e informar os usuários acerca de seus direitos. Entretanto, para que isso se efetive é preciso:

> [...] proporcionar e ampliar encontros onde os movimentos e governo possam agir como sujeitos, dotados de autonomia, imbuídos da vontade política de construir uma sociedade menos desigual, qualificando ao mesmo tempo a participação popular e a gestão no sentido de imprimir eficácia democrática à política de saúde[7] (p. 312).

Um exemplo de espaço de participação popular pautado no referencial da EPS, que propicia o diálogo entre diferentes saberes na construção dos conhecimentos em saúde, são as chamadas Tendas Paulo Freire, realizadas nos eventos da área. Com inspiração nos círculos de cultura propostos na pedagogia freireana, essas tendas vêm promovendo o entrelaçamento entre a teoria e a prática e a visibilidade de militantes, educadores e práticos populares de cuidado que, historicamente, foram invisibilizados no contexto de produção do conhecimento e articulação política[8].

Ao analisar relações entre Educação Popular, saúde e grupos populares, Arroyo[9] destaca o potencial do movimento de EPS no desvelamento de autoimagens positivas que esses grupos constroem e que se contrapõem às imagens estereotipadas e depreciativas, frequentemente, veiculadas nos meios de comunicação acerca desses grupos.

Em estudo sobre representações da prostituição nos discursos do SUS e do terceiro setor, Lenz[1] lista algumas dessas imagens veiculadas sobre as prostitutas:

> Lixo e esgoto; mal necessário; degenerada nata; uma mulher inacabada; mulher dessexualizada, fria; louca moral; desvio moral; inimiga do trabalho; fantasma e ameaça social (como principal transmissora de doenças venéreas e potencial transmissora de maus exemplos para outras mulheres); [...] vítima (seja da miséria, da escravidão ou do tráfico internacional de mulheres); femme-fatale, mulher pervertida e doente[1] (p. 27-8).

> Muitas dessas representações foram cunhadas pelo discurso médico, ancoradas na forma como a sexualidade era concebida no século XIX. Ao analisar o saber médico e a prostituição, por meio do estudo de textos produzidos no Rio de Janeiro entre 1840 e 1890, Engel[10] conclui que os médicos concebiam "a sexualidade como função orgânica vinculada a necessidade de reprodução", sendo assim, a prostituição fora inserida "no espaço da sexualidade pervertida" por vincular-se às ideias de "prazer excessivo e não reprodução". O discurso médico, até então, era formulado a partir de duas temáticas centrais e contrapostas: "a da *prostituição*, concebida como espaço de sexualidade doente, como lugar das perversões; e a do *casamento*, concebido como instituição higiênica e único espaço da sexualidade sadia"[10] (p. 71-3).

O advento das doenças venéreas, principalmente a sífilis, fez com que a prostituta figurasse como foco do discurso médico higienista. O combate à propagação das doenças venéreas justificava a repressão voltada às prostitutas que passaram a ser percebidas como transmissoras de doenças sexualmente transmissíveis Essa percepção da prostituta é reafirmada com o surgimento da epidemia da Aids, tanto que ela passa a integrar os chamados "grupo de risco". Todavia, Guimarães e Merchán-Hamann[11] alertam para a mudança de conjuntura entre o advento da sífilis e a epidemia da Aids, posto que a década de 1980, no Brasil, tenha sido marcada pela crescente mobilização de diferentes movimentos sociais em busca do restabelecimento da democracia e do exercício pleno da cidadania.

> [...] o movimento brasileiro de prostitutas integrou a questão do HIV/Aids na sua agenda política, tomando a síndrome como um fator importante a ser considerado no exercício da profissão. Com a politização da prevenção do HIV/Aids, esse movimento potencializou e ampliou, para a sociedade em geral, suas ações políticas, no sentido de obter a legalização da profissão como um componente importante da estratégia para a atenuação dos fatores que vulnerabilizam o grupo para a doença[11] (p. 527).

É, portanto, num contexto de enfrentamento à discriminação, à violência e a Aids/HIV que prostitutas se organizam, no Brasil, com intuito não apenas de denunciar os estereótipos e as práticas repressivas voltados a elas, mas também de construir autorrepresentações que confrontam o discurso hegemônico[1].

A organização de prostitutas no Brasil: suas formas de participação

De modo geral a participação popular compreende as diversas ações implementadas por distintas forças sociais com intenção de influenciar a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas nas áreas de saúde, educação, moradia, etc. No entanto, a integração de grupos "marginalizados" e o apoio social também podem ser entendidos como formas recorrentes de participação[12,13].

A proposta de integração de grupos "marginalizados" parte do entendimento de que a sociedade é sadia e os seres que se encontram às suas margens estão nesse lugar porque apresentam atributos indesejáveis – pobreza, ignorância, sexualidades dissidentes[(d)], etc. Assim, atribui-se aos excluídos a culpa por sua exclusão e daí a necessidade de pensar em ações para reintegrá-los à sociedade, em vez de ações voltadas a transformar as estruturas sociais.

[(d)] Práticas sexuais que são alvo de estranhamento e/ou reprovação por não corresponderem às práticas tidas como aceitáveis no processo de normatização e naturalização da sexualidade14.

Durante muito tempo, prostitutas foram e vêm sendo alvo de propostas que visam a integrá-las socialmente. Diferentes instituições oferecem cursos de curta duração como artesanato, culinária e outros que possam se constituir como fonte de renda alternativa e possibilite que essas mulheres abandonem a prostituição. Prostitutas organizadas têm assumido uma postura crítica diante dessas ações, considerando que elas corroboram sua vitimização em vez de favorecer o desenvolvimento da autonomia.

Além disso, essa perspectiva ratifica a compreensão de que a sociedade não precisa ser transformada, o preconceito não precisa ser problematizado e as prostitutas é quem devem se adequar aos valores morais vigentes, abandonando a prática da prostituição para que possam ser aceitas e respeitadas socialmente.

Com intenção de refutar a representação social que tende a perceber a prostituta como vítima ou "coitadinha" – prostituída pela falta de outras oportunidades na vida, o movimento organizado utiliza a estratégia de desvelar o estigma e a discriminação como injustiças sociais que recaem a essas mulheres, sendo assim, afirmar-se positivamente configura-se como enfrentamento a esse julgamento errôneo nutrido socialmente. A autonomia é percebida, dessa forma, "como base axiológica da luta", na qual positivar-se significa:

> [...] não sair da prostituição, mas mobilizar-se coletivamente para tirar a experiência cultural completa da prostituição do lugar de marginalidade historicamente construído e, por meio de um novo sistema de relações e afinidades, inseri-la no universo das legitimidades. Sair da "zona", não da prostituição[15] (p. 288).

A luta dessas mulheres por autonomia e representação foi iniciada, no Brasil, a partir da solidariedade entre prostitutas e travestis que prestavam serviços sexuais na chamada "Boca do Lixo" – área de prostituição localizada na cidade de São Paulo/SP. Na década de 1970, por determinação do, então, delegado Wilson Richetti uma onda de violência, que tinha como alvo pessoas que exerciam prostituição na região, culminou na morte de uma travesti e uma mulher grávida.

Com intuito de manifestar repúdio a esses atos, prostitutas, travestis e demais pessoas que reprovavam essa violência realizaram uma passeata, em 1979, no centro de São Paulo. Com a repercussão da passeata, o governo do Estado resolveu afastar o delegado e, a partir dessa experiência, prostitutas perceberam que por meio de sua organização poderiam conquistar a visibilidade necessária para denunciar a violência sofrida e divulgar suas reivindicações.

Gabriela Leite[e] participou dessa manifestação na Boca do Lixo e, em 1987, organizou o I Encontro Nacional de Prostitutas, na cidade do Rio de Janeiro com apoio de diversas pessoas da sociedade civil como artistas, advogados, jornalistas, dentre outros. Um desdobramento desse encontro foi a formulação da Rede Brasileira de Prostitutas (RBP).

Com a abertura política e consolidação da RBP, nota-se crescente participação de representantes desse segmento social na formulação, execução e avaliação das políticas públicas. Ao longo da década de 1990, representantes de associações de prostitutas e homossexuais participaram ativamente da formulação e execução de projetos ligados à Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. Com a contribuição desses segmentos sociais, o programa brasileiro de combate às DST/Aids torna-se uma referência mundial ao desviar o foco das ações de prevenção dos chamados "grupos de risco" para as fantasias sexuais[16].

A participação de prostitutas e homossexuais favoreceu o questionamento crítico acerca do estigma presente na concepção dos chamados "grupos de risco". A mudança do foco para a questão das fantasias permitiu a realização de um levantamento das principais fantasias sexuais da população brasileira e a criação de estratégias de prevenção e negociação do preservativo em cada situação identificada.

Temas como relações de gênero, direitos humanos e prazer passam a ser fundamentais nas estratégias de prevenção, destaca-se, como exemplo, a erotização no uso de preservativo, mecanismo eficaz de negociação entre mulheres e seus parceiros afetivos, notadamente em negociações estabelecidas em contextos de prostituição[16].

Dentre as ações realizadas como fruto de parceria entre a Coordenação Nacional de DST/Aids e o movimento de prostitutas, destacam-se o Projeto Previna e a Campanha *Sem vergonha, garota. Você tem profissão*. O Projeto Previna visava à formação de agentes multiplicadores aptos ao desenvolvimento de intervenções de prevenção face a face e foi a primeira ação voltada especificamente a pessoas trabalhadoras do sexo.

A campanha *Sem vergonha, garota. Você tem profissão,* lançada em 2002, almejava desenvolver a autoestima e a cidadania das prostitutas como forma de mobilizá-las para a promoção da saúde. O título dessa campanha reflete uma aceitação por parte de setores do governo no sentido do reconhecimento da atividade exercida por prostitutas como profissão. Tanto que nesse mesmo ano, as prostitutas efetivaram uma conquista importante, ao conseguirem a inclusão do descritor "profissional do sexo" na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério de Trabalho e Emprego, caracterizando a prestação voluntária de serviços sexuais como ocupação[16].

Apesar dessa conquista, o processo de luta por direitos, implementado pelas prostitutas, segue marcado por conflitos e tensões, se a década de 1990 fora marcada pelo estabelecimento de diálogo com setores da área de saúde, atualmente, uma lógica de rupturas e conservadorismo vem permeando as ações dos distintos setores do governo de modo a refutar o reconhecimento da prestação de serviços sexuais como profissão. Essa reação conservadora pode ser observada na maneira como foram encaminhados os projetos de Lei nº 98/2003 e nº 4211/2012, propostos com intenção de regulamentar a atividade exercida pela prostituta.

O primeiro deles, proposto por Fernando Gabeira, dispunha sobre a exigibilidade de pagamento por serviços de natureza sexual e propunha a supressão dos artigos 228 (favorecimento à prostituição), 229 (manter casa de prostituição) e 231 (rufianismo) do Código Penal Brasileiro, tendo em vista que,

[e] Fundadora da ONG Davida e da grife Daspu. Exerceu prostituição na Boca do Lixo (SP) e na Vila Mimosa (RJ), cursou sociologia na USP, na década de 1970, e tornou-se uma das lideranças do movimento social de prostitutas na luta por seus direitos.

no Brasil, não é crime ofertar ou demandar serviços sexuais por que tipificar como crime quem favorece a prostituição.

Depois de ser arquivado diversas vezes, em 2007, o projeto volta a ser discutido na Câmara mediante solicitação de Fernando Gabeira. Após ser analisado por um grupo composto por 13 parlamentares de diferentes filiações partidárias, o projeto de Lei nº 98/2003 foi rejeitado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania que acolheu o parecer do relator Antônio Carlos Magalhães Neto contrário à proposta.

O segundo projeto foi apresentado em 2012[f]. Sua elaboração é fruto do diálogo entre representantes da ONG Davida e do deputado Jean Wyllys com intenção de regulamentar a atividade de profissionais do sexo e exigir juridicamente o pagamento pela prestação de serviços de natureza sexual a quem os contrata. O projeto prevê a aposentadoria especial de 25 anos aos profissionais do sexo e propõe alterações na redação de artigos do Código Penal com intuito de marcar a distinção entre prostituição e exploração sexual.

[f] O projeto tramita na Câmara e terá como relator o deputado pastor Eurico, designado pelo deputado pastor Marco Feliciano – presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara.

Em consonância com o pensamento exposto por diferentes associações de prostitutas, o projeto de lei aponta que o reconhecimento da profissão se configura como modo eficaz de potencializar o acesso a direitos e de combater a exploração sexual, ao passo que favorecerá a fiscalização e controle do Estado, minimizando a corrupção de policiais e a cobrança de propina em troca de silêncio sobre o funcionamento de casas de prostituição[17].

Desvincular o tema da prostituição de temáticas como exploração sexual, tráfico de pessoas e turismo sexual constitui-se como reivindicação do movimento de prostitutas incorporada em sua agenda afirmativa como ação estratégica de combate as DST/Aids do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Esse documento propõe "estratégias intersetoriais que visam a ampliar o acesso aos insumos e às ações de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da aids para mulheres das diferentes regiões de nosso país"[18] (p. 3).

Na avaliação das prostitutas, essas estratégias intersetoriais não foram efetivadas e ações estratégicas propostas em sua agenda afirmativa (inclusão do tema prostituição na política HumanizaSUS, sensibilização de gestores e gestoras de programas de saúde para inclusão do tema prostituição e saúde como acesso e qualidade da atenção, qualificação dos profissionais dos serviços públicos de saúde, incluindo em sua formação o tema prostituição) não foram devidamente implementadas[18].

Gabriela Leite[19] comenta os resultados de duas consultas sobre prostituição, uma nacional, realizada em Brasília, e outra latino-americana, realizada em Lima/Peru. Em ambas, houve efetiva participação de mulheres prostitutas com orientação trabalhista – ligadas à Rede Brasileira de Prostitutas e com orientação abolicionista – vinculadas à Federação de Mulheres Prostituídas, bem como de travestis que defendiam ou deploravam o trabalho sexual.

A grande representatividade resultou na elaboração de recomendações, que apesar da divergência de perspectivas quanto à compreensão de prostituição, convergiam no destaque à importância das questões transversais para a prevenção das DST/Aids. Todavia, de acordo com Gabriela Leite, o relatório com o resultado de tais consultas não foi retomado e possivelmente esquecido em alguma gaveta.

Ao constatar que a participação do movimento social nos espaços de formulação de políticas públicas de saúde não gerou mudanças estruturais e que a prostituta continua sendo considerada público-alvo dos projetos de saúde, associações ligadas a RBP tomaram a decisão, em 2011, de não mais participar

de editais do Ministério da Saúde que oferecem recursos a projetos voltados ao combate a DST/Aids. Essa foi uma estratégia política para afirmar sua condição de sujeito de direitos e demonstrar ao Estado que além da dimensão da saúde, o cotidiano das prostitutas é marcado por outros temas e demandas, dentre elas a busca pelo reconhecimento de sua profissão[20].

Ações educativas e apoio social: reinventando a participação

Ao avaliarem que sua participação em espaços de formulação de políticas e ações de saúde não gerou as mudanças estruturais almejadas, sobretudo, no modo como o Estado e os distintos grupos sociais percebem a prostituta, associações da categoria decidiram ampliar suas formas de atuação reconhecendo a necessidade de criar e executar ações educativas ligadas à cultura e à moda com intuito de afirmar o protagonismo das prostitutas e refutar a perspectiva que tende a retratá-las como vítimas destituídas de agência.

Como exemplos dessas ações, destacam-se, a elaboração do Jornal Beijo da Rua – que veicula o pensamento das prostitutas e dá visibilidade a suas atividades, a criação da grife Daspu e a organização de desfiles de moda –, projeto autossustentável, gerido por prostitutas, que permite captação de renda, iniciativas organizadas pela ONG Davida, no Rio de Janeiro.

Outra ação que visa a combater o preconceito contra a prostituição e permitir a integração entre prostitutas e outros atores sociais é a realização da Corrida da Calcinha pela Associação de Prostitutas da Paraíba (Apros-PB), que consiste num evento cultural cuja largada ocorre na rua da Areia (João Pessoa), onde as pessoas correm com uma calcinha na cabeça. No decorrer do dia, há diversas atividades culturais: *shows*, leitura de poesia, cinema de rua, tenda e oficinas de beleza, etc.

Outro exemplo que visa a promover a cidadania e autoestima da prostituta são as ações desenvolvidas pela Associação de Prostitutas de Minas Gerais (Aprosmig), tais como o concurso Miss Prostituta, realizado com objetivo de problematizar o preconceito, e o curso de idiomas oferecido, desde 2013, a profissionais do sexo da região de Belo Horizonte para que essas pessoas ampliem as condições de negociação com clientes estrangeiros que virão ao Brasil na ocasião da Copa do Mundo de 2014.

A promoção dessas ações educativas e culturais pode ser considerada como forma de apoio social. Valla[12] define apoio social como qualquer informação e/ou auxílio material oferecidos por grupos ou pessoas com intenção de gerar efeitos emocionais e comportamentos positivos tanto para quem oferece o apoio como para quem o recebe, permitindo que tenham sentido de controle sobre suas vidas. Destacam-se como contribuições dessa forma de participação o desenvolvimento da autoconfiança, o envolvimento comunitário e a promoção do empoderamento dos sujeitos que, por meio do apoio mútuo e solidariedade, passam a se reconhecer como pertencente a uma comunidade com demandas próprias que podem ser atendidas ou não a depender de sua atuação.

Destarte, por meio do apoio social, efetivado pelas associações de prostitutas com o desenvolvimento de ações educativas como organização de jornais, de cursos e eventos artísticos (saraus, peças de teatro, desfiles de moda, etc.), essas mulheres vêm questionando a posição de vítima e afirmando a condição de sujeito de direitos e deveres. Tendo avaliado que sua atuação em setores responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas de saúde não resultou nas mudanças almejadas, prostitutas lançam mão de outras formas de participação, considerando que a linguagem artística em ações educativas e culturais poderá favorecer a construção de um novo olhar acerca da mulher prostituta e da própria compreensão de saúde.

Diferentes associações da categoria, por meio do apoio social, questionam o olhar reducionista que percebe a prostituta como sinônimo de genitália. Gabriela Leite denuncia que a prostituta é percebida nas ações do governo:

> [...] apenas como um corpo, e da cintura para baixo. [...] Chegamos à conclusão de que estamos confinadas na saúde, outra vez associadas a doenças, como no século XIX – tem também a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), mas é só isso. Não estamos na Secretaria de Direitos Humanos, na de Políticas para Mulheres, no Ministério da Cultura, e a justificativa é sempre que já estamos na Aids[21] (s.p.).

Para romper com essa visão fragmentada de saúde que percebe a prostituta como corpo da cintura para baixo e não como corporeidade, faz-se necessária a renovação do diálogo com o governo, buscando uma articulação com diferentes setores. Essa proposta está em consonância com diretrizes da ParticipaSUS que, para consolidar o SUS como política de inclusão social, destaca a intersetorialidade como estratégia vital para a garantia do direito à saúde. Depreende-se, portanto, que, para consolidar o SUS como política de efetiva universalização da saúde e desenvolvimento da cidadania, é preciso aperfeiçoar os processos de mobilização e participação social, promovendo a ampliação de canais de escuta da população[22].

Considerações finais

A trajetória de organização de prostitutas, no Brasil, analisada à luz do referencial da Educação Popular, permite descortinar contribuições relevantes para a gestão participativa do SUS, dentre elas, destaca-se a afirmação do protagonismo das prostitutas que permite a geração da autoconfiança e autonomia necessárias para promover o seu reconhecimento como sujeito de direitos e o empoderamento desse grupo social.

Outra contribuição desse movimento social consiste na denúncia e problematização de mitos e estereótipos acerca da prostituta que apontam para os preconceitos e valores morais socialmente nutridos sobre essas mulheres e que, historicamente, têm legitimado a exclusão social e violência impostas a esse segmento social.

Associações de prostitutas denunciam a discriminação e o preconceito implícitos nas imagens vitimizantes, frequentemente, veiculadas sobre elas tanto na mídia como em estratégias de promoção da saúde elaboradas pelo governo. Os Centros de Testagem e Aconselhamento e os consultórios de rua podem ser entendidos como exemplos de ação governamental que pode favorecer a cristalização de preconceitos em relação às prostitutas e a segregação social.

Esses programas foram inicialmente pensados para população com alta vulnerabilidade social e em situação de rua e vêm sendo oferecidos a prostitutas como alternativa para prevenção de DST/Aids. Prostitutas têm questionado por que tais alternativas não são oferecidas às mulheres de outros grupos sociais, mas apenas às prostitutas e usuárias de drogas que se encontram em situação de rua, o que pode corroborar a percepção de que elas não possuem o direito de frequentar as unidades básicas de saúde como as demais cidadãs.

A construção de uma sociedade mais justa e de um SUS pautado na gestão participativa requer a desconstrução de estereótipos e a consolidação de canais efetivos que permitam identificar as diversas demandas e necessidades das prostitutas, requer a consideração de que não é possível discutir saúde sem levar em conta os direitos humanos, as relações de gênero, a divisão sexual do trabalho e os modos pelos quais a sociedade percebe a ocupação exercida por essas mulheres.

Destaca-se, ainda, como contribuição dessas mulheres para fomentar uma gestão participativa no SUS a reinvenção de formas de participação social e o uso da arte para expressar suas demandas, anseios e sentimentos por meio de ações culturais e educativas, com intenção de favorecer um novo olhar acerca da prostituta, no qual ela possa ser apreendida como corporeidade, isto é, como ser no mundo que se movimenta permanentemente em busca de ser mais.

Referências

1. Lenz FC. O Estado da saúde e a "doença" das prostitutas: uma análise das representações da prostituição nos discursos do SUS e do terceiro setor [monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Osvaldo Cruz; 2011.

2. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saude em Debate. 2009;33(81):27-37.

3. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Presidência da República, Casa Civil; 1990.

4. Vasconcelos EM. Educação Popular em Saúde: de uma prática subversiva a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. In: Streck DR, Esteban MT, organizadores. Educação Popular: lugar de construção social coletiva. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 110-27.

5. Oliveira MW. Apresentação. Cad Cedes. 2009;29(79):297-306.

6. Stotz EM, David HMSL, Bornstein VJ. Educação Popular em Saúde. In: Martins CM, Stauffer AB, organizadores. Educação em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 35-70.

7. Pedrosa JIS. Educação popular em saúde e gestão participativa no sistema único de saúde. Rev APS. 2008;11(3):303-13.

8. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. Política Nacional de Educação Popular e Saúde. Brasília (DF): SGEP; 2012.

9. Arroyo MG. Educação popular, saúde, equidade e justiça social. Cad CEDES. 2009; 29(79):401-16.

10. Engel M. Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890). São Paulo: Brasiliense; 2004.

11. Guimarães K, Merchán-Hamann E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. Rev Estud Fem. 2005;13(3):525-44.

12. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saude Publica. 1999;15(2):7-14.

13. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cad Saude Publica. 1998;14(2):7-18.

14. Figari C, Díaz-Benítez ME, organizadores. Prazeres dissidentes. Rio de Janeiro: Garamond; 2009. p. 21-9.

15. Olivar JMN. Devir puta: políticas da prostituição de rua na experiência de quatro mulheres militantes. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2013.

16. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. (Séries Manuais; 47).

17. Wyllys J. Projeto de Lei nº 4211/2012 [Internet] [acesso 2013 Mar 29 2013]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb /fichadetramitacao?id Proposicao=551899

18. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Versão revisada.

19. Leite GS. Algumas poucas considerações sobre prostituição, aids e vida [Internet] [acesso 2013 Abr 20]. Disponível em: www.umbeijoparagabriela.com /?p=2882

20. Lenz FC. Decisão histórica: prostitutas rejeitam financiamento para combate a Aids. Jornal Beijo da Rua. 2011 Ago.

21. Lenz FC. Políticas de prevenção para prostitutas desconsideram direitos e cidadania: movimento social propõe ao Estado retomar diálogo e ações históricas. Jornal Beijo da Rua. 2012 Ago.

22. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. PARTICIPASUS: política nacional de gestão participativa para o SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

El Sistema Público de Salud Brasileño se basa en los principios de universalidad, equidad, integralidad y participación de la sociedad en la formulación y control de políticas de salud. La Educación Popular en Salud amplía la participación popular de los diferentes grupos sociales y lo desarrollo de mecanismos de escucha para captar sus demandas y opiniones acerca de los servicios de salud. Este artículo presenta diferentes formas de participación popular de lo movimiento social de prostitutas y su lucha por el derecho a la salud, a fin de descubrir sus contribuciones a la reflexión sobre las posibilidades y dificultades de implementación de una gestión participativa en el SUS.

Palabras clave: Educación popular. Participación popular. Prostitutas.

Popular Education in Health and participation of prostitutes: contributions to participatory management of SUS

The SUS – Brazilian public health system – is anchored in the principles of universality, equity, integrality and participation of society in the formulation and control of public health policies. The Popular Education and Health favors popular participation of different social groups and development of mechanisms for listening to apprehend their demands and opinions about the health services. This paper present different forms of popular participation by social movement of prostitutes and their engagement in the struggle for the right to health, in order to uncover contributions that social group adds to the reflection on the strengths and difficulties of develop a participatory management in the SUS.

Keywords: Popular education. Popular participation. Prostitutes.

Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS

O Sistema Único de Saúde ancora-se em princípios como a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação da sociedade na formulação e controle das políticas públicas de saúde. A Educação Popular em Saúde potencializa a participação popular de diferentes segmentos sociais e o desenvolvimento de mecanismos de escuta para apreender demandas e opiniões da população acerca dos serviços de saúde. Este artigo apresenta diferentes formas de participação popular protagonizadas pelo movimento social de prostitutas e seu engajamento na luta pelo direito à saúde, com intuito de descortinar contribuições que esse grupo social acrescenta à reflexão acerca das potencialidades e dificuldades de implementação de uma gestão participativa no SUS.

Palavras-chave: Educação popular. Participação popular. Prostitutas.

Recebido em 05/02/2013. Aprovado em 14/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0415

Extensão Popular na formação profissional em saúde para o SUS:

refletindo uma experiência*

Maria Francilene Leite[a]
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro[b]
Ulisses Umbelino dos Anjos[c]
Patrícia Serpa de Souza Batista[d]

Introdução

A Educação Popular (EP) tem sido concebida de diversas formas, o que dificulta uma conceituação única, universal. Essas diferentes concepções acarretam ações ditas educativas populares com especificidades próprias, distintas e, às vezes, até antagônicas. No entanto, há elementos que obrigatoriamente constituem o arcabouço da Educação Popular sistematizada por Paulo Freire, ou seja, a presença do diálogo, de relações horizontais, da problematização, da aproximação com os espaços populares marginalizados, do compromisso social e da transformação social. Trata-se, portanto, de uma práxis educativa libertadora que apresenta intencionalidade política clara – promover a superação da opressão por meio da conscientização, da análise crítica da realidade, da valorização cultural e do exercício da capacidade de direção política dos oprimidos[1].

A Educação Popular tem reorientado não só o processo de ensino-aprendizagem ou a relação educador/educando, mas tem contribuído significativamente na maneira como os indivíduos – que a conhecem e a vivenciam – posicionam-se e relacionam-se com o mundo e em sociedade. Dessa maneira, pode-se dizer que a EP tem a possibilidade de se ampliar da área da educação, atingindo outras áreas do conhecimento como a filosofia, ciências da religião e saúde.

A integração da EP com a saúde tem contribuído para a superação do biologicismo e das relações verticais e autoritárias, historicamente presentes entre o profissional de saúde e o sujeito no seu processo de adoecimento[2]. Vasconcelos[2] considera a EP uma estratégia para aproximação do saber científico, bem como dos serviços de saúde, com a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, promovendo ações de saúde mais integrais e mais adequadas à vida da população.

Com o processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a sociedade brasileira passa a ter acesso a uma rede de serviços básicos de saúde que, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) em expansão, apresenta o principal meio de reorientação da atenção à saúde. Nesse contexto, milhares de profissionais da saúde estão sendo inseridos no cotidiano do mundo popular e, muitos deles, ainda apresentam uma formação universitária centrada em procedimentos técnicos curativos, com exercício de uma prática clínica individualizada, mantendo relações autoritárias com os usuários e, consequentemente, inapropriadas para a efetivação dos princípios do SUS.

* Elaborado com base em pesquisa de mestrado ainda em andamento, trabalho sem financiamento, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

[a] Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, UFPB. Rua Deputado José Mariz, nº 1040, Tambauzinho. João Pessoa, PB, Brasil. 58042-020. cilene_l@yahoo.com.br
[b] Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. katiaqsribeiro@yahoo.com.br
[c] Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. ulissesanjos@gmail.com
[d] Departamento de Enfermagem Clínica, Centro de Ciências da Saúde, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. patriciaserpa@oi.com.br.

Embora haja um movimento nacional crescente de incentivo às ações de saúde, orientadas pela Educação Popular, e seja clara a sua importância para a prática educativa, essa perspectiva ainda se encontra distante da matriz curricular das universidades de todo o país. Essa distância dificulta a formação de profissionais, voltada para uma perspectiva inclusiva, ou seja, de superação dos métodos tradicionais e autoritários presentes na educação e na prática em saúde para uma atuação humana, ética e horizontal que, ao aproximar-se do sujeito no seu processo de adoecimento, o trabalhador da saúde possa favorecer a superação da opressão e da exclusão social.

A formação de profissionais de saúde coerente com o SUS passa pela mudança no paradigma biomédico ainda vigente, pela conscientização dos trabalhadores de saúde, pelo maior suporte da administração universitária às atividades no ambiente comunitário e pela superação do preconceito dos estudantes em relação à atuação nos serviços públicos. Nesse sentido, a extensão universitária torna-se uma alternativa adiante da rigorosidade do ensino universitário, sendo um espaço privilegiado para a construção de propostas pedagógicas inovadoras.

No ambiente universitário, existem diversas maneiras de pensar e de fazer extensão, porém há uma prática extensionista, baseada nos preceitos da EP, que apresenta intencionalidade política clara, priorizando o diálogo, o protagonismo estudantil e comunitário, a afetividade, o respeito ao senso comum, à cultura, o compartilhamento das experiências e a indissociabilidade entre universidade e sociedade[3,4,5]. Esse tipo de extensão também tem um caráter transformador, inquietante e libertador e recebe o nome de Extensão Popular.

Na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a Extensão Popular está bastante associada ao Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (Pepasf). Trata-se de uma extensão popular interdisciplinar que atua junto à Comunidade Maria de Nazaré, localizada na periferia de João Pessoa, PB, há 15 anos. Nela, o estudante desenvolve atividades de visitas domiciliares semanais, participa do movimento comunitário já existente, das atividades junto à Unidade Básica de Saúde, participa de lutas sociais e de grupos de cuidado.

O Pepasf é um projeto de ampla atuação e que, juntamente com outros projetos de Extensão Popular, forma o Programa de Educação Popular em Saúde (Progeps). Assim, centenas de estudantes da UFPB e de outras instituições dos mais variados cursos têm a oportunidade de participar desse tipo de extensão, influenciando e sendo influenciado por ela.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é abordar a influência da Extensão Popular na formação universitária em saúde para o SUS, considerando a vivência de uma estudante de enfermagem. Essa experiência está sendo objeto de estudo no curso de mestrado da autora e seus orientadores.

As experiências aqui relatadas são fontes de uma observação participante que permitiu ao pesquisador se inserir no grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo e partilhando o seu cotidiano para sentir o que significava estar naquela situação[6]. Os aprendizados adquiridos nas atividades de visitas domiciliares, reuniões semanais e espaços de articulação política comunitária do projeto serão discutidos a seguir, considerando a sua contribuição para formação profissional em saúde e atuação junto ao SUS. É válido ressaltar que os aprendizados aqui relatados são singulares e dependem da disponibilidade de entrega à experiência de cada extensionista.

Visitas domiciliares – o encontro amoroso com o mundo popular

A atividade de visitas domiciliares acontece aos sábados pelo período da manhã e são realizadas por duplas de estudantes de cursos diferentes, sendo que cada dupla acompanha as mesmas famílias toda semana, objetivando o desenvolvimento de vínculo e o exercício do trabalho interdisciplinar, tão caro à saúde.

No decorrer das atividades de acompanhamento às famílias, pude realizar visitas domiciliares semanais com uma estudante de psicologia, com quem formei uma dupla. Em diversas oportunidades, também realizei visitas com outros estudantes e professores de diferentes núcleos profissionais, o que possibilitou uma vivência interdisciplinar muito rica.

A primeira família com a qual tive uma aproximação mais intensa era composta por três membros – Rosa (mãe), Manoel (pai) e Zé (filho). Constantemente, esse microssistema recebia visitas longas de familiares do interior da Paraíba que, geralmente, vinham à cidade de João Pessoa por motivos de saúde. Assim, pude conhecer a dinâmica dessa família e a maneira como os seus membros se relacionavam.

A casa onde essa família morava tinha três cômodos pequenos – sala/cozinha, quarto e banheiro. Apesar da estrutura física precária, sentia-me bastante acolhida no espaço e, durante boa parte da manhã de visitas, sentia-me imersa em um mundo novo, cheio de encontro amoroso e de possibilidades de aprendizado.

Aos sábados pela manhã, após uma rápida reunião na Associação Comunitária Maria de Nazaré (Acoman), todos os extensionistas saíam em duplas para as visitas domiciliares. Ao chegar à casa de Rosa e cumprimentá-la com um abraço fraterno, sentávamos ao redor da mesa da cozinha, tirava o aparelho de verificar pressão arterial da minha bolsa e logo todos estavam reunidos para uma conversa informal.

Embora o procedimento técnico aproximasse as pessoas, ele não era o que as mantinha conosco até o fim da visita. Dialogávamos sobre os mais diversos assuntos – uso de medicações, namoro, trabalho, religião, Deus, escola, drogas, medo da chuva (a casa que eles moravam estava sob o risco de desabamento), dificuldade de atendimento médico, etc. Não havia muitas reclamações, mas pude perceber a dificuldade inerente aquele contexto de vida e a maneira criativa como eles a superavam, principalmente aquelas referentes à questão financeira – analisavam o que era mais essencial e planejavam os gastos com a saúde, com alimentação e manutenção da casa. Pegar ônibus só em ocasiões extremamente necessárias e como alternativas havia a bicicleta e a caminhada.

A maioria das famílias visitadas na comunidade apresenta relações conflituosas escancaradas, ou seja, nos primeiros encontros, o estudante já consegue identificar situações que precisam ser problematizadas e trabalhadas dialogicamente, buscando soluções coletivas. Ao contrário dessa maioria, a família que eu acompanhei era bastante organizada, os seus membros dialogavam e planejavam suas atividades diariamente. Os problemas existentes eram apenas estruturais, inerentes ao contexto socioeconômico no qual estavam inseridos e não pareciam afetar as relações afetivas entre eles.

Nesse sentido, a reflexão sobre as características dessa família, que difere da grande maioria das demais famílias acompanhadas pelo projeto, torna-se necessária. A primeira é a presença de um núcleo familiar bem estruturado e resolvido, ou seja, há um pai e uma mãe que têm suas relações baseadas na amorosidade e no respeito, refletindo na maneira como os filhos se relacionam no microssistema familiar e no mundo.

Outra característica importante dessa família é a dimensão da espiritualidade, traduzida pela busca religiosa, ou seja, a busca pelo divino e transcendental sem estar atrelado a uma religião específica. Fato evidenciado em algumas visitas nas quais presenciei a família reunida lendo a bíblia e falando sobre Deus. Tais características não representam a solução para os conflitos familiares das pessoas das classes populares em geral, porém são dimensões importantes para a formação da personalidade e trazem elementos presentes no que Paulo Freire chama ética universal do ser humano que tem no amor a base para a sua concepção[7].

Ao experienciar esse tipo de organização familiar, o estudante extensionista tem acesso a dimensões afetivas intensas que, além de levantar questionamentos sobre a sua forma de relacionamento interpessoal e intrafamiliar, também reflete na maneira como o cuidado em saúde é concebido. Isso possibilita uma transformação, ou seja, passam-se de relações frias, estritamente técnicas para uma aproximação confiante, amorosa e empática.

Apesar desse microssistema familiar organizado e pouco conflituoso não necessitar de muitas intervenções, pude perceber que a aproximação com o contexto de vida dessas pessoas apresenta aspectos pedagógicos importantes, principalmente na perspectiva da formação de profissionais para atuar no SUS.

A presença do estudante no convívio com a família, conhecendo as suas dificuldades e as estratégias desenvolvidas para enfrentá-las, favorece a ampliação do olhar sobre a saúde, reconhecendo a necessidade de trabalhar além da doença e de partes do corpo físico. Nesse sentido, o estudante percebe a importância da integralidade do cuidado em saúde e aprende que as pessoas apresentam

maneiras singulares de andar a vida, que estão associadas ao contexto social no qual estão inseridas. Percebe também que tais singularidades influenciam no processo de adoecimento e que a culpabilização do sujeito, prática comum no trabalho em saúde, precisa ser combatida, dado o seu caráter discriminante, preconceituoso e opressor em relação ao indivíduo que sofre.

Dessa maneira, pude aprender o que no ensino universitário não estava tão claro – a reconhecer as dificuldades inerentes a um contexto marginalizado e como atuar horizontalmente na construção de novas formas de cuidado em saúde. Aprendi a considerar o outro como incluso nessa construção e como protagonista do seu processo de adoecimento/cura; aprendi que o profissional de saúde, apesar de conhecer e ter domínio de alguns temas importantes para a prática educativa em saúde, não tem a capacidade de fazê-la deslocado do contexto de vida das pessoas e sem considerar previamente o saber e as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano do mundo popular. Aprendi que somos agentes de transformação e que essa transformação tão necessária começa nas nossas relações interpessoais diárias.

A visita domiciliar é uma atividade primordial no Pepasf, pois, por meio dela, o estudante adentra em espaços comunitários marginalizados e com estrutura física precária, conhece maneiras distintas de organização familiar e aprende, nos encontros informais, novas formas de pensar e fazer saúde[8].

Para Vasconcelos[8], a abordagem do funcionamento familiar, que acontece por meio das visitas domiciliares na experiência desse projeto de extensão, tem sido bastante promissora, pois, no mundo popular, devido às impossibilidades financeiras e aos aspectos culturais, a vida torna-se penosa sem o apoio da família e outros elementos da rede de apoio social. Assim, a aproximação com esse microssistema se torna indispensável para o entendimento das dinâmicas próprias do mundo popular, capazes de interferir no processo saúde-doença.

Nesse sentido, os encontros semanais com a mesma família e a relação de confiança que se estabelece em cada conversa, favorece o desenvolvimento de vínculo. Na medida em que a relação de confiança se fortalece e as pessoas compartilham dimensões mais íntimas da sua vida, bem como as estratégias que adotam para lidar com os problemas de ordem familiar e social, os extensionistas se sentem mais estimulados a participar da busca de soluções para os problemas daquela família. O vínculo que se constitui leva o estudante de saúde a contribuir com as pessoas na sua busca infinita de ser mais, a trabalhar com demandas inusitadas e diversas dos indivíduos e não apenas com procedimentos técnicos treinados na universidade[8].

O vínculo afetivo e solidário desenvolvido inicialmente com as famílias visitadas, transforma-se em um vínculo cada vez mais amplo, ou seja, o vínculo familiar amplia-se para um com toda a comunidade e, posteriormente, com todos os oprimidos, subalternos e marginalizados do mundo. Observa-se, portanto, o desenvolvimento, no estudante, do compromisso social e com as causas populares.

Melo Neto[9], teórico da Educação Popular, reconhece nas atividades do Pepasf uma intencionalidade política clara – a de querer formar profissionais com um novo olhar – e acrescenta que o estudante, ao procurar uma família para acompanhar, inverte o jeito de encarar a saúde, pois, nesse caso, não são os "pacientes" que procuram o estudante/profissional, mas o profissional que procura o "paciente". Fala também que, ao adentrar no espaço intrafamiliar, aproximando-se deste, o estudante irá aprender não somente a técnica estrita de sua competência, mas estará se envolvendo em questões espirituais presentes na cultura das comunidades e poderá perceber que a saúde tem uma dimensão social, que ela está em uma pessoa, mas também é um produto social.

Nesse sentido, o acompanhamento familiar, por meio das visitas domiciliares, constitui uma ferramenta presente na Extensão Popular que, além de contribuir para a formação de profissionais de saúde mais humanos, éticos, comprometidos, dialógicos e lutadores da saúde, também contribui para o crescimento e amadurecimento pessoal. Essa experiência faz com que o estudante tenha acesso a novas formas de relacionamento em sociedade, ampliando da interação apenas entre os seus semelhantes para uma relação entre os diferentes – os mais avantajados se misturam com o mundo popular. Essa aproximação gera estranhamentos mútuos, inquieta e leva os envolvidos a uma reflexão crítica sobre o seu posicionamento no mundo.

Vale ressaltar que os aprendizados advindos dessa experiência são singulares de cada extensionista, pois cada família acompanhada é diferente, ou seja, possui maneiras ímpares de organização e de

interação social. Nesse sentido, os estudantes extensionistas têm acesso a aprendizados únicos, muito embora existam elementos presentes nessa atividade que se assemelham, tais como: vínculo com a família, amorosidade, afetividade e a experimentação de novas formas de cuidado com o outro.

Reuniões semanais – aprendendo a trabalhar em grupo

As reuniões semanais do grupo de extensionistas, envolvendo os professores e estudantes, acontecem toda segunda-feira na UFPB. Essas reuniões são organizadas de forma a alternar momentos de discussão teórica, momentos de discussão de casos acompanhados na comunidade e momentos destinados à organização das atividades. Nas discussões teóricas, são trabalhados temas relativos à Educação Popular em Saúde e outros assuntos, conforme a necessidade do grupo; nas reuniões para discussão de casos, os estudantes trazem para a roda de conversa de problemas enfrentados junto à família acompanhada ou aprendizados relativos à sua atuação na comunidade; e, nas reuniões organizativas, acontecem avaliação e planejamento de atividades.

A participação dos extensionistas de maneira mais ativa nas reuniões do Pepasf acontece gradativamente, pois, para um estudante acostumado com a opressão da educação bancária, ainda predominante no mundo acadêmico, torna-se difícil adentrar em espaços mais dialógicos sem passar por, no mínimo, algum estranhamento. Nesse contexto, permaneci por muitos encontros em silêncio, tímida e não me posicionava como alguém disposta a contribuir com a organização do Pepasf. A inserção nas atividades organizativas foi acontecendo aos poucos, ao perceber-me parte do processo, ao ser acolhida sem julgamentos, ao entender que não havia barreiras entre os professores e os estudantes, todos estavam imersos numa construção coletiva.

Com a inserção mais ativa nas reuniões do projeto, pude aprender a trabalhar em grupo, respeitando as diferentes maneiras de pensar e os posicionamentos dos envolvidos; valorizar e respeitar o tempo que cada sujeito tem para seu amadurecimento individual ou em sociedade; aprendi que o estudante pode se posicionar contrário ao professor e que é nas contradições, na problematização, que o aprendizado se torna mais rico; aprendi a errar e a aprender com o meu erro; a acolher o outro; a construir, construir junto, pensar junto, fazer junto.

Esses aprendizados contribuem imensamente para a atuação profissional junto ao SUS, pois o trabalho coletivo e interdisciplinar constitui a base para um cuidado em saúde rico e integral. Exige, portanto, que saibamos dialogar e nos relacionar horizontalmente, que a situação de saúde a ser discutida seja problematizada, que os diversos atores se posicionem numa construção coletiva e, dessa maneira, planos de cuidado compatíveis com a individualidade de cada sujeito sejam pensados e elaborados.

O trabalho interdisciplinar contempla, entre outros aspectos, a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas[10] e esbarra na formação dos profissionais de saúde que tendem a privilegiar o trabalho individual em relação ao coletivo[11], o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária ao cuidado integral.

As reuniões semanais, na universidade, também contribuem para o desenvolvimento da autonomia dos extensionistas. Entende-se por autonomia o direito da pessoa de decidir sobre si mesma e de agir segundo a sua vontade, sem constrangimento de qualquer força externa. Abrange também o fortalecimento das pessoas para decisões que precisam ser tomadas, em relação à conquista de suas próprias necessidades[12].

Nesse contexto, a Extensão Popular tem um caráter facilitador da autonomia devido à sua descentralização, ou seja, as atividades do Pepasf não estão centradas na figura de professores ou de um grupo deles, mas, com seu apoio, os estudantes tomam a frente do processo de trabalho do projeto, desenvolvendo atividades de planejamento, de avaliação, de discussão teórica e de organização mais geral das ações no Pepasf.

Assim, os estudantes extensionistas, ao se inserirem nas atividades mais organizativas do projeto, passam a se responsabilizar pela construção das dinâmicas dos encontros, elaborando maneiras criativas de favorecer o diálogo no grupo, o que exige certa apropriação teórica da EP e seus métodos de trabalho.

Essa aproximação prática e teórica da EP, bem como do trabalho em grupo, favorece o desenvolvimento da autoconfiança do estudante extensionista, da sua capacidade de posicionamento humilde e firme, da estruturação do conteúdo e da segurança da própria fala. Há, portanto, um amadurecimento estudantil, o que propicia ao extensionista habilidade em participar de encontros mais amplos da EP, destreza em debates conflituosos e engajamento em lutas e embates políticos mais intensos.

O desenvolvimento da autonomia é um aspecto importante para a atuação profissional junto ao SUS, pois o trabalho em saúde é também um trabalho político, sendo necessário que o profissional esteja apto a defender posicionamentos e tenha firmeza no enfrentamento de situações opressoras e autoritárias. Os estudantes que desenvolveram autonomia vão se percebendo cidadãos no enfrentamento de autoridades, tendo voz e força na vida pública, fato que repercute positivamente na vida do extensionista, pois melhora sua autoestima e os torna destemidos no enfrentamento, até mesmo, de situações familiares de opressão[13].

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde apontam novos caminhos para a formação profissional em saúde, considerando a atuação junto ao SUS. Definem o perfil de um profissional de saúde generalista, humanista, crítico e reflexivo, ético e que saiba atuar interdisciplinarmente, rumo à atenção integral. Enquanto a implementação dessas novas diretrizes ainda está em andamento nas Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o Brasil, a Extensão Popular tem sido um diferencial na formação profissional em saúde, trabalhando, por meio da EP, elementos como o diálogo, o trabalho em equipe e interdisciplinar, a autonomia e o protagonismo estudantil e comunitário, a participação popular, a humanização, além do incentivo às práticas alternativas de cuidado – em uma aproximação confiante, amorosa e afetiva.

Articulação política comunitária – uma história de lutas e conquistas

A Comunidade Maria de Nazaré é conhecida na cidade por suas lutas e articulações políticas. Depois de algum tempo no projeto e com a mudança da família que eu acompanhava para outra comunidade, inseri-me mais ativamente nas atividades da Associação Comunitária Maria de Nazaré (Acoman) e, dessa maneira, pude engajar-me na luta dos moradores por melhorias nas suas condições de vida. No entanto, essa área de atuação é pouco procurada pelos extensionistas do Pepasf devido à dificuldade de conciliação entre as reuniões de articulação política – que não apresentam horário regular e acontecem de acordo com as demandas da comunidade – e as atividades curriculares obrigatórias da graduação.

Além disso, a atividade de articulação política comunitária não é uma exigência para o cumprimento da carga horária da extensão (12 horas) como as demais atividades e, embora seja estimulada a participação nesses espaços, ela é pouco valorizada pelos estudantes.

A baixa procura ainda não tem motivos conhecidos, mas, no geral, o que se observa é que o engajamento dos extensionistas nessas atividades é proporcional ao tempo de vivência na Extensão Popular. Tal fato pode estar associado à imaturidade dos estudantes que procuram a extensão – estudantes do início do curso, com pouca apropriação da EP e com pouco amadurecimento crítico e político – e à dedicação inicial às famílias visitadas, dado o vínculo que se estabelece nesse processo.

Apesar dessa pouca participação, a inserção dos estudantes nos movimentos sociais que não são dominados por políticos clientelistas se revela muita rica, pois aponta para novos e criativos caminhos de atenção à saúde. Além disso, os estudantes desenvolvem formas inovadoras de luta social pela saúde e de apoio solidário aos moradores em situações especiais de crise[8].

A Comunidade Maria de Nazaré surgiu da ocupação de uma área pública e, desde o seu início, esteve vinculada ao movimento de luta pela moradia. Minha inserção política inicial foi nesse movimento, o qual estava presente em todos os espaços de reivindicação. A comunidade clamava por melhorias na sua infraestrutura e habitação social.

O movimento de luta pela moradia da Comunidade Maria de Nazaré ganhou mais visibilidade social com as plenárias do orçamento democrático. Estas aconteciam anualmente e tinham como objetivo principal a participação da população na definição de prioridades para as ações estratégicas da gestão municipal. Durante as plenárias, a população de cada região votava na principal demanda da sua comunidade/bairro e, posteriormente, poderia se inscrever para a fala de reivindicação ou defesa de propostas junto ao prefeito e secretários municipais.

Nesses encontros, a maioria dos moradores fazia falas isoladas, reivindicando calçamentos para sua rua, praças para o bairro, etc., porém, as lideranças da Acoman, em parceria com a Extensão Popular, organizavam sua proposta em um documento que era lido e entregue em seguida aos secretários responsáveis pela infraestrutura e pela habitação social. Foi dessa maneira que a luta pela moradia foi ouvida, em um movimento organizado, propositivo, dialógico e participativo.

Após as reivindicações da Comunidade Maria de Nazaré, um projeto de reurbanização da Comunidade foi encaminhado pelo município ao governo federal e aprovado, no ano de 2010. Esse projeto garante aberturas de ruas e pavimentação, sistema de drenagem, praça, centro comunitário, três tipos de habitações, entre outras melhorias para a população.

O projeto de urbanização não abrangia a construção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que continuaria a ocupar um espaço improvisado ou então seria transferido para uma unidade integrada distante da comunidade. Essas situações foram pensadas e problematizadas em reuniões com a Equipe de Saúde da Família, Acoman e o grupo do projeto de Extensão Universitária e, desse processo, iniciou-se a mobilização por uma UBS próxima a Comunidade. Reivindicamos junto ao orçamento democrático, junto à Secretaria Municipal de Saúde, articulamos com a Secretaria Municipal de Habitação Social (Semhab) e, desse processo de construção coletiva, conseguimos a aprovação de um projeto para a construção de uma UBS numa localidade próxima da Comunidade.

Com o engajamento nos processos democráticos de luta, aprendi a força que o povo organizado possui na conquista por seus direitos sem que haja, necessariamente, o embate físico, mas um processo dialógico, com proposições coerentes e visando ao bem coletivo. Aprendi que proporcionar espaços de participação popular torna o trabalho em saúde mais rico, pois, dessa maneira, a população sente-se responsável, atuante e protagonista na construção de estratégias que possibilitem uma vida mais saudável, sem que haja imposições, mas empoderamento e autonomia no cuidado com a sua saúde.

Aprendi, também, que o profissional de saúde não deve estar distante das demandas da comunidade, atuando apenas no problema ou na doença, precisa conhecer os processos de articulação política e se engajar, participando junto com o povo em busca da justiça social.

Conclusão

A experiência na Extensão Popular tem sido relatada como diferencial positivo para a formação profissional em saúde[14]. Elementos presentes na Educação Popular se incorporam às ações de saúde dando um novo significado para o trabalho profissional junto ao sujeito em sofrimento, seja físico, psíquico, espiritual ou estrutural.

No entanto, a extensão de caráter popular ainda corresponde a uma atividade alternativa diante do ensino universitário e, por essa razão, muitos estudantes de saúde terminam sua graduação sem ter contato com os métodos e concepções políticas da EP, reproduzindo as práticas tradicionais e verticais no trabalho em saúde. Nesse contexto, uma formação universitária em saúde que esteja atrelada aos princípios da EP pode favorecer mudanças na maneira como o cuidado em saúde é concebido e praticado nos diversos níveis de atenção ao usuário do SUS.

Outro aspecto que merece atenção de futuras pesquisas é a atuação profissional junto ao SUS de egressos da Extensão Popular, pois ao deparar, no ambiente de trabalho, com profissionais de saúde que realizam uma prática clínica individualizada ou com uma gestão de serviços públicos autoritária que priva a liberdade dos sujeitos, o profissional que teve uma formação diferenciada esbarra em grandes dificuldades para implementar os princípios do SUS.

Nesse sentido, está sendo desenvolvida uma pesquisa, em nível de mestrado, buscando apreender as dificuldades e potencialidades do profissional egresso da Extensão Popular na atuação junto ao SUS, tendo como base a experiência aqui relatada. Espera-se que, ao avaliar a prática da Extensão Popular, bem como a implementação dos aprendizados advindos dessa experiência no SUS, o processo de trabalho nos serviços públicos de saúde possa ser refletido rumo a melhorias para o trabalhador de saúde e para o usuário.

Colaboradores

Maria Francilene Leite foi responsável pelo fornecimento das informações referentes à sua experiência e os demais autores colaboraram na análise final do manuscrito.

Referências

1. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

2. Vasconcelos EM. Educação Popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 28-34.

3. Ribeiro KSQS. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. Cad Cedes. 2009;29(79):335-46.

4. Melo Neto JF. Extensão popular. João Pessoa: Editora UFPB; 2006.

5. Cruz PJSC. Extensão popular: a reinvenção da universidade. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 40-61.

6. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. Rev Enferm UERJ. 2007;15(2):276-83.

7. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

8. Vasconcelos EM. Educação Popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 362-98.

9. Melo Neto JF. Extensão Popular: a universidade em movimento. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 406-14.

10. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface (Botucatu). 2005;9(18):521-36.

11. Loch-Neckel G. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Cienc Saude Colet. 2009;14(1):1463-72.

12. Batista PSS. Ética no cuidado em saúde e na formação universitária na perspectiva da educação popular [tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2012.

13. Vasconcelos EM. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: Vasconcelos EM, Frota LC, SIMON E, organizadores. Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 265-308.

14. Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011.

Este relato objetiva abordar la influencia de la "Extensão Popular" en la formación académica en salud para el SUS, considerando la vivencia de una estudiante de enfermería. Se considerarán los aprendizajes adquiridos en las actividades desarrolladas en el Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF): visitas domiciliares, reuniones semanales y espacios de articulación política comunitaria. Las visitas domiciliares semanales acercan al estudiante del mundo popular que, por vínculo, desarrolla nuevas maneras de pensar y hacer salud; las reuniones semanales trabajan principios de interdisciplinaridad rumbo al trabajo integral en salud y; en los espacios de articulación comunitaria, el estudiante se enrola en las luchas y aprende a estimular la participación popular. La "Extensão Popular" constituye una alternativa frente a la enseñanza en la universidad que ha contribuido para una formación en salud coherente con los principios del SUS.

Palabras clave: Educación popular. Extensão popular. Formación Académica en Salud. Sistema Único de Salud.

Popular Extension in professional training in health for SUS: reflecting an experience

This study aims to address the influence of Popular Extension in university education in health for SUS, considering the experiences of a nursing student. It will be considered the learnings acquired in the activities developed by the *Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família* (PEPASF): home visits, weekly meetings and community political activities. The weekly home visits approaches the students to the popular world, by creating ties, and making them develop new ways of thinking and doing health; the weekly meetings work the principles of interdisciplinary towards integral health; and in the spaces of community articulation the students engage in conflicts and learn to stimulate popular participation. The Popular Front Extension is an alternative to teaching at the university that has contributed to a health training consistent with the principles of the SUS.

Keywords: Popular education. Popular extension. University education in health. Unified Health System.

Extensão Popular na formação profissional em saúde para o SUS: refletindo uma experiência

O presente relato objetiva abordar a influência da Extensão Popular na formação universitária em saúde para o SUS, considerando a vivência de uma estudante de enfermagem. Serão considerados os aprendizados adquiridos nas atividades desenvolvidas no Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (Pepasf): visitas domiciliares, reuniões semanais e nos espaços de articulação política comunitária. As visitas domiciliares semanais aproximam o estudante do mundo popular que, por meio do vínculo, desenvolve novas maneiras de pensar e fazer saúde; as reuniões semanais trabalham princípios da interdisciplinaridade rumo ao trabalho integral em saúde e; nos espaços de articulação comunitária, o estudante se engaja nas lutas e aprende a estimular a participação popular. A Extensão Popular constitui uma alternativa ante o ensino na universidade que tem contribuído para uma formação em saúde coerente com os princípios do SUS.

Palavras-chave: Educação popular. Extensão popular. Formação universitária em saúde. Sistema Único de Saúde.

Recebido em 09/06/2013. Aprovado em 21/01/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0722

entrevista

Processos de formação e produção de conhecimento:
cinco olhares sobre a Educação Popular e Saúde*

Helena Maria Scherlowski Leal David[a]
Ivanilde Vieira Batista[b]
Julio Alberto Wong Um[c]
Paulette Cavalcanti[d]
Regina Helena Simões Barbosa[e]
Selvino Heck[f]

David HMSL, Batista IV, Um JAW, Cavalcanti P, Barbosa RHS, Heck S. Education processes and knowledge production: five perspectives on Popular Education and Health. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1579-1590.

* A entrevista foi organizada e conduzida por Helena Maria Scherlowski Leal David

For this issue of Interface, we interviewed five professionals whose origins and life histories are different, but whose praxis has been constructed around the principles of Popular Education and Health. These individuals are: Selvino Heck, Special Assessor of the General Secretary of the Presidency of Brazil, Director of the Popular Education and Activism Department of the National Secretariat of Social Articulation, and Executive Secretary of the National Agro-ecology and Organic Production Committee; Regina Helena Simões Barbosa, professor and researcher at the Public Health Institute of the Federal University of Rio de Janeiro; Ivanilde Batista, Staff member of the Health Department of the State of Goiás, founder and militant of ANEPS-GO; Paulette Cavalcanti, professor and researcher at the Oswaldo Cruz Foundation in Pernambuco; and Julio Alberto Wong Un, professor and researcher at the Public Health Institute of the Fluminense Federal University.

Keywords: Popular Education and Health. Social activism. Popular participation.

Neste suplemento da Interface, trazemos cinco entrevistados com histórias de origem e trajetos diferentes, mas cuja práxis se construiu e se constrói em torno dos princípios da Educação Popular e Saúde. São eles: Selvino Heck, atual assessor especial da Secretaria Geral da Presidência da República, diretor do Departamento de Educação Popular e Mobilização da Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria Geral e secretário executivo da Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica; Regina Helena Simões Barbosa, professora e pesquisadora do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Ivanilde Batista, servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, fundadora e militante da Aneps-GO; Paulette Cavalcanti, professora e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco; e Julio Alberto Wong Un, professor e pesquisador do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Palavras-chave: Educação Popular e Saúde. Mobilização social. Participação popular.

[a] Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (UERJ). Rua Xavier da Silveira, 83/304, Copacabana. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22061-010. helenalealdavid@gmail.com
[b] Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps). Goiânia, GO, Brasil. iv_batista@yahoo.com.br
[c] Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. julio.wong.un@gmail.com
[d] Instituto Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil. paulette.cavalcanti@gmail.com
[e] Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. reginacasa@gmail.com
[f] Departamento de Educação Popular e Mobilização, Secretaria Nacional de Articulação Social, Secretaria Geral da Presidência da República. Brasília, DF, Brasil. selvino.heck@presidencia.gov.br

Apresentação

Falar sobre os processos de formação de profissionais de saúde, pessoas inseridas em movimentos populares, gestores de políticas públicas e outros atores impõe, desde o início, buscar contemplar a diversidade de experiências, projetos e práticas. Para a seção de Entrevistas deste número temático da Interface, em lugar de um, teremos cinco entrevistados, com histórias de origem e trajetos diferentes, mas cuja práxis se construiu e se constrói em torno dos princípios da Educação Popular e Saúde. São eles: Selvino Heck, atual assessor especial da Secretaria Geral da Presidência da República, diretor do Departamento de Educação Popular e Mobilização da Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria Geral e secretário executivo da Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica; Regina Helena Simões Barbosa, professora e pesquisadora do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Ivanilde Batista, servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, fundadora e militante da Aneps-GO; Paulette Cavalcanti, professora e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco; e Julio Alberto Wong Un, professor e pesquisador do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Não faremos as suas apresentações: deixaremos que cada um entre na roda, apresente-se e fale de sua caminhada, destacando as principais questões em torno dos desafios à construção partilhada de saberes e da formação crítica para a conquista da saúde.

Selvino Heck – Sou filho de colono, agricultor familiar, de Santa Emília, Venâncio Aires, interior do Rio Grande do Sul, que ainda hoje come verduras e frutas tiradas do pé (mamãe e os irmãos mais novos continuam na roça e trabalham com Feira do Produtor) e curava muitas de suas doenças com ervas caseiras passadas por gerações. Fui (ou ainda sou) franciscano amante da paz e da natureza.

Em 1983, ajudei a fundar o Camp (Centro de Assessoria Multiprofissional), de Porto Alegre, ONG que ajudou a construir os principais movimentos sociais do Sul do Brasil. Morei por muitos anos nas vilas populares da Lomba do Pinheiro, trabalhando com pastorais populares e movimentos comunitários, sempre à base da Educação Popular freireana.

Como deputado estadual constituinte gaúcho, fui presidente da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, tendo como assessora Maria Luíza Jaeger. Desde 2003, estou no governo federal, oito anos na Assessoria do Gabinete do presidente Lula, desde 2011, na Secretaria Geral da Presidência da República, coordenando a Rede de Educação Cidadã (Recid).

Sou conselheiro do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consae) e membro da Câmara Interministerial respectiva. Desde o final de 2012, sou secretário executivo da Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica e faço parte da Câmara Interministerial respectiva.

Regina Barbosa – Formei-me em Psicologia e iniciei minha formação em Saúde Pública em 1979, quando ingressei no curso de Residência em Saúde Pública da ENSP. Era o início do processo de redemocratização do país e os movimentos políticos – inclusive o da Reforma Sanitária – (re)organizavam-se em torno de pautas reivindicativas.

Esse intenso momento histórico contribuiu para a busca de referenciais críticos que nos ajudassem a compreender nossa sociedade e nosso papel político. Ainda na Residência, engajei-me em um trabalho educativo na Unidade de Saúde da ENSP, quando organizamos um grupo de reflexão de mulheres-usuárias, que resultou em mobilização e ações políticas. Pouco depois, tive o privilégio de participar de uma oficina com Paulo Freire, recém-chegado do exílio, o que foi uma experiência marcante e inesquecível. Desde então, a Educação Popular se tornou o meu "modo de andar a vida", uma referência político-pedagógica que me orienta em todos os espaços em que atuo, inclusive os acadêmicos.

Ivanilde Batista – Sou pedagoga e servidora da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. A vida e o trabalho me levaram para espaços da saúde coletiva, onde a cada dia um novo desafio se apresenta. Por meio da militância política no Movimento Popular de Saúde (Mops) nasceu oportunidade de participar da luta pela Reforma Sanitária, 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e I Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador/Goiânia (1998). Também contribui com a fundação do SINDSAÚDE/GO em 1989, onde hoje estou como secretária de formação política.

Desde 2003, participo ativamente de um movimento chamado, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps), desse lugar, nasceram parcerias e projetos de extensão com a Universidade Federal de Goiás (UFG).

Esses projetos de extensão, chamados "Café com Ideias", as quatro edições da Mostra Parceria Ensino-Serviço-Comunidade – Mopesco –, o III Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde e o I de Práticas Populares de Saúde, entre outras atividades, tiveram como objetivo contribuir com a reorientação do ensino na saúde, e a educação permanente no SUS, com a participação de movimentos populares, estudantes e professores da UFG.

Nesse caminho, uma oportunidade relevante foi participar da construção da Política Nacional de Educação Popular e Saúde (PNEPS) aprovada com louvor pelo Conselho Nacional de Saúde em 2012.

Hoje estamos realizando atividade de formação e articulação política para implantação da PNEPS com o projeto Saberes, Fazeres e Sabores: Encontros de Saberes e Práticas Integrativas, da PNEPS, em Goiás, e Articulações na Região Centro-Oeste.

Paulette Cavalcanti – O meu encontro com a Educação Popular vem da crítica ao próprio processo educacional da universidade, como estudante de medicina. Vem da inconformidade política na mistura que eu fazia com as lutas pela saúde e educação. Eu comecei a ler Paulo Freire e trago-o para junto da minha militância. No mestrado, vou discutir a participação popular e social, a formação dos conselhos de saúde. Hoje, atuo como professora e pesquisadora e na defesa do SUS público e de qualidade. Participo da Rede de Educação Popular e Saúde, do GT de Educação Popular da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco –, e mediante estes, articulo-me com a Aneps.

Julio Wong Un – Sou peruano, neto de chineses e índios, brasileiro, médico, poeta, educador, viajante. No Brasil desde 1994. Trabalhei com comunidades e grupos subalternos, procurando aprender com as pessoas simples, de vidas duras, e plenas de ternuras e alegrias.

No Brasil, fiz mestrado e doutorado sob a orientação de Victor Valla, procurando caminhos próprios e em diálogo com outros saberes e sensibilidade. Participei da criação da Rede de Educação Popular e Saúde em 1998. Em 1999, criei a lista de discussão na internet. Acompanhei e apoiei processos e experiências de articulação, reflexão, produção e afirmação da Educação Popular em Saúde.

De 2006 a 2007, coordenei a Rede de Educação Popular e Saúde. Desde 2011, coordeno o Grupo Temático de Educação Popular da Abrasco. Sou docente da Universidade Federal Fluminense desde 2006.

Suas trajetórias possuem pontos de convergência: o pensamento de Paulo Freire, a identidade com as lutas populares, a busca de novos caminhos para a saúde mais democrática. Que experiências vocês vivenciaram e destacariam dentro da EPS?

Ivanilde Batista – Participei do nascimento da Aneps, em 2003, integrando a organização do I Encontro Estadual de Educação Popular e Saúde e I Conferência Temática de Educação Popular e Saúde em novembro de 2003, contribui com projeto piloto VER-SUS/Brasil em 2004. Em 2004, com a efervescência da Educação Permanente, colaboramos com o projeto Saúde Pólo Macro Goiânia de educação permanente, experiência que trouxe visibilidade à Aneps e a vários movimentos populares.

Uma participação única foi a Marcha Nacional pela Reforma Agrária, onde contribuímos com a brigada da saúde, uma caminhada de 17 dias entre Goiânia e Brasília, um percurso aproximado de duzentos quilômetros, saindo de Goiânia em 2 de maio de 2005. Nesse momento, conquistamos o coração da D. Alzira, militante responsável pelo setor de saúde do MST em Goiás, que logo se integrou à Aneps, participou de diversas atividades locais e nacionais, e, ainda hoje, no Assentamento Canudos, mantemos nossas rodas e construímos processos de afetividade com as mulheres do assentamento.

Realizamos o II Encontro Estadual de Educação Popular e Saúde, em 2005, e construímos o Projeto *Articula SUS:* movimentos sociais em defesa do direito à saúde em Goiás em parceria com o grupo Transas do Corpo, que realizou diversas rodas de formação com movimentos populares.

Com nossa participação e articulação VER-SUS Brasil, chegam os estudantes e nasce o projeto Café com Ideias, parceria Universidade e Educação Popular. Logo a UFG percebeu a que o projeto era estratégico para contribuir com a reorientação do ensino na saúde, articulados aos trabalhadores

da saúde, que se integraram as atividades do Projeto, entendendo que as nossas rodas dialogavam diretamente com as políticas afirmativas e que favoreciam a integração com grupos da diversidade e pluralidade do SUS.

Paulette Cavalcanti - Em 1994, eu conheci os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e comecei a trabalhar com eles, a partir de uma pesquisa de avaliação do Pacs (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Eu percebi neles o que tinha de novo no SUS, o que tinha de diferente, a grande mudança da Reforma Sanitária que a gente fazia tanta questão de construir. E aí fui ver que neles estavam os grandes educadores, e fui trabalhar com eles, aprender com eles.

Foram muitos projetos até 2000. Eu destacaria primeiro o FormaSUS, projeto de formação da CUT para os ACSs, por meio da CNTSS, no qual juntávamos o ensino médio com uma formação política muito boa, referenciada na Educação Popular. Esse projeto teve como grande resultado a formação dos Sindicatos de Agentes Comunitários de Saúde – o Sindacs-PE.

Destaco também os projetos que nasceram da gestão democrática e popular da Prefeitura do Recife, entre 2001 a 2008. Foi traçado um plano de formar núcleos, em cada comunidade, chamados de núcleos de cultura e Educação Popular, os Nuceps. Não chegaram a funcionar efetivamente, não colou como a gente queria, mas a ideia era de organizar grupos da população, que frequentavam o posto, não por doença, mas pela saúde, pelas coisas que precisavam lutar para ter saúde. Fazíamos oficinas com toda a equipe, incluindo até o pessoal de apoio. Discuto esse período na minha tese de doutoramento.

Logo depois, começam os que considero mais importantes e que continuam até hoje: o Aesa (Adolescente Educador em Saúde), Iesa (Idosos Educadores em Saúde) e Esam (Educadores em Saúde da Mulher). Surgem da ideia de trabalhar com adolescentes e de que os ACSs eram os profissionais forjados para serem educadores. Também em oficinas, um primeiro grupo de trinta ACSs buscou entender o que era EP, seus princípios, essa construção com o saber do outro, essa perspectiva de diálogo, de respeito ao que o outro já sabe.

Discutem-se também os temas próprios da adolescência e técnicas de formação de grupo. Após a formação, batizam-se de educadores de Aesa, e vão multiplicando-se. Cada ACS, sozinho ou em dupla, vai formando grupos na comunidade. Cada ciclo de formação tinha uma formatura muito bonita, com todas as pompas. No começo, nós, técnicos, criticávamos as formaturas. Mas eles mesmos diziam: criticávamos porque já tínhamos tido a oportunidade de muitas formaturas... Eles estavam tendo a primeira oportunidade de se formar e queriam mostrar para a sociedade, familiares, que eles agora eram outra coisa: educadores.

Do Aesa veio o Iesa, o Esam, os PES – Pequenos Educadores em Saúde – e os HES – Homens Educadores em Saúde. O único que não vingou foi os Educadores em Saúde Ambiental, ESAmb, mas que derivaram para grupos de teatro, cordel e outras formas de educação em saúde.

Os projetos foram se multiplicando, primeiro por três distritos e depois pelos outros distritos do Recife. Foram incorporados pelo Curso de Formação Técnica de Agente Comunitário de Saúde e geraram subprojetos de teatro, rádio comunitária, mostras anuais de arte, cultura e educação em saúde, além de muitas lutas por saúde na comunidade.

Julio Won Un – Trabalhei com a lógica da Educação Popular – ou dos seus parentes: saúde comunitária, saúde rural, participação popular, ação nos campos da arte e cultura populares, etc. desde a adolescência. Aos 14 anos, com os meus tios, sindicalistas da educação, acompanhei marchas, cursos, manifestações pela democracia. Quase fomos presos. E as bombas de gás eram presença frequente. Um velho professor subiu num banquinho e veio falar para o grupo assustado, de Paulo Freire, dos sonhos por uma sociedade diferente, onde o homem simples pudesse Ser. Fiquei marcado.

Ao longo da graduação, tive o privilégio de visitar e trabalhar em comunidades faveladas e rurais no Peru. Investi, por gosto e por opção, no trabalho cultural, desde a poesia, a crônica e a música. Sempre fui contra o uso da arte como propaganda e contra o uso perverso dos valores éticos e das propostas radicais dos autores que líamos com fervor e utopia.

O trabalho cultural me levou por caminhos inusitados: conheci músicos indígenas, que eram míticos, toquei com grandes artistas, fiquei amigo de intelectuais, pintores, poetas, escritores. A vida sempre me sorriu e abençoou com encontros notáveis.

Ainda no internato, desenvolvi atividades de educação e atenção primária com camponeses na região da serra central do Peru, na aldeia de Marco. O sonho do jovem que cresceu em um conjunto de prédios foi sempre o de mergulhar no céu azul intenso dos Andes peruanos.

Ao me formar, trabalhei primeiro em ONGs com projetos de Educação Popular em Saúde, com crianças. Depois, quase desistindo, surgiu a possibilidade de ir de novo ao mundo rural, e trabalhei um ano com camponeses, agentes de pastoral, e profissionais da saúde tanto na região andina de Cajamarca e depois em Cuzco – a cidade imperial – e nos vales e povoados ao redor.

Nessas experiências, trabalhei medicina popular indígena, uso culturalmente apropriado de medicamentos, teatro camponês, rádio comunitária e indígena. Produzimos vários materiais com participação da população e agentes de pastoral da saúde. Foram anos marcantes. Tudo deslumbrava.

Depois, entre 1992 e 1994, fui gerente de programas de saúde nacionais da Igreja Católica com temas como doenças infecciosas endêmicas, desenvolvimento humano e saúde, dentre outros.

Já no Brasil, participei, além das reflexões e discussões de Victor Valla e seu grupo, de projetos de pesquisa e intervenção nas favelas cariocas. Ainda, articulando a Rede de Educação Popular, ajudei, moderando debates pela internet, com cursos e participações em eventos. Na universidade, o que pauta meu fazer é esse olhar da Educação Popular.

Regina Barbosa – Desenvolvi toda a minha atuação profissional e acadêmica na confluência da Educação Popular com o campo de gênero e saúde, este originado no feminismo. Não casualmente, são campos epistemológicos que, assim como a vertente marxista dialética, expressam os anseios libertários dos segmentos explorados e oprimidos da sociedade.

Já ao ingressar na UFRJ, em 1986, participei de ricas experiências educativas na Unidade de Saúde-Escola, situada na Maré, onde desenvolvíamos grupos de reflexão com as mulheres-usuárias, mobilizávamos a população para participar da gestão da unidade, criávamos modelos terapêuticos inovadores, como "consultas coletivas", entre outras.

Posteriormente, juntamente com Karen Giffin (orientadora e parceira de trabalho), desenvolvemos e implementamos um modelo de pesquisa-ação (PA) baseado em oficinas de reflexão de gênero, realizadas em pequenos grupos e com participantes já sensibilizados para os temas propostos pela PA. Nessa proposta, partimos de um processo de reflexão grupal em que os/as participantes compartilham e problematizam suas experiências privadas, ou seja, as relações familiares e conjugais, a sexualidade, o corpo, etc.

Gradativamente, o processo reflexivo se amplia para outros âmbitos da vida social, ampliando a consciência crítica sobre o mundo em que vivemos. Os/as participantes dos grupos geralmente são "agentes sociais", ou seja, pessoas que atuam profissional ou politicamente no campo temático da PA, o que é fundamental para se assegurar os desdobramentos posteriores da proposta de ação, que será elaborada por cada grupo.

Assim, as oficinas de reflexão de gênero geram um processo de (auto)reflexão que problematiza (e nos problematiza!) a difícil e complexa sociedade em que vivemos, buscando compreender, a partir das experiências do cotidiano, da subjetividade, do corpo e da saúde, como se produzem e reproduzem as várias dimensões das desigualdades sociais, entre elas as de gênero.

Esse gradativo processo de estranhamento–desvelamento–compreensão ancora as estratégias de ação que são, posteriormente, construídas nos/pelos grupos. Esse modelo de pesquisa-ação tem sido implementado em diversos espaços, envolvendo variados sujeitos e temáticas de saúde que sempre são relacionadas ao enfoque de gênero: mulheres do Complexo da Maré atuando na promoção da saúde e dos direitos das mulheres; homens de vários segmentos sociais e profissionais engajados na problematização das "masculinidades", identificando suas interfaces com a saúde dos homens e colaborando para a elaboração e implementação de um programa de saúde que considere suas necessidades e anseios; jovens moradores da Maré refletindo sobre suas identidades sociais e de gênero, sexualidade e saúde, contextualizando essas questões nos espaços de discriminação e violência em que vivem e atuando com outros jovens para promover uma consciência crítica e engajada;

mulheres da Maré atuando no enfrentamento do tabagismo feminino sob os enfoques pedagógicos de gênero e da Educação Popular; profissionais da Estratégia Saúde da Família, com especial foco sobre Agentes Comunitárias de Saúde, atuando no enfrentamento da violência de gênero e na promoção dos direitos das mulheres.

Selvino Heck – Destacaria três experiências mais importantes. A primeira: morar nas vilas populares da Lomba do Pinheiro, entre Porto Alegre e Viamão, final dos anos 1970 e anos 1980, ajudando a construir organizações populares, participando das lutas do povo por saneamento, postos de saúde, transporte coletivo, educação de qualidade.

A segunda: a criação do Centro de Assessoria Multiprofissional (Camp), que completou 30 anos em 2013, sempre apoiador das causas populares, da economia solidária e construtor de processos formativos com base na Educação Popular freireana. A terceira: a Rede de Educação Cidadã (Recid), criada em 2003, inspirada por Frei Betto – "É preciso matar a fome de pão e, junto e ao mesmo tempo, saciar a sede de beleza" –, que atua na construção de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional (Fome Zero), economia solidária, saúde, agricultura familiar, ambientais, direitos humanos, e no apoio à formação e organização de catadores, pescadores, quilombolas, indígenas, povos e comunidades tradicionais, moradores de periferias, agricultores familiares e camponeses, jovens e mulheres, especialmente das periferias.

A Educação Popular freireana soldou as três experiências. Hoje, quando encontro as antigas lideranças da Lomba do Pinheiro, que continuam nas lutas populares e na linha de frente dos movimentos comunitários e participativos como o Orçamento Participativo, dizem:

> Aqueles momentos de formação e estudo, sempre ligados à realidade e à prática, fizeram com que eu fosse gente, começasse a pensar e ser capaz de trabalhar solidariamente. A luta pelo posto de saúde da Vila São Pedro não era apenas a luta pelo posto de saúde. Era garantir um direito. Era fazer com que o direito à saúde fosse de todos. Era ligar a saúde coletiva aos cuidados com a vida das crianças, sua educação, era ter atenção à saúde e saneamento básico, era pensar na comunidade, era querer mudar o mundo.

A Recid é uma experiência inovadora. Como dizemos, um pé está no governo e um pé na sociedade. A Recid é coordenada conjuntamente por integrantes do governo e lideranças ligadas à Educação Popular e a movimentos sociais e atua com processos de Educação Popular em todo país, com formação, na articulação e formulação de políticas públicas com outras redes como a Aneps, o Fórum Brasileiro de Economia Solidária – FBES –, os movimentos de direitos humanos. Governo e sociedade, cada um com sua autonomia, trabalham, mediados pela Educação Popular, processos emancipatórios e cidadania.

É interessante notar, nesse conjunto de experiências, o fluxo de propostas e intencionalidades da academia para os movimentos populares, ou ainda, dos movimentos para a academia, articulando sempre novos atores no processo. A partir dessa perspectiva dialógica, como podemos pensar as fortalezas e potencialidades da EPS?

Selvino Heck - A Educação Popular, com base na pedagogia libertadora de Paulo Freire, está presente ou mesmo é a base dos movimentos sociais, das pastorais populares, das lutas e processos emancipatórios que surgiram no meio da ditadura brasileira nos anos 1970, garantiram a redemocratização, produziram governos democrático-populares que construíram políticas públicas com participação popular e inovaram com o Orçamento Participativo. E tiveram ou têm influência nos processos de mudança na América do Sul e Latina. Muitas das principais lideranças políticas, produzidas no Brasil nas últimas décadas, tiveram relação ou surgiram no contexto da Educação Popular freireana.

A democracia brasileira deve muito à Educação Popular, assim como as políticas públicas implantadas no Brasil nas últimas décadas, inclusive as de saúde, especialmente a partir do governo Lula. Os princípios da Educação Popular libertadora soldaram práticas nos movimentos sociais que ajudaram a consolidar a tenra democracia brasileira e influíram decisivamente na organização e

consciência popular, na luta por direitos, em melhorias na qualidade de vida do povo, historicamente sem voz nem vez.

Partir da realidade, dialogicidade, construção coletiva, princípios básicos da Educação Popular freireana, mais os princípios da amorosidade e da emancipação dão consistência às políticas públicas, garantem um sentido de transformação e mudança e formam povo e nação soberanos, com lideranças capazes de escutar, capazes de entender a comunidade e atender às diferentes dimensões do ser humano. Porque a Educação Popular é uma prática social presente nos diversos movimentos da sociedade.

Antes de se tornar direito adquirido, ela é uma prática social e cultural. O seu papel na transformação significa a criação de uma nova ordem. Ela não é, portanto, um assunto exclusivamente político e econômico. Implica também uma dimensão ética e cultual. A Educação Popular reconhece a vida cotidiana e a experiência como espaços de construção de uma nova hegemonia ou nova maioria. Ela valoriza a cultura popular como fonte de identidade e força de um projeto nacional popular.

Ivanilde Batista – Considero importante a integração dos coletivos de Educação Popular, a participação e construção solidária das Tendas Paulo Freire em espaços de congressos, conferências e outros eventos nacionais, estaduais e locais.

A articulação com a Rede de Educação Cidadã (Recid) amplia o leque de participação de outros movimentos como: Comitê Goiano Contra a Privatização; Movimento das Mulheres Camponesas; Pastoral da Terra; Fórum Goiano de Economia Solidária e Fórum Goiano de Saúde Mental e outros, que, por meio de debates e discussões políticas, resultaram em alguns desafios como articular e mobilizar as pessoas, em torno das discussões da saúde, valorização da cultura popular, saberes e práticas populares de saúde, ampliar as parcerias pelo o fortalecimento das estratégias (ponto de união) entre e os diversos movimentos sociais populares e atores sociais rurais e urbanos que possam se interessar pelo tema da saúde.

Outro fator importante é o apoio político e financeiro do Ministério da Saúde, a construção do Comitê de Nacional de Educação Popular e Saúde para a construção e na implementação da PNEPS. No caso de Goiás, tem-se uma potência concreta que é a criação de vários núcleos livres (disciplinas optativas) de Educação Popular e saúde no curso de Odontologia, Enfermagem e Educação, especificamente na graduação em Pedagogia da Terra e mestrado profissional em saúde da UFG.

Paulette Cavalcanti – Acho que a Educação Popular, com seus princípios que eram muitos caros para a gente, é que gerava os avanços reais. Por exemplo, na formação de cada grupo, tinha-se um levantamento dos principais problemas da comunidade e se fazia um planejamento das lutas que precisavam se travar nessas comunidades para defender a saúde. Então, podia ser uma passeata, reivindicando que os ônibus respeitassem os direitos dos idosos à passagem gratuita, podia ser um sarau onde cada um levava sua contribuição cultural, ou um movimento contra a violência contra as mulheres...

Acho que a EP muda a perspectiva de mundo das pessoas, que passam a se ver em um mundo que podem transformar, com o qual não precisam simplesmente se conformar. E isso muda tudo. As pessoas saem de casa, vão estudar, participar de conferências, do orçamento participativo, das associações. Mas podem também ir à praia, ao teatro, ao cinema, a lugares que nunca tinham ido porque, apesar de públicos, não eram vistos como delas.

A EP, em Recife, no contexto de uma Prefeitura popular, entendia que o compromisso era contribuir na libertação das pessoas, na equidade de todas as formas. Podia ser que a gente tivesse sonhando, muita gente achava esquisito fazer isso a partir do Estado, de um setor, de uma secretaria de saúde. Mas vingou até hoje e deu um bocado de frutos. Eu acho que tiveram muitos resultados. Desde os considerados mais concretos como de reduzir indicadores de saúde, como gravidez na adolescência, vacinação de idosos, vacinação antirrábica animal... Até o próprio processo mesmo de participação.

Os idosos invadiram a conferência municipal da pessoa idosa, os jovens tomaram conta do Orçamento Participativo da Juventude. E por aí afora. Saiu da saúde e foi para as políticas sociais, da mulher, da juventude, da pessoa idosa... Acho que esse é o grande avanço, resultado real, a possibilidade de organizar a população nessa perspectiva de luta pela saúde.

Julio Wong Un – A Educação Popular, ou Pedagogia Crítica, é de uma radicalidade e atualidade assustadoras. Viver genuinamente suas propostas (eticamente exigentes e cobrando dos educadores humildade, escuta verdadeira, partir dos saberes dos educandos, pensamento crítico) demanda mudanças importantes no Ser Humano.

E, no mundo veloz, caótico, fragmentado, pleno de miragens e armadilhas em que vivemos isso não é nada fácil.

Bom exemplo dessas miragens é a institucionalização da EPS no campo da Saúde Pública. O que isso significa? Que as propostas, formas de fazer, prioridades e lutas dos militantes e simpatizantes da EPS são incorporadas à máquina do poder das várias esferas do poder. Uma máquina finamente construída a milhares de mãos há pelo menos cento e cinquenta anos.

Ao ficar "dentro" do mundo institucionalizado, é verdade que a EPS e seus agentes produzem mudanças – algumas valiosas, outras formais. Mas maiores mudanças – destruidoras – são feitas com a EPS, o que pode representar o desmantelamento de relações, confianças e simpatias lentamente elaboradas, com o ritmo da história cotidiana, com o afeto que somente o vagaroso oferece. Só um exemplo.

O princípio de tudo o que fiz na vida foi o respeito radical pelo saber e cultura dos Outros: a consciência, praticada com disciplina, de que há sempre muito que aprender dos Outros, especialmente – privilégio nosso na saúde – das pessoas simples, em sofrimento, periféricos aos poderes abertos.

Penso que, hoje, a Educação Popular é um olhar. Um olhar profundo debruçado no mundo. Olhar que incorpora a ética (respeito, humildade, honestidade), a política (questionar todos os poderes, evitar os jogos sujos da política, perceber as maldades instituídas sob a maquiagem do técnico e do aparentemente neutro), e a estética (o diálogo, a alegria, o afeto, formas verdadeiras e não formais de Amor, a preocupação pela dimensão estética do mundo, das pessoas e suas relações) que Paulo Freire e outros foram cimentando e construindo ao longo de décadas.

Ao querer transformar a Educação Popular em forma de poder, ela desvirtua-se. Ao concorrer por poderes, recursos, favores, trocas vantajosas, e ao transformar formas culturais frágeis e mutáveis em formas de propaganda, aparentemente únicas e superiores, repetitivas e cansativas, os poderes – sejam públicos ou privados; sejam pequenos ou grandes; sejam ditos ou escondidos – sacrificam o que há de melhor nesse Olhar profundo sobre o Humano e o Mundo.

Não há fórmulas, não há vacinas. Só um olhar atento e cuidadoso, de humildade e distanciamento com os poderes pode permitir que tenhamos avanços democráticos e reais.

Regina Barbosa – Como já disse antes, penso que a Educação Popular é um campo de conhecimentos e práticas que expressa os anseios e utopias dos segmentos sociais dos quais, historicamente, vivem do seu trabalho, mas não usufruem da riqueza que produzem. É, portanto, um campo crítico e que anseia por um outro modelo de sociedade, baseado na justiça social e na solidariedade. Sendo um campo contra-hegemônico, seu avanço ou recuo depende dos enfrentamentos, dos embates e das eventuais conquistas dos movimentos sociais. A Constituição de 1988, por exemplo, resultou de um processo de reorganização e de lutas dos movimentos sociais que garantiu importantes conquistas jurídico-institucionais, inclusive o direito universal à saúde e o dever do Estado em promovê-lo.

Porém, a partir da década de 1990, temos constatado perdas e retrocessos na efetivação desses direitos. Sendo o campo da Educação Popular e Saúde fundamentalmente constituído por profissionais e movimentos sociais enraizados na vida cotidiana das comunidades e comprometidos com "um outro mundo possível" (lema do Fórum Social Mundial), tem um papel fundamental na promoção da consciência crítica e no fortalecimento do protagonismo popular nas lutas por melhores condições de vida e saúde.

Os laços de solidariedade, construídos e fortalecidos na convivência do dia a dia e no enfrentamento conjunto dos inúmeros problemas e carências que afligem a população, são valores fundantes da EPS e que a tornam, a meu ver, um fundamental espaço de resistência diante disso mundo tão desagregador, discriminatório, violento e injusto. Se, hoje, está difícil antevermos uma transformação radical desse modelo de sociedade, sabemos que as estratégias de resistência que preservam valores fundamentais à nossa sobrevivência são imprescindíveis e penso que a EPS é uma inestimável contribuição nesse sentido.

Então, a partir destas fortalezas e também desafios, o que precisa ser posto em reflexão e ação para que a EPS se capilarize cada vez mais nos serviços e práticas de saúde?

Julio Wong Un – O que falta? Muito. Avançamos muito em vários sentidos. Dentro da academia, nos serviços, nas políticas de saúde, nos movimentos sociais e grupos comunitários. Hoje, não é mais estranho ouvir ou falar de Educação Popular em Saúde. Dispositivos como tendas, teatros e comparsas, terapias e formas de cuidado viraram "normais". Entretanto, foram simplificados, superficializados, muitas vezes, ou, pior, tergiversados ou distorcidos.

É urgente e preciso empreender processos de democratização verdadeira, quebrando a lógica dos poderes do Estado e da política "como ela é". Construir caminhos de criação e de relações isentas do parasitismo político e social; e que questionem a vaidade embutida nos gestores, profissionais e em muitos intelectuais da Saúde Coletiva.

Penso que ainda se pensa a Educação Popular como coisa simplória, espetáculo a favor de melhorar a imagem de alguns políticos e gestores, forma de maquiar processos de exploração e de imposição de práticas verticais e opressivas. Ou, ainda, formas de "distrair" as massas e diminuir conflitos e tensões sociais.

Assim, enquanto houver pessoas e grupos que lucram egoisticamente com formas de dizer da EPS, com seus métodos, com suas tecnologias culturais, construídas em diversos grupos culturais, não chegaremos a capilarizar, nem a participar de forma verdadeira na construção de modos mais humanos de convívio social.

Selvino Heck – Dois elementos, entre outros tantos, parecem fundamentais, são passos urgentes e necessários a serem dados. O primeiro: os movimentos sociais, as pastorais populares, as ONGs, em suas diferentes expressões e espaços de atuação – saúde, economia solidária, direitos humanos, meio ambiente, agricultura familiar, agroecologia, educação –, de forma articulada entre si, devem voltar a fazer processos de formação massivos com base na Educação Popular, como acontecia nos anos 1970 e 1980 em especial. Esses processos de formação devem relacionar as práticas cotidianas e locais com uma visão de mundo e com processos de formação globais. Devem ligar o micro com o macro. Devem ser de base e permanentes. Devem alimentar a utopia e a esperança.

O segundo: a construção de uma política pública de Educação Popular. Nesse sentido, um passo foi dado com a deliberação da 1ª Conferência de Educação, que reconheceu, em 2010, a importância da Educação Popular como política pública no documento final, conforme o Eixo I – O Papel do Estado na Garantia do Direito a uma Educação de Qualidade:

> Considerando os processos de mobilização social nas últimas décadas, que visavam à construção da educação popular cidadã, formação da cidadania e dos direitos humanos, o novo Plano Nacional de Educação (PNE) deve articular a educação formal com experiências de educação não formal, ou seja, as experiências de educação popular e cidadã, incorporando-as como políticas públicas.

Transformar a Educação Popular em política pública significa e requer o papel do governo com mediações e passos necessários, sem que se retire a autonomia e a voz própria das organizações sociais e populares: a construção dialética e descentralizada (sociedade/Estado) na formulação execução e avaliação da política; pessoas como sujeitos e não objetos do processo; ruptura com as práticas autoritárias (sociedade/Estado); disputa por hegemonia política e cultura na sociedade e no Estado para efetivação da proposta.

Uma política pública de Educação Popular é o reconhecimento do Estado, tal como fez nos anos 1960, com Paulo Freire no governo federal, e nos anos 1980, com Paulo Freire como secretário municipal em São Paulo, de que a Educação Popular tem um espaço de formulação como de articulação presente em todas as políticas públicas e na construção de um projeto de desenvolvimento democrático e popular e de uma sociedade justa e igualitária.

O exemplo do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), instituindo uma Política Nacional de Educação em Saúde, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, a existência de um Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã na Secretaria Geral da Presidência da

República, que coordena uma Rede de Educação Cidadã, são exemplos e experiências de como é possível capilarizar e tornar participativos os processos de Educação Popular. Exemplos a serem seguidos, estimulados, reconhecidos, divulgados.

Ivanilde Batista - Para capilarizar a Educação Popular e Saúde (EPS), deve-se mudar a forma de organizar políticas de gestão que não dão conta de toda de dimensão das necessidades reais da população que tem o direito de ser atendida pelo SUS.

Para superar essa lacuna e fortalecer a EPS, seria importante fortalecer os conselhos de saúde, criar ciclo de diálogo, análise políticas, ações e gestão participativas, no âmbito das estruturas institucionais de governo, buscando um processo de democratização das relações. Assim, sensibilizar todos os níveis da sociedade civil, desde as comunidades até os setores públicos e privados, esclarecendo importância da participação popular no controle social das políticas públicas.

A Educação Popular propõe um processo de participação mediante o qual os interessados protagonizam as ações educativas. Essa participação não é um processo uniforme. Pelo contrário, abrange uma sequência de abordagens que vão desde a construção, divulgação de informação, a colaboração, a coordenação, a consulta, a representação política até a pesquisa participativa.

É fundamental a participação dos movimentos sociais populares na formulação, implementação e acompanhamento, pensando estratégias para a inclusão de grupos sociais em situação de exclusão ou vulnerabilidades. Mas o processo democrático, em diversas situações, é construído localmente e sabemos que ainda existem municípios e estados da federação que as concepções políticas são conservadora, que a políticas de direitos ainda não avançaram e a Educação Popular em Saúde, por mais que esteja institucionalizada, ainda demora um pouco pra chegar, mas é um estratégia de luta das comunidades organizadas.

Penso que a Aneps, nesses dez anos, tem contribuído de forma efetiva na construção do SUS, no fortalecimento da Educação Popular e Saúde e no avanço da participação popular no SUS.

Paulette Cavalcanti – Acho que tem de envolver a comunidade, de organizá-la para resolver problemas que realmente necessitem, que podem ser ações de cuidado, mas que tem de incluir o conceito ampliado de saúde e gerar lutas por direitos. Hoje, acho que os grupos de Aesa, Iesa e Esam, HES, em si, são práticas de cuidado. Só que entendemos que isso vem junto com a luta política, com a perspectiva de que saúde não existe sem habitação, trabalho, cultura, lazer, educação, transporte, coisas básicas as quais sustentam a vida.

Para isso, tem que se discutir a opressão, a diferença entre as classes, a exploração, a sociedade exploradora. Pode-se fazer isso junto com religião, com gestão, com automassagem, com as benzedeiras, parteiras, com as professoras do ensino fundamental, com agentes de saúde, com médicos. Mas se não discutir isso, para mim, não é Educação Popular. Porque não tem a perspectiva de libertar e transformar. Eu não posso me conformar porque a minha dor passou. Preciso saber o porquê da dor, minha e do outro, e discutir como se pára com isso.

Também são necessários momentos de formação, conversas em roda, envolvimento dos profissionais e serviços de saúde com as pessoas da comunidade, e vice-versa. É preciso ter um compromisso ético-político com uma sociedade sem exploração, sem opressão.

Outra coisa muito importante, que fizemos no Aesa/Iesa, é trazer, para a coordenação, o próprio usuário. Descentralizar o poder de verdade. Montamos uma que não era só profissional e gestor, muito menos só gestor. Reuníamos, cada mês numa comunidade diferente, com os representantes, com os adolescentes, idosos, mulheres e ACSs representando cada grupo. Era uma coordenação colegiada, onde o usuário realmente definia: esse mês a gente vai fazer isso, aquilo... e a gestão implementava. E isso gerava uma unidade entre os grupos, trocando também experiências.

As Mostras de Arte e Educação em Saúde, a inclusão da EP no curso de formação técnica em ACS, a participação no OP, nas conferências e até mesmo, depois, nos congressos da Abrasco e nos encontros nacionais de EPS eram discutidos nessa coordenação colegiada. E respeitados. Não adianta discutir e não implementar como hoje é feito nos conselhos de saúde.

Regina Barbosa – Este é um debate complexo e as respostas às questões acima envolvem várias dimensões de análise, da política e do papel do Estado aos conflitos urbanos e rurais. Em primeiro lugar, há de se considerar que existem realidades distintas e diversas pelo país afora, marcadas por conjunturas políticas locais que propiciam diferentes espaços de atuação. Penso que a EPS, de muitas formas, entrelaça-se a esses contextos e conjunturas e com eles interage, fortalecendo-se ou, ao contrário, fragilizando-se.

Mestre Paulo Freire nos ensinava que o trabalho pedagógico, na perspectiva da Educação Popular, requer, em primeiro lugar, um profundo compromisso com a justiça social. Este é, sem dúvida, o primeiro passo, mas não suficiente. A meu ver, temos enfrentado grandes desafios e dificuldades para a efetivação de uma política de EPS, sendo um dos mais importantes e graves o processo de privatização da saúde pública em curso, que, entre outras consequências, fragiliza o vínculo de trabalho dos profissionais de saúde e, como decorrência, seu envolvimento e compromisso com a população.

Assim, é fundamental uma política de Estado que assegure o Sistema Único de Saúde com financiamento público e vínculo de trabalho estável, de forma a viabilizar a consolidação, a continuidade e a ampliação das políticas de saúde, inclusive a de Educação e Saúde.

A capilaridade da atuação só pode ser garantida, a meu ver, nessa perspectiva. Na Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro, por exemplo, temos acompanhado esforços e investimentos em trabalhos educativos comprometidos com a EPS que, em função da precariedade e instabilidade dos vínculos profissionais, são descontinuados. Além do mais, a escalada de violência nos espaços populares da cidade e a efetiva ameaça de poderes armados compromete a atuação dos profissionais e educadores.

Recentemente, foi denunciado, na imprensa carioca, a invasão policial na residência de dois jovens fotógrafos, moradores e militantes dos movimentos sociais do Complexo da Maré, destruindo inclusive seus instrumentos de trabalho. Esse tipo de situação faz parte do cotidiano do Rio de Janeiro e, banalizado, raramente ganha as páginas dos jornais.

Como podem os profissionais de saúde e educadores se solidarizarem com a população diante desses graves acontecimentos sem comprometer suas vidas? Essas são, certamente, barreiras reais e graves para uma maior participação da população em espaços educativos, especialmente aqueles de caráter crítico e questionador.

Por fim, não poderia deixar de lembrar que o ideário da Educação Popular aponta para um "outro mundo possível" e penso que não podemos perder essa utopia de nosso horizonte. Apesar de estarmos vivendo um momento histórico particularmente difícil e desagregador, inclusive dos movimentos sociais, creio ser nossa tarefa alimentar, nos espaços em que atuamos, a esperança e a crença em uma sociedade baseada na justiça social e na fraternidade. Esse foi o principal legado que Paulo Freire nos deixou.

David HMSL, Batista IV, Um JAW, Cavalcanti P, Barbosa RHS, Heck S. Procesos de formación y producción de conocimiento: cinco miradas sobre la Educación Popular en Salud. Interface (Botucatu). 2014;18 Supl 2:1579-1590.

En esta edición, presentamos a cinco entrevistados con historias de origen y trayectos diferentes y praxis gira alrededor de los principios de la Educación Popular en Salud. Son: Selvino Heck, actual asesor especial de la Secretaría General de la Presidencia de la República, director del Departamento de Educación Popular y Movilización de la Secretaría Nacional de Articulación de la Secretaría General y secretario ejecutivo de la Comisión Nacional de Agroecología y Producción Orgánica; Regina Helena Simões Barbosa, profesora e investigadora del Instituto de Estudios de Salud Colectiva de la Universidad del Estado de Río de Janeiro; Ivanilde Batista, funcionaria de la Secretaría de Estado de Salud de Goiás, fundadora y militante de Aneps-GO; Paulette Cavalcanti, profesora e investigadora de la Fundación Oswaldo Cruz en Pernambuco; y Julio Alberto Wong Un, profesor e investigador del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal Fluminense.

Palabras clave: Educación Popular en Salud. Movilización social. Participación popular.

Recebida em 20/08/2013. Aprovada em 20/11/2013.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0494

Extensão popular: a pedagogia da participação estudantil em seu movimento nacional

Popular extension: the pedagogy of student participation in its national movement

Extension popular: la pedagogía de la participación estudiantil en su movimiento nacional

A Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP) reúne sujeitos envolvidos em ações de extensão universitária orientadas pelo referencial teórico-metodológico da Educação Popular (EP). Participam estudantes, professores, técnicos e movimentos populares ligados a essas ações de extensão, visando compor espaços de troca de experiências, discussão e estudos sobre suas possibilidades e dificuldades e construir coletivamente estratégias de luta para fortalecer institucionalmente essa vertente de extensão no cenário universitário brasileiro.

Envolvendo-se ativamente no processo de criação e desenvolvimento da ANEPOP, os pesquisadores deste estudo teceram reflexões críticas sobre essa experiência, especialmente quanto às repercussões desse tipo de vivência para a formação universitária na perspectiva da EP. Particularmente, chamou a atenção o quanto a participação na construção de um movimento nacional, no campo da EP, ajudou os extensionistas a desenvolverem aprendizados distintos dos acumulados nos projetos e nos programas locais de extensão.

Então, por se considerar que a pedagogia do Movimento Nacional de Extensão Popular é um problema de pesquisa, este estudo foi desenvolvido no decorrer do Curso de Mestrado em Educação, com o objetivo primeiro de analisar o significado pedagógico da participação estudantil na organização ANEPOP. Para tanto, utilizaram-se metodologias de pesquisa qualitativa, por meio das quais é possível apreender os aspectos pedagógicos inerentes a esta experiência, em especial, a sistematização de experiências. Assim, inicialmente, procedeu-se ao resgate histórico da ANEPOP e se valorizou o acesso dos pesquisadores aos registros dos acontecimentos e das diferentes ações e reações, incluindo suas observações pessoais, as conversas informais e os seus olhares curiosos. Em seguida, empreendeu-se uma análise crítica, tendo como foco a explicitação dos elementos pedagógicos desta experiência, bem como situações-limite e inéditos viáveis que ela traz para a atual discussão a respeito da formação estudantil e da reforma universitária.

Observou-se que, na ANEPOP, os aprendizados estudantis residiam, sobretudo, no aprimoramento de sua participação política e no estreitamento com lutas compromissadas com a difusão e a institucionalização da EP, bem como na comunicação com outras experiências regionais e nacionais no campo da Extensão Popular, o que favorecia aprendizados sobre metodologias educativas emancipatórias no cenário universitário.

Vivenciar a ANEPOP é constatar a expressão vibrante de um número significativo de atores universitários e sociais dedicados à construção permanente da utopia de uma universidade popular, ou seja, participativa, libertária, amorosa e democrática, onde a EP deixe de ser algo estranho ou esquisito para significar uma matriz orientadora e uma fonte permanente de inspirações de uma instituição – a universidade – que dê sentido à vida de todas as pessoas.

Há, portanto, uma singularidade nessa pedagogia, expressa marcantemente na capacidade de inserir os estudantes em espaços de protagonismo com repercussões de amplitude nacional e com interfaces de ordem conjuntural. Ainda se revela o aprendizado de conviver entre diferentes numa escala pouco exercitada no âmbito dos projetos locais de extensão.

Assim, a EP deixa de ser somente inspiração teórica ou bandeira de luta e vai sendo incorporada como principio ético e filosófico, como um horizonte segundo o qual esses estudantes procuram guiar e conduzir suas ações individuais e coletivas.

Pedro José Santos Carneiro Cruz
Dissertação (Mestrado), 2010
Programa de Pós-Graduação em Educação,
Universidade Federal da Paraíba.
pedrojosecruzpb@yahoo.com.br.

Palabras clave: Educación universitária. La educación por extensión. La educación popular. Los movimientos sociales

Keywords: University Education. Extension Education. Popular Education. Social Movements.

Palavras-chave: Formação universitária. Extensão universitária. Educação popular. Movimentos sociais

Texto na íntegra disponível em:
http://issuu.com/praticasintegraisnutricao/docs/disserta____o_pedrocruz_versao_fina

Recebido em 12/06/2013. Aprovado em 11/03/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622014.0258

Construção e divulgação do conhecimento no campo da Educação Popular e Saúde

Knowledge construction and dissemination in the field of Popular Education and Health

Construcción y divulgación del conocimiento en el campo de la Educación Popular y Salud

A pesquisa se insere no campo de estudos da Informação e Comunicação em Saúde e teve como objetivo estudar os processos de construção e divulgação do conhecimento no campo da Educação Popular e Saúde (EPS), com foco nos atores acadêmicos. Esses foram selecionados, dentre a diversidade de atores no campo da EPS, com base no pressuposto de que esse campo encontra-se em fase de institucionalização nos planos epistemológico, social e político, obtendo, nos últimos anos, maior reconhecimento e visibilidade nas esferas acadêmicas, do Estado e da sociedade, o que realça a importância de estudar a atuação desses atores. Entre os atores acadêmicos foram selecionados os membros do Grupo de Trabalho de EPS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), pois se acredita que essa seja uma importante sociedade científica e pressupõe-se que esses atores possam ser reconhecidos como expoentes no campo da EPS. Diante da complexidade e da multiplicidade de atores no campo da EPS e visto que o conhecimento pretende ser produzido de forma compartilhada, formularam-se as seguintes questões: Como o conhecimento é construído e divulgado no campo da EPS? Qual o papel dos atores acadêmicos na Rede de Educação Popular e Saúde (Redepop)? Sendo assim, a pesquisa foi estruturada em dois eixos: a EPS entendida como um campo científico e como um domínio de conhecimento/comunidade discursiva e a EPS vista como uma rede de movimento social movida por ação coletiva. A pesquisa foi dividida em três etapas: primeiramente, foi feito um levantamento de artigos sobre EPS na Biblioteca Virtual de Saúde a fim de situar a produção científica dos atores selecionados no campo científico da EPS. Posteriormente, utilizaram-se os currículos da Plataforma Lattes dos atores selecionados para identificar os canais de divulgação do conhecimento, formação e vinculação institucional. Por fim, foi enviado um questionário eletrônico para a antiga lista de discussão da Redepop e os dados foram submetidos à metodologia de Análise de Redes Sociais (ARS) a fim de identificar as posições e os papéis que os atores acadêmicos selecionados possuem na rede social de EPS. Optou-se pela Redepop por este coletivo congregar, desde sua origem, membros de diversas áreas de atuação (acadêmicos, profissionais de saúde, gestores etc.). Além disso, a lista de discussão possui representantes de outros coletivos do campo da EPS. A partir da análise dos dados, identificou-se que a maior parte dos atores acadêmicos membros do GT de EPS da Abrasco possuem graduação na área das ciências da saúde e estão vinculados a universidades ou instituições de pesquisa da área da saúde. No que se refere à divulgação do conhecimento, destacam-se como principais canais de comunicação a Revista APS, a Revista Brasileira de Educação Médica, a Revista Enfermagem da UERJ, o Congresso Brasileiro de Enfermagem e o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Em relação à posição e ao papel dos membros do GT de EPS da Abrasco, estes exercem uma posição central na rede, possuem o papel de intermediar as informações e são reconhecidos como expoentes no campo da Educação Popular e Saúde.

Marcus Vinícius Pereira da Silva
Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz
perezvinicius@gmail.com

Palavras-chave: Construção do conhecimento. Divulgação do conhecimento. Educação Popular e Saúde. Análise de domínio. Redes Sociais. Informação e comunicação em saúde.

Keywords: Knowledge construction. Knowledge dissemination. Popular Education and Health. Domain analysis. Social Networks. Health information and communication.

Palabras clave: Construcción del conocimiento. Divulgación del conocimiento. Educación Popular y Salud. Análisis de domínio. Red Social. Información y comunicación en salud.

Texto na íntegra disponível em:
http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/7094

Recebido em 08/04/2014. Aprovado em 03/05/2014.

DOI: 10.1590/1807-57622014.0383

Dispositivos infocomunicacionais em saúde

Infocommunicative Devices in Health or health area

Regina Marteleto[a]
Helena Maria Scherlowski Leal David[b]
Mariana Bteshe[c]

Nada nos seduz, nada nos atrai; nada desperta nosso ouvido, e nada cativa o nosso olhar; nada por nós é escolhido na profusão das coisas, e nada pode abalar nossa alma, que não esteja, de algum modo, ou preexistindo em nosso ser ou secretamente sendo almejado pela nossa natureza[1] (p.101).

Pesquisas conduzidas pelo grupo Cultura e Processos Infocomunicacionais (Culticom)[1,(d)], do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) e a Escola de Comunicação (ECO) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – PPGCI/IBICT-UFRJ, com apoio em práticas de construção compartilhada do conhecimento, produzem experimentos que visam representar o universo de questões, vivências e interesses de populações de periferias urbanas em torno da problemática da saúde. No período entre 2004 e 2011 o grupo criou o Almanaque da Dengue, o Zine Violento e o Almanaque do Agente Comunitário de Saúde, em diferentes projetos de pesquisa. Eles são chamados de "dispositivos de informação e comunicação em saúde" no sentido de que um dispositivo é, na sua essência, um agenciamento de elementos com a intenção de articular meios em função de uma finalidade ligada a uma situação, a qual exerce constrangimentos e impõe limites[2,3].

[a] Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação/PPGCI. Rua Lauro Muller, 455 Botafogo , Rio de Janeiro, RJ 22290160 Brazil. regina.mar@terra.com.br
[b] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem. helenalealdavid@gmail.com
[c] Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública. marianabteshe@gmail.com

[d] Grupo de pesquisa Cultura e Processos Infocomunicacionais: http://plsql1.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0026607DLU6GNX

Figura 1. Formas híbridas da informação científica e do saber popular expressas em imagens, ilustrações, provérbio e música.

Um dispositivo é, portanto, algo inscrito em um projeto, tendo uma missão ou finalidade a cumprir, numa situação particular, o que representa a sua força fundante e sua razão de ser, tanto quanto as limitações que pesam sobre os seus objetivos[4].

Figura 2. Por meio de um eixo reflexivo o dizer popular aciona uma figuração textual e imagética das questões de saúde.

Os dispositivos teriam potencial de reavivar saberes e práticas em saúde presentes na cultura de um povo, país ou comunidade para gerar um "terceiro conhecimento", quando em diálogo com outras formas de saber – o científico, o jornalístico, o literário, o artístico, por exemplo. A linguagem hipertextual é empregada para representar as redes sociais, cognitivas e semânticas desses diálogos de saberes. Por isso, a importância do emprego de diferentes linguagens (verbal e imagética) e o incentivo do trânsito entre elas, baseados no princípio de que o leitor ou expectador é sempre ativo no processo de interpretação das imagens e dos textos. Mais do que um suporte técnico-metodológico, o dispositivo pode ser um meio de expressão a ser apropriado pelos interlocutores, na articulação intersemiótica entre formas de representação da cultura criada e vivida[5].

Por que os Almanaques?

O Almanaque foi o formato escolhido para dois dispositivos – o Almanaque da Dengue e o Almanaque do Agente Comunitário de Saúde – por ser um gênero informacional que se aproxima de uma forma narrativa híbrida, mesclando diferentes tipos de saberes, suportes imagéticos (fotos, ilustrações, etc.) e elementos textuais (populares, científicos, literários, poéticos, jornalísticos, etc.). Desde sempre, o almanaque é uma enciclopédia ou um hipertexto popular.

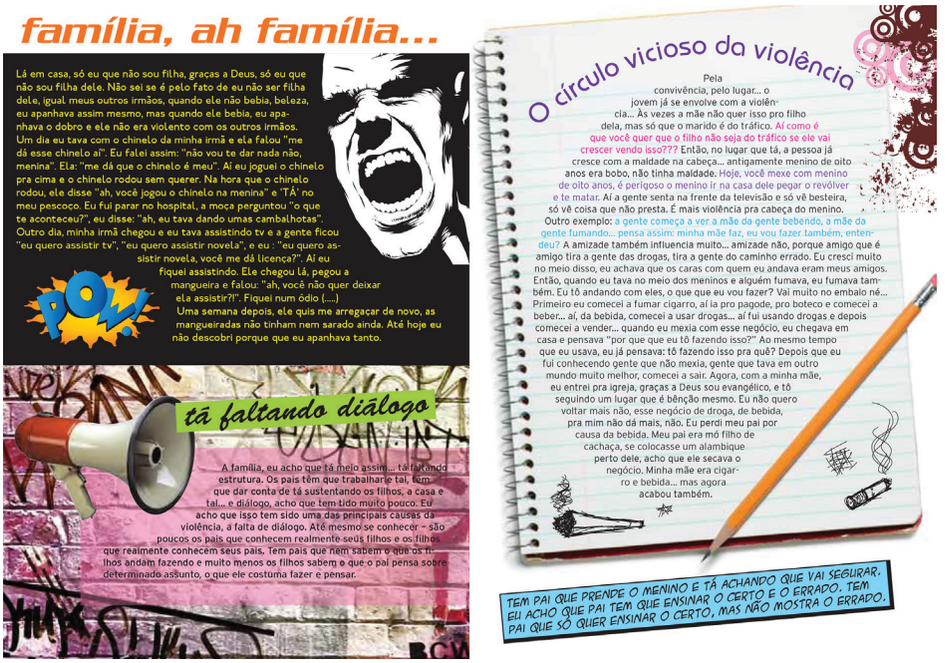


Figura 3. Jovens associam a violência às vivências familiares e sociais. Emprego de imagens e ilustrações contrastando o diálogo e a agressão verbal e/ou física.

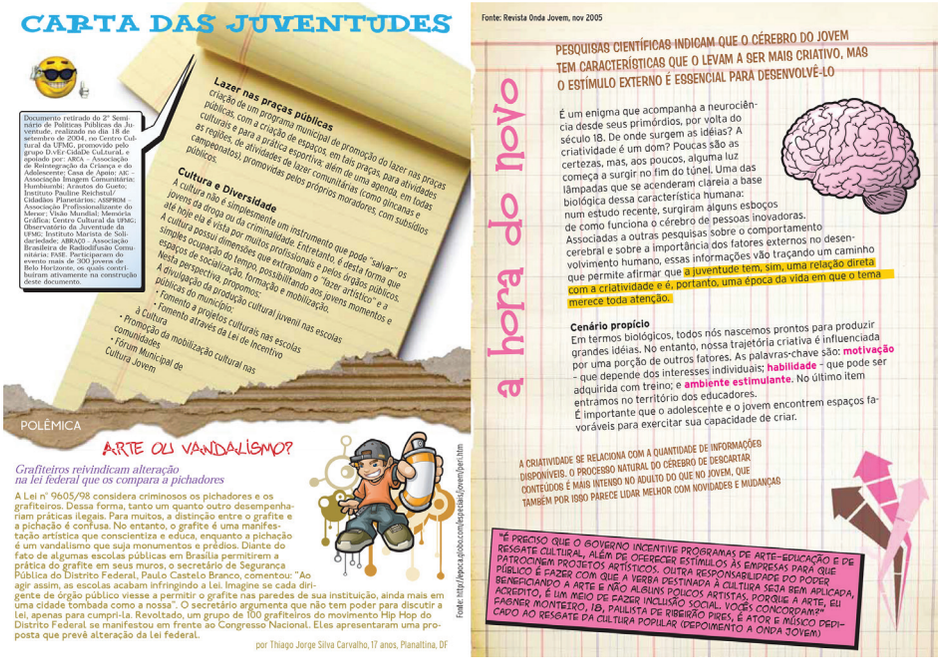


Figura 4. A arte é abordada em suas diferentes facetas – lazer, cultura e criatividade – como mediação para expressar a violência cotidiana.

Por que o Zine?

O Fanzine é um formato de comunicação que reflete os modos de interação e expressão dos jovens. Por isso o Zine Violento foi construído como mediador da temática da violência associada à identidade, ao território e às redes de interação de jovens de periferias das grandes cidades. A arte surge como meio para enxergar o contraste entre as máscaras (a realidade que se mostra e que se esconde) e os espelhos (a realidade que se reflete e que se vive). A linguagem hipertextual é dinâmica, com amplo uso de imagens, símbolos e cores.

Figura 5. As experiências cotidianas de jovens aparecem como depoimentos alternativos ao discurso midiático. A escola é apresentada como um espaço para troca destas vivências. As linguagens popular e musical reforçam a importância de uma posição crítica dos jovens diante da violência.

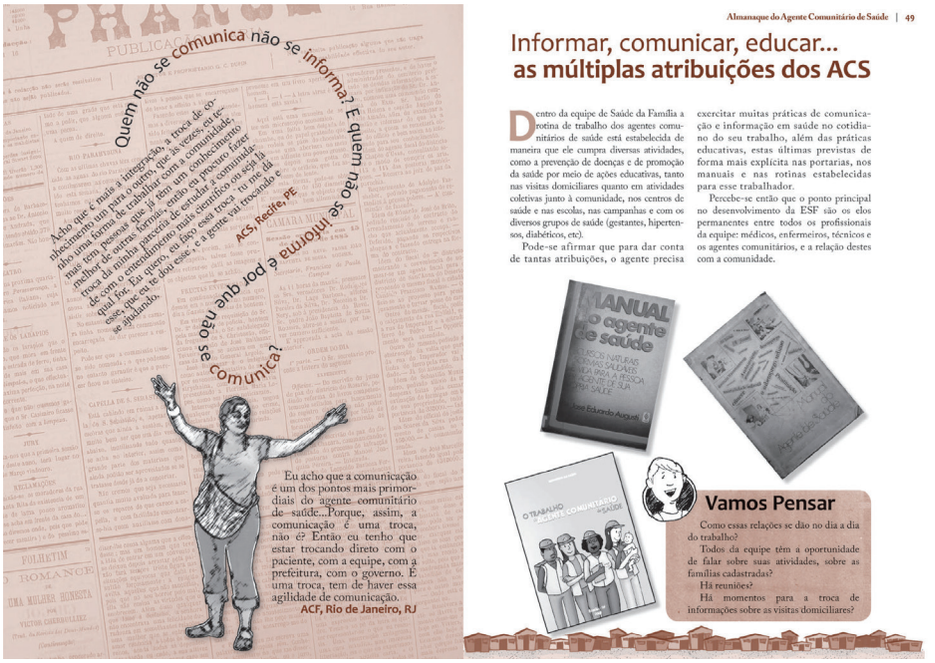


Figura 6. Um jogo de palavras e imagens para provocar conversações entre os ACS sobre a diversidade de suas tarefas.

Figura 7. A literatura para refletir sobre o país e a palavra especializada para ampliar o pensamento sobre a saúde.

Referências

1. Valéry P. Eupalinos ou o Arquiteto. 34ª ed. Rio de Janeiro, 1996.

2. Foucault M. Le jeu de Michel Foucault [entretien avec D. Colas et al]. Ornicar? Bulletin périodique du champ freudien, n.10, p.62-93, juillet, 1977.

3. Agamben G. Qu'est-ce qu'un dispositif? Paris: Ed. Payot & Rivages, 2007.

4. Marteleto R, Couzinet V. Mediações e dispositivos de informação e comunicação na apropriação de conhecimentos: elementos conceituais e empíricos a partir de olhares intercruzados. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.7, n.2, Jun., 2013.

5. Aumont JA. Imagem. Campinas, SP: Papirus, 1993.

Recebido em 04/06/2014. Aprovado em 22/08/2014.

Tiragem: 3.000 exemplares
Impresso na Gráfica e Editora Brasil Ltda.
PDJK, Pólo de Desenvolvimento JK
Trecho 01 Conj. 09/10, Lotes 09/10/22
Santa Maria-DF
Brasília, julho de 2015