

An abstract illustration on a magenta background. Several stylized hands in blue and orange reach upwards towards various digital icons: a smartphone, a tablet, a play button, a folder, and a group of people. A large, dark blue banner with white and yellow text is positioned in the center. Below the banner, a stylized figure in blue and orange is shown from the chest up, with arms raised in a celebratory gesture. The overall theme suggests digital literacy and community engagement.

AGIR CRÍTICO EM SAÚDE: SABERES E TRILHAS PELA EDUCAÇÃO POPULAR

Pedro José Santos Carneiro Cruz
(Organizador)

AGIR CRÍTICO EM SAÚDE: SABERES E TRILHAS PELA EDUCAÇÃO POPULAR

Grupo Temático de Educação Popular em Saúde da
Associação Brasileira de Saúde Coletiva
(ABRASCO)

Editora do CCTA/UFPB
João Pessoa
2025

AGIR CRÍTICO EM SAÚDE: SABERES E TRILHAS PELA EDUCAÇÃO POPULAR

PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ
(ORGANIZADOR)

Editora do CCTA/UFPB
João Pessoa
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
REITOR: TEREZINHA DOMICIANO DANTAS MARTINS
VICE-REITORA: MÔNICA NÓBREGA



CENTRO DE COMUNICAÇÃO TURISMO E ARTES
DIRETOR: ULISSES CARVALHO SILVA
VICE-DIRETORA: FABIANA CARDOSO SIQUEIRA



EDITOR
Dr Ulisses Carvalho Silva
CONSELHO EDITORIAL DESTA PUBLICAÇÃO
Dr Ulisses Carvalho Silva
Carlos José Cartaxo
Magno Alexon Bezerra Seabra
José Francisco de Melo Neto
José David Campos Fernandes
Marcílio Fagner Onofre
SECRETÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL
Paulo Vieira
LABORATÓRIO DE JORNALISMO E EDITORAÇÃO
COORDENADOR
Pedro Nunes Filho

Copyright © 2025 dos organizadores.

Todos os direitos reservados à Editora do CCTA. Depósito legal efetuado.

Autorizada a reprodução total ou parcial desde que citada a fonte. O conteúdo de cada capítulo é de inteira responsabilidade de seus(as) respectivos(as) autores(as).

Realização: Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Diagramação e capa: Amanda Pontes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

A267

Agir crítico em saúde : saberes e trilhas pela educação popular [recurso eletrônico] / Pedro José Santos Carneiro Cruz (Organizador). – Dados eletrônicos. – João Pessoa : Editora do CCTA, 2025. 194 p.

E-book.

ISBN 978-65-5621-563-1

Inclui referências.

Vários autores.

Obra organizada no âmbito do Grupo Temático de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

1. Educação popular. 2. Saúde coletiva. 3. Movimentos sociais. I. Cruz, Pedro José Santos Carneiro.

CDU 37

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Notas para o pensamento crítico em saúde na perspectiva da Educação Popular.....8

Agir crítico em saúde: alguns apontamentos a partir da concepção da Educação Popular na Atenção Primária à Saúde.....29

‘Por que gritamos golpe?’ – O fascismo social da ilusória democracia representativa e o absurdo estado de exceção brasileiro.....51

Prescrição ou participação: que cuidado em saúde queremos construir?.....70

Sistematização e narrativa: aprendizagens de uma experiência formativa em Educação Popular.....84

Tenda Paulo Freire: espaço de resistência e fortalecimento da educação popular na saúde coletiva.....109

Memória da educação em saúde a população negra: diálogo possível entre educação popular, dialética da história e afrocentricidade.....130

**A loucura e dispositivos da Educação Popular como forças
de luta.....152**

**La subjetivación en la intervención Comunitaria. Explorando
una lectura.....175**

PREFÁCIO

NOTAS PARA O PENSAMENTO CRÍTICO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO POPULAR

José Ivo dos Santos Pedrosa¹

Introdução

O campo da educação popular em saúde, por sua historicidade e contínuo processo de constituição, é um campo fértil para o desenvolvimento do agir educativo em saúde que afirma a educação como relação dialógica entre pessoas, superando a linearidade do tempo e do espaço cartesianos. Aqui neste capítulo, sou desafiado a traçar considerações a respeito do agir educativo sob o olhar crítico que a perspectiva da educação popular preconiza, ou seja, um permanente questionar sobre a realidade e como somos nela inseridos, transformando-a a partir de nossos movimentos, nos quais também nos transformamos.

Como desafio – e por se tratar de uma temática que vem aflorando aos poucos nas práticas de Educação Popular em Saúde (EdPop), em virtude de reflexões sobre a trajetória e dinâmica da EdPop hoje no Brasil –, este capítulo tem a característica de “notas”. Pois, tem o objetivo de apontar para a necessidade de constante vigilância praxiológica diante do risco de nossas práticas, apesar de resultarem de um olhar crítico sobre a realidade, serem capturadas, naturalizadas e vivenciadas acriticamente diante da elaboração de estratégias de sobrevivência impostas pelo cotidiano de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e movimentos sociais populares.

1 Professor Titular em Saúde Coletiva. Curso de Medicina da UFPI. Campus Ministro Reis Veloso-Parnaíba-PI. Vice-Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e integrante do GT de Educação Popular/ABRASCO E-mail: jivopedrosa@gmail.com

A construção da criticidade que movimenta

Na perspectiva da EdPop, a reflexão crítica é abrangente, questionadora e autônoma. Daí sua possibilidade de, ao mesmo tempo, analisar o presente, identificando as situações-limite que impedem os seres humanos de viver toda sua plenitude; e, com base na reflexão crítica de seus determinantes, construir o futuro que Freire (1978) chama de inédito viável.

Situações-limite, situações que oprimem as possibilidades de ser mais, que, muitas vezes, se tornam naturalizadas e invisíveis pela alienação de quem as vivencia no cotidiano. Inédito porque traz para os sujeitos a ideia de que são os produtores desse futuro, e viável porque constrói o compromisso com a ação. Ação com a intencionalidade de transformar a realidade no sentido de incluir todos os seres humanos nesta condição – seres humanos.

Parece meio contraditório que se reflita sobre uma ação, ela mesma resultado de um pensamento crítico. Mas, é exatamente neste ponto em que a criticidade se faz mais necessária, pois faz emergir questões que nos perseguem desde a Antiguidade, quando se pergunta sobre as causas necessárias e suficientes para determinar um fenômeno.

Questões que, na atualidade, ao se voltarem para nossas práticas de saúde, suscitam perguntas que se renovam diante de um mundo em constante mudança: como estas ações se associam ao direito à saúde? Como se articulam com as políticas de saúde que têm por base a participação popular? Como se integram com o Sistema Único de Saúde? Perguntas que emergem dos coletivos sociais que se organizam em torno da luta pelo direito à saúde.

Mas, os coletivos e grupos são constituídos por pessoas, e, nesta perspectiva, a questão de fundo é: como uma população excluída socialmente, sem acesso aos serviços de saúde (inexistentes, insuficientes e/ou ineficientes, sem acesso a medicamentos, se necessário) desenvolve um agir crítico a partir do pensamento crítico

sobre sua realidade na qual identifica suas situações-limite (FREIRE, 1978)? Teriam as práticas de educação popular em saúde a potência de superar as necessidades impostas pelo cotidiano que limitam ou minam a capacidade de criar, inventar, resistir?

Compreendo a educação popular em saúde como um movimento social, popular, que se expressa em vários espaços e sujeitos, apresentando uma diversidade que abrange da academia aos movimentos populares e agrupamentos excluídos que apresentam algum nível de organização.

De acordo com Carrillo (2015, p. 15), “la educación popular ha sido definida de diferentes maneras, las cuales ponen el acento en su intencionalidade política emancipadora, en su interacci[on] com los actores populares movilizados y en su propósito de formar consciências críticas y subjetividades rebeldes...”

Dessa forma, possibilita a produção de sentidos para a vida e engendra a vontade de agir em direção às mudanças que se julgam necessárias. As ações pedagógicas constroem cenários de comunicação em linguagens diversas, transformando as informações em dispositivos para o movimento de construção e criação.

Agir comunicativamente implica em atos pedagógicos que possam fazer com que as informações sobre a saúde de determinados grupos sociais, por exemplo, sirvam para aumentar a visibilidade desses grupos sobre sua inserção histórica, social e política; fundamentar suas enunciações e reivindicações; identificar territórios de subjetivação e projetar o futuro.

E os sentidos da ação pedagógica da EdPop têm sido experienciados nos processos de formação de profissionais, de constituição de sujeitos, e como dispositivo mobilizador no âmbito dos movimentos sociais.

Mas, refletir criticamente, tendo por base estas experimentações, significa, em primeiro lugar, perguntar se decorrem do agir educativo (aquele processo de formação que ocorre no mundo da vida) ou se são práticas que, mesmo resultantes de um pensamento crítico sobre os

determinantes das situações opressoras, são capturadas pela lógica do pragmatismo acrítico, que se caracteriza como ação em que os envolvidos não se sentem sujeitos com capacidade de construir e de se comprometer com o futuro desejado.

Existem diversas formas de captura da potência que um pensamento acrítico da educação popular em saúde pode desencadear com os sujeitos envolvidos. Em alguns processos de formação, a porção pedagógica do agir educativo aprisiona essa ação na dimensão de metodologias que poucos elementos conseguem “escapar” como construtos do devir comprometido. Ações desenvolvidas com os movimentos sociais também podem ser capturadas quando os objetivos intermediários são alcançados ou quando o processo de empoderamento é excludente e individualista.

A ampliação do sentido do educativo traz a formação como categoria central da reflexão pedagógica na educação popular, diferente de sua concepção instrumental e mais próxima de uma concepção que assume o pensar sobre os sentidos, intenções, contextos, sujeitos, relações, conteúdos, maneiras e atos de educar (CARRILLO, 2015)

Também existem formas de captura que se encontram nos processos de institucionalização organizacional, que, mesmo sendo produzidos sob o princípio fundante da formulação de políticas democráticas e participativas, fazem surgir ferramentas ou instrumentos de poder que transformam o diálogo em disputa.

Mas, tais pensamentos, à primeira vista, podem parecer estratégias paralizantes, ou seja, ações que giram sobre seu próprio eixo e impedem as rodas de se ampliarem. Assim, o primeiro passo para um agir crítico é pensar tais situações como dispositivos que podem levar a outros movimentos em direção à superação.

Tomar a superação das situações-limite como direção implica em conhecer tais situações em todas as dimensões possíveis. E se, por um lado, a captura desse conhecimento pode ocorrer pela sua submissão aos saberes dominantes acadêmicos ou à lógica do cotidiano orientado pelas necessidades de sobrevivência, por outro,

sua libertação pode ocorrer ao se promover o diálogo com outros saberes que existem, muitas vezes, invisíveis e enclausurados.

A criticidade da ação encontra-se na possibilidade de ampliar o conhecimento ao conceber a existência de outras formas de explicar e ler o mundo. Dessa multiplicidade de explicações e motivações, vai surgindo o compartilhamento de um novo saber sobre determinada realidade, revelando detalhes e acontecimentos que, sob o domínio da uniformidade e homogeneidade, passam despercebidos.

Imagine a cena, muitas vezes vivenciada pelos trabalhadores de saúde: um usuário do SUS, morador de uma periferia urbana, considerada território de atuação de uma unidade básica de saúde, e tem seu cadastro na Estratégia Saúde da Família, hipertenso ou diabético, que se apresenta expondo sua necessidade ao serviço, aos profissionais, principalmente o encontro com o profissional médico.

De um lado encontra-se o saber técnico e científico, organizado, normatizado, reproduzido e validado nas instituições que formam os profissionais de saúde e fomentam o exercício do pensamento pautado em paradigmas derivados da Epistemologia do Norte (SANTOS; MENESES, 2009); do outro lado, encontra-se um saber legitimado no cotidiano, no senso comum – saber de experiência feito.

À primeira vista, o que percebemos e de modo ingênuo e acrítico reproduzimos, é a existência de uma polaridade entre o saber/fazer acadêmico e o saber/fazer do senso comum, que torna impossível qualquer comunicação e diálogo, colocando uma situação de oposição a relação profissional de saúde e o usuário que busca os serviços. No campo epistemológico, o paradigma que legitima a produção acadêmica como científica não reconhece o saber popular e o senso comum como um conhecimento produzido por meio de outras visões de mundo, criando oposições entre referências teóricas, metodologias e análise dos problemas que necessitam de respostas. No âmbito político, a visão superficial e acrítica cria barreiras de diálogo e interação tão sutis que se tornam problemas que nunca cicatrizam. Pereira (2017) considera que

Se educar é conscientizar, em Freire encontramos a busca pela transitividade da consciência dos sujeitos, ao ponto que pensar certo seja um processo de criticidade que garanta a autonomia das pessoas. Por isso, a curiosidade que nos move em direção ao saber precisa orientar-se em sentido epistemológico, não espontâneo. Ao emergirmos da cotidianidade, via formação em nível da práxis, fomentamos movimentos de apreensão mais sistemática do mundo que nos cerca, compreendendo mais claramente aquilo que somente vivíamos. (p 116) [grifos originais]

Para superar as oposições e criar as condições para o diálogo que produz saber/conhecimento sobre o cotidiano e tem o propósito de responder às questões desse cotidiano na produção da saúde e doença, é necessário pensar que, nesse cenário e momento, ocorre um contato intercultural, ou seja, um encontro entre pessoas com culturas distintas. Segundo Dantas (2012), qualquer concepção de saúde é culturalmente engendrada pois

não só temos diferentes visões de mundo que retratam formas distintas de compreensão do que é saúde como, a partir destas, cada cultura tem formas distintas de alcançá-la e realizar sua promoção, assim como buscar a cura quando do que se considera adoecimento (p. 115).

Para ver a situação sob um outro ângulo, no qual o sujeito do conhecimento se encontra e integra ele mesmo o que deve ser conhecido, é necessária uma visão em paralaxe, que, no dizer de Zyzyk (2008), é reconhecer-se na imagem do objeto sob uma perspectiva que possibilite uma visão dos mesmos sujeitos e coisas, porém, movendo-se em sentidos que expressam as divergências e os conflitos existentes quando são olhados por ângulos que permitem, ao mesmo tempo, o enquadramento que o dominador faz da situação, assim como o enquadramento do dominado.

Segundo o autor,

Nossa experiência acadêmica dá um bom exemplo da diferença lacaniana entre o sujeito do enunciado e o sujeito da enunciação. Quando, numa conferência, o palestrante me pergunta: “Gostou da palestra?”, como digo educada e implicitamente que foi chata e estúpida? Dizendo: “Foi interessante...”. O paradoxo é que, se eu disser de maneira direta, estarei dizendo mais: minha mensagem será percebida como um ataque pessoal ao cerne do ser do palestrante, como um ato de ódio contra ele, não simplesmente como um desagrado com a palestra – nesse caso, o palestrante terá direito de protestar: “Se você realmente só queria dizer que minha palestra foi chata e estúpida, porque não disse simplesmente que foi interessante?” (p.24)

Oportunidades de apreender os sentidos que as pessoas e grupos atribuem aos seus movimentos encontram-se na perspectiva da dialética da territorialização, desterritorialização e reterritorialização (GUATTARI, 1997), que, ao orientar experiências pedagógicas, favorece aos envolvidos a troca de lugar com seus opositores e a construção de outros sentidos após diálogos, conflitos e consensos. Nessa experiência, os objetivos do conhecimento vão para além de se colocar no lugar do outro e compreender os aspectos objetivos e subjetivos que orientam sua vida, mas acrescenta-se a intenção de aprender a construir consensos, de redimensionar os desejos individuais e coletivos, ou, em outras palavras, aprende-se a viver a democracia.

O agir crítico exige do pesquisador/educador a compreensão de seu lugar na produção desse conhecimento. Como analisar e, ao mesmo tempo, implicar a si mesmo com o processo de conhecimento e com os movimentos que vão sendo desencadeados?

Esta questão torna-se fundamental para nós, pesquisadores e acadêmicos do Sul (SANTOS; MENESES, 2009), que vivenciamos práticas acadêmicas orientadas pelos critérios do Norte, mas, ao

mesmo tempo, fizemos opção por atuar em um campo de conhecimento em constituição, orientado pelos princípios básicos da educação problematizadora comprometida com as transformações sociais, no sentido dos grupos excluídos da sociedade.

Consequência dessa reflexão é um segundo passo para o agir crítico sobre os processos de formação na perspectiva da educação popular, que é o pesquisador/educador se movimentar na direção do objeto que agora faz parte integrante. Desde Marx (1999), que utilizou os conceitos de origem de classe e posição de classe para compreender seu próprio papel junto à classe trabalhadora, a oposição entre o sujeito e o objeto do conhecimento permanece para além dos desenhos cartesianos que dominam o mercado simbólico das informações em saúde (ARAÚJO, 2002).

Azibeiro e Fleuri (2012), percorrendo sobre os paradigmas da interculturalidade emergentes da educação popular, apontam, como um dos pressupostos fundamentais, a educação dialógica como sendo o entendimento e a vivência que torna possível a interação e inter-relação de “múltiplas perspectivas, inclusive as aparentemente antagônicas, que nem se fundem, nem se excluem, mas permanecem em tensão e interação, levando a entendimentos plurais, a um pensamento complexo, pluritópico, multifacetado” (p. 220).

A educação pelo diálogo representa uma opção epistemológica e ética que opera nos níveis macro e micro, isto é, das políticas formais às ações do cotidiano, justapondo e interconectando processos sociais e suas significações, produzindo novos sentidos e relações de poder-saber que, por sua vez, possibilitam

outros processos de subjetivação, novas posições de sujeito – que geram e se explicitam em relações que buscam ser não de hierarquização, mas de reciprocidade – nos limites mesmo onde se produziam as exclusões e as dominações. Não se trata de produzir consensos pela supressão das ambiguidades, mas deixar emergir ambiguidades e ambivalências até o limite do paradoxo, provocando, pela emergência de intercone-

xões antes não produzidas ou não percebidas, a possibilidade da invenção de outros significados e posições de sujeito (AZIBEIRO & FLEURI, 2012, p. 222).

Para a educação popular que adentra no campo da interculturalidade, o oprimido não apresenta *a priori* o primado da consciência e da ação política dado natural e somente por sua posição no processo produtivo. Assim como também não é exclusivamente a vítima de uma lógica cultural fragmentada, produzida pelos agenciamentos dos valores capitalistas, com os sentidos bricolados em uma história contada pelos dominantes nas quais estes sujeitos aparecem estereotipados pela apatia e resignação.

Uma postura crítica das práticas de educação popular é entender o oprimido como ser humano que potencialmente se constitui

num sujeito ativo, que tem suas formas de resistência, que negocia, entra nos jogos de poder, elaborando os caminhos de sua própria vida, com maior ou menor entendimento desses jogos em que se envolve a partir das situações que tramam seu dia a dia. Desconstruir subalternidades, então, pode significar aumentar a capacidade de percepção desses jogos, entendendo as ambiguidades e ambivalências (AZIBEIRO & FLEURI, 2012; p. 231).

O contato intercultural que ocorre nos serviços de saúde e, principalmente, no encontro entre o usuário/paciente e o profissional de saúde, é um encontro permeado de subalternidades do primeiro em relação ao segundo. Subalternidade no saber, no sentir, no explicar e, principalmente, subalternidade a uma prescrição ou orientação alienante, considerando que não faz sentido ao seu modo de ser e estar no mundo.

Como desconstruir subalternidades e hierarquias e construir relações de reciprocidade de modo que o sentir e o saber de um

signifique algo substancial para o outro, condição imprescindível para o diálogo entre sujeitos capazes de, compartilhadamente, construir novos sentidos e, por consequência, novas ações?

A pesquisa participante e a análise da implicação (L'ABBATE, MOURÃO & PEZZATO, 2013) minimizam essa distância, mas o pensar crítico sobre essa relação é um processo constante de vigilância epistemológica para não se deixar capturar pela sua visão estática na imagem da realidade e observar os movimentos dos sujeitos de vários ângulos.

Silva Junior (2018), em sua tese de doutoramento sobre a população cigana, utilizando uma metodologia híbrida e uma concepção de sujeitos de pesquisa como sujeitos de conhecimentos, relata que existem diferenças entre as falas que são produzidas diante de um pesquisador que se identifica com o objeto a ser pesquisado (no caso o pesquisador era cigano) e as falas que são produzidas pelos sujeitos diante de um interlocutor que delimita a distância entre o pesquisador e o pesquisado (os técnicos que ocupam lugar na burocracia responsável pela implantação da política).

Para as Ciências Sociais e Humanas, a abertura para metodologias participativas de produção de conhecimentos compartilhados é mais ampla, e aí se inclui a Saúde Coletiva, que permite uma concepção de processos de produção de saúde, de autopoiese, que buscam sua contínua renovação.

Mas, o campo da saúde contempla a doença, o sofrimento, a desassistência, o não cuidado e as mortes, principalmente as evitáveis. A objetividade da saúde expressa-se na doença que, por sua vez, gera a necessidade. Nas sociedades medicalizadas ocidentais em que a saúde é tratada como consumo de serviços e produtos da indústria médico-farmacêutica, a ação crítica em desencadear um movimento diferente com base na potência do próprio ser humano e na energia de viver das pessoas é desconsiderada, sendo reduzida ao seu enquadramento às normas do serviço (definição de clientela específicas, horários,

tempo de atendimento, disponibilidade de serviços acessórios etc.) e aos protocolos de diagnósticos de prescrições profissionais.

Entretanto, dentre as sociedades ocidentais, existem sociedades como as do hemisfério sul, que foram colonizadas de forma brutal, resultando, além do genocídio, no epistemicídio de nossos saberes, o silenciamento e marginalização de outras formas de compreender o mundo (SANTOS & MENESES, 2009). Em decorrência do colonialismo, essas sociedades constituíram-se na diversidade repleta de adversidades, que se expressa na presença e resistência de culturas tradicionais e modos de viver, que em um processo de participação popular democrático, soltam suas vozes.

Então, a criticidade que movimenta reside na autorização de si mesmo como sujeito coletivo do conhecimento para se permitir descolonizar do pensamento exclusivo do Norte e deixar-se abrir para outras lógicas, que, na maioria das vezes, se traduzem nas falas e nos gestos.

E o que movimenta essa relação é construção permanente da direção a ser perseguida, tendo como pressuposto as mudanças de cenários políticos e sociais, fazendo com que a análise da conjuntura seja a base para a ação crítica em saúde. Quais os sujeitos que se movimentam no contexto da política de saúde nos seus aspectos macro e micro? Quais os sujeitos e como se implicam na ação de cuidar do outro, considerando que a ação de cuidar, além de *praxis*, requer um conhecimento, uma tecnologia e a interação entre as subjetividades de quem a realiza e quem recebe a ação? (AYRES, 2008)

O lugar dos sujeitos da educação popular no contexto social, político e cultural

A institucionalização de espaços de interlocução entre movimentos sociais e governo na formulação de políticas públicas, espaços institucionalizados de inclusão social, no contexto brasileiro, principalmente a partir de 2003, trouxe um papel até então inédito para os sujeitos dos movimentos sociais – interlocutores na formulação de políticas.

Pelo ângulo da democracia e da luta por sua qualificação em tornar-se cada vez mais participativa, a constituição desses espaços e a interlocução entre esses sujeitos é uma conquista. Entretanto, por outro ângulo, é possível observar no mesmo processo disputas internas entre os movimentos, distanciamento das práticas democráticas, como a permanência da tomada de decisão pela contagem numérica daqueles que concordam com determinada enunciação, deixando de lado o modo de decidir pela construção de consensos e reflexão sobre os conflitos existentes, o que reduz o significado de participação ao de representação, desconsiderando a mobilidade de micropoderes e diálogos que atravessam a passagem do pensamento do plano individual ao pensar coletivo, gerando disputas.

A EdPop, por exemplo, institucionalizou-se como área técnica do Ministério da Saúde, tornou-se eixo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, constituiu-se um Comitê com a participação de vários movimentos populares para formulação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, a participação social compreende, além do sentido formal dado pelo voto popular, a presença de grupos da sociedade nas decisões a respeito de problemas que afetam a vida cotidiana, incluindo, nos espaços de diálogo e construção coletiva, sujeitos antes considerados sem atributos para tal.

A capilaridade de espaços e processos participativos na vida social abre possibilidades para o exercício da ação comunicativa entre

necessidades de saúde e possibilidades de resolvê-las em prol da coletividade. A compreensão dessa possibilidade aponta a importância de sua ampliação para o exercício do diálogo, pactuação de interesses e a produção de uma cultura de participação democrática na gestão de ações, serviços, redes e sistemas de saúde.

A ação comunicativa decorrente da participação em uma sociedade democrática considera o contexto possível de vocalização de diversos interesses e conflitos que suscitem a produção coletiva e compartilhada de intenções, pactos e políticas.

A ampliação e fortalecimento da esfera pública política, que se diferencia do Estado e do Mercado, pressupõe que a sociedade civil possa elaborar projetos coletivos reconhecidos e acolhidos pelo Estado, mas, principalmente projetos legítimos do ponto de vista da própria sociedade.

Nesse processo, os movimentos populares livraram-se do significado que lhes tem sido historicamente atribuído de sujeitos portadores de necessidades para reconstruírem para si mesmos o significado de sujeitos portadores de proposições e protagonistas na construção dessas proposições.

Esse acontecimento histórico é inegável, mas traz consigo questões que emergem de um outro contexto político no qual convivem atos que atentam contra a democracia, contra a Constituição Federal e contra os direitos sociais conquistados, em nome de superação de uma crise política, financeira e institucional alimentada midiaticamente, que coloca o mercado e a restrição aos programas de proteção social como tábuas de salvação para preservação de um modelo de desenvolvimento excludente e selvagem.

Dessa forma, a pergunta central passa a ser “em quais lugares se encontram esses sujeitos no contexto atual?” Ou poderia também perguntar se eles existem nos espaços invisíveis ou institucionalizados, ou seja, “existem em não espaços ou entre espaços?”

No âmbito da macropolítica, quando ocorre o reconhecimento legal e organizacional na institucionalidade jurídica e política do

país (como é o caso da Educação Popular em Saúde no Ministério da Saúde), os sujeitos, representantes dos movimentos populares e interlocutores na formulação das políticas, reconhecem que existe um lugar e se reconhecem nele.

Na maior parte dos casos, esses lugares, mesmo resultado de conquistas e participativos, ao serem institucionalizados, carregam determinadas regras que se encontram pré-estabelecidas, explícita ou implicitamente, que os participantes acatam e terminam por criarem novas regras de participação, de decisão, de representação, de modo que a inclusão e a abertura da roda fica sob a ameaça de ser capturada pelo “modo instituído de tomar decisões”.

Mas, o que alimenta as ações que se desenvolvem nesse lugar reconhecido e legalizado é o que acontece no âmbito da micropolítica. E a reflexão crítica além da questão sobre o olhar (a visão, o ângulo) do pesquisador/educador sobre o objeto contempla questionamentos sobre o lugar de onde se fala e em nome de quem se fala.

Nesse sentido, a EdPop significa o desenvolvimento de processos de formação e conscientização que objetivam o desenvolvimento dessa capacidade de falar por si e, ao mesmo tempo, como os outros, que consiga enunciar a enunciação construída com aqueles que se sentem pertencentes e identificados com o mesmo lugar.

Como processo pedagógico, a EdPo fortalece a identidade cultural dos sujeitos sociais e promove o diálogo com a diversidade cultural que existe no lugar que as pessoas ocupam no mundo.

As políticas de Humanização no SUS (BRASIL, 2004), Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006), Promoção da Equidade em Saúde (BRASIL, 2013) e de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013), servem de analisadores para que se observe a necessidade de diálogos interculturais. Sem uma prática crítica – dialogicidade –, cada movimento popular apresentará suas necessidades nessas políticas públicas tomando como base preponderante seus valores culturais, muitas vezes disputando os recursos e as estratégias para responder a tais demandas com outros

movimentos, que, por sua vez, apresentam outras necessidades e são portadores de outras culturas. E, na maioria das vezes, estas demandas são dirigidas ao Estado, que acaba sendo alçado à condição de único sujeito salvador da situação, excluindo o saber/fazer e as experiências vivenciadas pelos movimentos que, na maioria das vezes, se encontram registradas e introjetadas sob outros cânones e outras linguagens.

Coelho (2017), analisando o significado da cultura em uma comunidade quilombola no Piauí, comenta que

... as principais atividades socioculturais que circulam no território quilombola Riacho dos Negros hoje são: o batuque, os resisados, embora se concentre mais na cidade, a capoeira (redescoberta a partir da res-significação do território Riacho), as festas de santo e de terreiro, sem a demarcação de um espaço físico. O gosto pelas tradições culturais fez e continua fazendo as pessoas se movimentarem das mais distantes comunidades para participarem das festividades. Há uma cumplicidade bem acentuada na preservação das tradições culturais, pois são elas as responsáveis pelos encontros das pessoas, pelas confraternizações e mobilizações para as discussões políticas... (p.150)

E aqui, o pensamento crítico sobre o diálogo traz questões que, no caso da saúde, se encontram entranhados na estrutura e na cultura organizacional que tende a homogeneizar os grupos sociais. Usuários do SUS é um termo que contempla qualquer cidadão brasileiro; equidade em saúde incorpora todas as populações vulneráveis (negra, LGBT, ciganos, quilombolas, indígenas, ribeirinhas, vítimas de barragem, mulheres rurais e outros), onde cada qual apresenta sua necessidade. A Educação Popular em Saúde tem a potência de fazer a mediação entre as necessidades de cada grupo e ir constituindo as necessidades do coletivo.

Esta intermediação é denominada em outros campos da saúde de competência cultural. Ramos (2018) coloca que

O encontro interdisciplinar entre saúde, comunicação e cultura coloca novos desafios estratégicos e políticos na prevenção, informação, educação, acesso, equidade e promoção em saúde, bem como na organização dos serviços e na prática clínica. Implica um novo reposicionamento metodológico, epistemológico e ético ao nível da pesquisa, da formação e da intervenção no domínio da comunicação e da saúde, em particular na comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde, na atuação dos profissionais e no desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais e interculturais (p150).

Para a autora, as competências individuais encontram-se em atitudes, comportamentos e valores que favoreçam interações harmoniosas entre diversas culturas, desenvolvam relações interpessoais construtivas, autoconhecimento, reflexão crítica e atitude de descentração. As competências comunicacionais, pedagógicas e linguísticas são as que facilitam a formação e comunicação intercultural e promovem intervenções para formar profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis, implicados e preparados para viver em um mundo repleto de diversidades.

E a competência tecnológica deriva da utilização dos recursos de formação, da utilização das redes sociais para empoderamento e autoafirmação de grupos e, principalmente, tornar claro o sentido dos enunciados.

Um exemplo desta última competência vem de Toronto, Canadá, onde um grupo de mães adolescentes que tinha experimentado vivências em situação de rua utilizaram o *photovoice* (um blog que permite troca de fotos e mensagens) para fortalecer suas identidades e promover o empoderamento (FORTIN ET AL, 2015). Aqui, é importante salientar o olhar crítico sobre as tecnologias de informação

e comunicação disponíveis, pois existem formas de utilizar tecnologias que aprisionam por meio da dependência tecnológica que fomentam, e outras nas quais a tecnologia é colocada a serviços das pessoas.

Um outro exemplo relacionado à tecnologia e cultura deriva do problema que grupos vulneráveis apresentam em relação ao câncer colorretal nos Estados Unidos. Estes grupos apresentam maior taxa de mortalidade por este tipo de câncer, assim como as menores frequências de realização de testes preventivos e de triagem (HESTER et al, 2015). Para os autores, isso acontece em virtude do inadequado acesso aos serviços que realizam tais testes, escassez de guias de informação sobre o problema e aversão à realização dos testes que esta população apresenta. Em outras palavras, os avanços biotecnológicos da medicina preventiva não fazem parte da cultura desses grupos sociais.

Mas, o desenvolvimento de competências interculturais nos processos de mobilização, organização e formação referendados nos princípios da Educação Popular seria suficiente para a desconstrução de subalternidades e construção da autonomia para que os seres humanos possam experienciar a vida tal como lhes parece? Ao mesmo tempo, o centramento em cada visão de mundo que orienta o modo como indivíduos e grupos sociais vivenciam seu cotidiano não se apresenta como barreira para o diálogo intercultural? Como construir o inédito viável nas formulação e gestão de políticas públicas, nos processos de formação de profissionais e de constituição de sujeitos sociais?

Guattari (1987) discute que a autonomia possível é uma construção que nega superinstâncias unificadoras modeladoras, estados-maiores estratégicos, programas e teorias, tendo a vocação de responder pelo conjunto de situações e multiplicidades dos pontos de vista, em presença. Nesse sentido, é fundamental a perspectiva crítica nos processos de resgatar autonomia e desconstruir subalternidades das pessoas em relação ao seu movimento na vida, pois, no plano da generalidade homogeneizante do pensamento normatizador

hegemônico, a afirmação da vida ocorre assujeitando essas pessoas ao espaço da regularidade e das leis gerais que ordenam o saber médico e a lógica produtiva das organizações do setor saúde.

No processo de formação de médicos com o qual me encontro implicado, é possível perceber indícios que a vivência em ações pedagógicas que escapam dos limites da academia é possível, haja vista os projetos de educação popular em suas dimensões da formação, construção do conhecimento e ações (ARAÚJO & CRUZ, 2018) que possibilitam uma aprendizagem que tem como referência o mundo vivido e experimentações que permitem que o processo formativo seja permeado por afetações.

Breves considerações para continuar a discussão

Diante das questões levantadas que emergem do contato entre o mundo da vida e o mundo organizacional e profissional, sobressai a necessidade de diálogos interculturais, compreendendo, como Sousa e Oliveira (2018), a cultura como algo inerente à humanidade, presente em qualquer ação do ser humano, plural, vivenciada de forma diferenciada por cada grupo e comunidade. Este entendimento permite captar as subjetividades que permeiam essas diferenças e nuances, possibilitando o aflorar da sensibilidade necessária e inerente ao diálogo.

Ressalto a importância do pensamento crítico em todos os momentos e espaços em que ocorre esse encontro, do âmbito das práticas mais coletivas e organizadas ao âmbito da relação entre profissionais de saúde e usuários. Deixar-se penetrar pelo modo como o outro vê o mundo não significa que se deve abandonar o conhecimento e as habilidades com as quais o profissional de saúde é reconhecido pela sociedade, mas ir criando espaços para que as diferenças de pensar, sentir e viver sejam ressignificadas sob uma nova perspectiva que inclua a construção de modos de viver nos quais as diferenças representam singularidades que apresentam,

ao mesmo tempo, os limites e as possibilidades de superação das situações opressoras.

Diminuir os limites e aumentar as possibilidades é o que a criticidade sobre nossas práticas de educação popular apresenta. Por um lado, a constante vigilância ética e epistemológica guia para uma relação que constrói reciprocidade na relação, desfazendo hierarquias e subalternidades. Por outro lado, aquele que se sente autorizado a falar e ser ouvido aumenta sua alteridade de modo que a submissão às normas e prescrições passa a ser resultado de negociações e diálogo entre conflitos, dissensos e divergências, na configuração de uma nova compreensão de mundo no qual o cotidiano de ambos (profissionais e usuários) seja incluído.

Finalmente, para que esse encontro resulte na produção de um novo saber que oriente a formatação de um modo de viver, agora mediado pela interculturalidade, é imprescindível que exista a vontade de descolonizar nossos pensamentos, atos e organizações.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, I.S. Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder - um modelo de comunicação para políticas públicas. 2002. Tese (Doutorado) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ARAUJO, R.S; CRUZ, P.J.S.S (org). Educação Popular e práticas sociais: ação, processo formativo e construção do conhecimento. 1 ed. João Pessoa-PB: Editora do CCTA/UFPb, 2018.

AZIBEIRO. N. E.; FLEURI R, M. Paradigmas Interculturais Emergentes na Educação Popular. In Dantas SD (org). Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012; 109-132.

AYRES J.R. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenêutica filosófica. Salud Coletiva. 2008;4(2):159-72.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. Brasília, 2004

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Ministério da Saúde. Brasília, 2006

_____. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEP-SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2013

_____. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. Políticas de Promoção da Equidade Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2013

CARRILO, A.T. Educación popular y movimientos sociales em América Latina. 1 Ed. Buenos Aires: Biblos, 2016.

COELHO, R.F.G. Aos sons dos batuques: a ressignificação dos quilombos de São João do Piauí. In: LIMA, S. O.; FIABANI, A (org). Serão Quilombola: comunidades negras rurais no Piauí. Teresina: EDUFPI, p.133-159.

DANTAS, S. D. Saúde Mental e Interculturalidade: Implicações e novas proposições diante dos desafios em tempos de globalização. In DANTAS SD (org). Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012; 109-132.

FREIRE P. A pedagogia do oprimido. 5ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978

FORTIN, R.; JACKSON, F. S.; MAHER, J.; MORAVAC, C. I was here: Young mothers who have experienced homelessness use Photovoice and participatory qualitative analysis to demonstrate strengths and assets. Global Health Promotion 1. (22), 2015; 8-20.

GUATTARI, F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. 3.ed. São Paulo, Brasiliense, 1987. 229 p.

HESTER, C.M.; BORN, W.K.; YEH, H.W.; JAMES A.S.; DALEY, C.M.; GREINER, K.A. Decisional stage distribution for colorectal cancer screening among diverse, low-income study participation. Health Education Research. v. 30, n, 3, 2015, p. 400-411

L'ABBATE, S; MOURÃO, L.C; PEZZATO, L.M. Análise institucional & Saúde Coletiva (org). São Paulo: HUCITEC, 2013

MARX, K. O Capital: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

PEREIRA, T. I. A vida ensina: o “saber de experiência feito” em Paulo Freire. Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient. E-ISSN 1517-1256, Edição especial XIX Fórum de Estudos: Leituras de Paulo Freire, p. 112-125, junho, 2017. Disponível em <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/6896/4519>. Acesso em: 02 fev 2019

RAMOS, N. Comunicação em Saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural brasileira. In: RANGEL-S,M.L; RAMOS, N. (org). Comunicação e Saúde: perspectivas contemporâneas. Salvador: EDUFBA, 2017, p. 149-172.

SANTOS, B. S. e MENESES, M. P. Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina, 2009.

SOUZA. T.Z; OLIVEIRA, M.W. Educação, cultura e conscientização: apontamentos para a educação popular. In. ARAUJO, R.S; CRUZ, P.J.S.S (org). Educação Popular e práticas sociais: ação, processo formativo e construção do conhecimento. 1 ed. João Pessoa-PB: Editora do CCTA/UFPb, 2018, p. 31-47

Agir crítico em saúde: alguns apontamentos a partir da concepção da Educação Popular na Atenção Primária à Saúde

Pedro José Santos Carneiro Cruz²

O debate em torno de um agir crítico em saúde constitui destaque no âmbito da produção científica e das reflexões acadêmicas e profissionais em Saúde Coletiva desde muitas décadas, mas pode-se apontar especificamente os anos de 1970 como marco onde um amplo movimento de reorientação do fazer e do pensar a saúde e sua prática profissional tem ganhado ênfase. Nas últimas duas décadas, esse movimento foi especialmente impulsionado por diversos fatores de interesse social e científico, dentre os quais se destacam: a persistência do fenômeno da exclusão social no mundo, que patrocina a fome, a pobreza e a miséria; e as recentes mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, que resultam diretamente em transformações nos modos de vida da população.

O objetivo central deste ensaio é contribuir com esse debate, evidenciando, particularmente, caminhos e potencialidades de um agir crítico em saúde pela perspectiva pedagógica freiriana da Educação Popular. Com isso, pretende-se mobilizar algumas reflexões comprometidas com a expansão e a qualificação do debate sobre os atuais desafios, as possibilidades e as lacunas da Saúde Coletiva em seu agir, em especial no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS).

Esse manuscrito partiu de inquietações e de questões dirigidas ao grupo em que o autor faz parte, em decorrência de sua experiência como participante de trabalhos sociais em Nutrição à luz da EP,

2 Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). É ainda docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação na UFPB. Contato: pedrojosecruzpb@yahoo.com.br

particularmente do Programa de Extensão “Práticas Integrais de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)”, vinculado ao Departamento de Nutrição e ao Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Esse Programa está em exercício há doze anos, entrelaçando ações, grupos e processos educativos em alimentação, nutrição e saúde no contexto de comunidades populares, tendo como sujeitos, além de estudantes e docentes da UFPB, moradores, educadores populares, educadores de ensino fundamental e trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família (USF). No período estudado, o PINAB desenvolveu suas ações a partir do apoio a distintas práticas sociais de EP e Promoção da Saúde realizadas no território, a partir de Grupos Operativos, sendo estes: Brincando com a mente; HiperDia; Caminhada; Terapia Comunitária; e Horta no Vila. Há de se destacar também as ações do PINAB em apoio ao Movimento Popular de Saúde da Paraíba (MOPS-PB) e à Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde da Paraíba (ANEPS-PB) e um Fórum Intersetorial de Promoção da SAN.

1. O engajamento com a realidade é o ponto de partida

Tendo como base o agir crítico, o processo educativo em saúde na APS constitui-se como processo que prioriza, fundamentalmente, o engajamento com a realidade, o qual não é apenas um passeio pelo território, nem apenas a oportunidade para que as pessoas da comunidade falem em uma reunião. Implica engajar-se no território, conversando com as pessoas, compreendendo suas lógicas, compreendendo sua cultura, colocando-se no lugar delas, entendendo suas lutas, caminhadas e seus grupos sociais locais; desta forma, procurando reavaliar e até reorientar as tecnologias sociais e as práticas educacionais em saúde, por mais que tenham sido construídas pelos mais brilhantes intelectuais. Assim, negociar com a comunidade,

suas pessoas e seus grupos, a aplicação das tecnologias e práticas educativas em saúde, através de uma construção compartilhada.

O engajamento com a realidade social na qual está inserido o profissional que atua com saúde é um pressuposto fundamental para o Agir Crítico nesse campo, inclusive por ser um fundamento da própria educação popular, conforme sistematizada por Paulo Freire. Para este autor, o processo de educação tinha como um pré-requisito fundante a inserção compromissada do educador no território em que atua, para que possa efetivamente sentir essa realidade, seu contexto, contradições e processos, e também para articular o processo de construção da experiência educativa ao contexto social no qual está inserido. Somente assim, a abordagem educativa em saúde desenvolvida poderá trazer os cotidianos e os saberes populares para o centro do processo de agir em saúde, tanto do ponto de vista social como profissional.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o engajamento com a realidade não se dá necessariamente pela possibilidade do profissional assumir e trazer para si mesmo toda a responsabilidade por enfrentar os problemas comunitários, situações que devem ser ali desenvolvidas, ou mesmo tomar a frente de questões sociais problemáticas no lugar das pessoas da população.

O processo de engajamento com a realidade requer respeitar aquela realidade e incorporar as temáticas, os limites e contextos dessa realidade social no desenrolar do processo de ação em saúde, valorizando a leitura que as pessoas fazem da mesma no processo em desenvolvimento, de forma que a discussão sobre saúde esteja articulada com o lugar onde as pessoas moram, com as dinâmicas ali desenvolvidas e com os movimentos e grupos sociais que ali interagem. Dessa maneira, o processo de agir em saúde vai estar coerente com o contexto em que é desenvolvido, podendo efetivamente gerar contribuições no dia a dia das pessoas e possibilidades de novas atitudes, posturas, novos procedimentos, tanto por parte da população,

como por parte dos serviços e das instituições sociais locais, para a melhoria da qualidade de vida, principalmente no que tange à saúde.

É bem verdade que falar em engajamento com a realidade social pode parecer uma afirmação vaga ou genérica. Na verdade, quando falamos de engajamento com a realidade social, queremos falar fundamentalmente do exercício de convivência com os sujeitos de uma determinada realidade social com seus grupos sociais. Isso implica conversar com as pessoas e, nessa conversa, permitir-se conhecer suas histórias e condições de vida, conhecer seus projetos de vida, suas problemáticas, desejos, limites e contradições. É participando das iniciativas culturais e sociais que existem em um determinado território que vai se possibilitando engajar em uma realidade, conhecendo-a para nela melhor atuar. A realidade é construída pelos sujeitos. Não é algo genérico, tampouco é misterioso ou invisível. A realidade é visível à medida em que nós conhecemos as pessoas e os grupos sociais que interagem naquele território, e observamos seus conflitos, interesses, buscas e a situação. A realidade, portanto, é composta pelas pessoas e pelas suas interações dinâmicas e multifacetadas.

Para construir um Agir Crítico na APS, é importante que o profissional busque oportunidades de interagir com as pessoas. Não digo interagir em momentos pontuais, mas em momentos de forma processual e longitudinal, onde, passo a passo, propicie conhecer aspectos das pessoas e suas histórias de vida, a partir da observação, participação, envolvimento, conversa, e do percorrer das ruas do território e do visitar de seus equipamentos sociais e instituições. É esse processo que vai permitir ao profissional ter a possibilidade de efetivamente entender quais são os diferentes contextos e quais os interesses que estão em disputa naquele território, de modo que ele possa, cada vez mais, tomar para si a ressignificação de qual é o seu papel, pois, quando ele compreende a realidade e seus contextos, melhor compreende de que forma o conhecimento técnico

e as perspectivas científicas da saúde vão ter sentido, significado e valor naquela realidade.

Como Paulo Freire fundamentou em sua obra, o processo educacional deve ser feito com compromisso, e o compromisso só existe no engajamento das mulheres e dos homens com a realidade social. Tal engajamento permite que os profissionais enxerguem a melhor maneira de entrar naquele território para que o seu conhecimento técnico e o seu conhecimento científico possam ser aplicados com abordagens e formas de construção que tenham sentido para aquelas pessoas e gerem contribuições para a melhoria da qualidade de vida delas de maneira sustentável, e não apenas de maneira pontual. Nesse sentido, enxerga-se a realidade social como elemento central.

2. A construção compartilhada deve ser mediatizada pelo diálogo e pela participação popular

Em muitas práticas e iniciativas no campo da saúde, a possibilidade da construção compartilhada do conhecimento é ignorada ou desfavorecida por muitos profissionais de saúde. Até mesmo por intelectuais, que julgam que a população e os seus grupos organizados não têm saberes ou condições de participar e compartilhar da construção do conhecimento. Em nossa visão, a construção compartilhada não é somente possível como é necessária e fundamental no contexto da ação social e profissional em saúde no horizonte de um Agir Crítico.

Na verdade, considerar a construção compartilhada como um elemento fundamental no processo do agir em saúde significa compreender que o elemento central nesse processo não são os conteúdos técnicos e científicos em saúde e os conhecimentos especializados. Pelo contrário, a matéria-prima do processo de agir em saúde é a vida mesma, com suas concepções, percepções, vontades, interesses, dilemas, desejos e uma série de questões

atreladas à subjetividade e à sociabilidade de cada pessoa. São estes elementos que vão, em uma interação dinâmica e complexa, definir os determinantes do processo alimentar e nutricional de cada pessoa.

Certamente, os aspectos técnicos da saúde estão presentes nas práticas de saúde. Porém, eles não devem ser o foco principal. A matéria-prima será a interação profunda de elementos complexos que explicam e determinam as escolhas alimentares das pessoas e as situações de determinantes sociais às quais elas estão expostas. Somente assim, conseguiremos construir um processo de ação em saúde que tenha sentido na vida das pessoas e que consiga efetivamente contribuir para seus processos de promoção da qualidade de vida e do bem viver.

Para tanto, é fundamental fazer o processo de ação em saúde através de uma construção compartilhada, onde é importante abrir possibilidades, espaços e alternativas para que as pessoas coloquem em meio ao processo de ação em saúde os determinantes e os fatores que influenciam seu processo de saúde. Sejam eles sociais, culturais, emocionais, afetivos, espirituais, econômicos, dentre outros.

A construção compartilhada do conhecimento precisa ocorrer porque, se é verdade que o profissional que atua em saúde detém os conhecimentos técnicos para um cuidado profissional, também é verdade que a população, através de seus indivíduos e grupos sociais, tem domínio sobre as condições efetivas para que o saber técnico e profissional possam interagir com vida das pessoas. Especialmente, de modo que tenha sentido e resulte em contribuições para seu o dia-a-dia, na perspectiva da realização de seus projetos de vida na direção da felicidade, das realizações e da existência com sentidos e com dignidade.

O processo de construção compartilhada deriva de uma perspectiva teórica e metodológica de conduzir o processo educativo. A Educação Popular configura essa perspectiva, enfatizando como categorias centrais o diálogo e a participação. Certamente, existem outras categorias possíveis de serem consideradas como elementos

importantes no processo de construção compartilhada. Contudo, iremos enfatizar nesse momento estas duas.

O diálogo constitui um elemento teórico e metodológico fundamental no contexto da Educação Popular como uma referência de como conduzir os processos de Educação, incluindo-se aí os processos educativos que apontam para um agir crítico na APS. Dentre os diversos autores que se debruçaram sobre a categoria do diálogo, gostaríamos de destacar Paulo Freire.

Na perspectiva freiriana, o diálogo apresenta-se como um caminho onde vai se desenrolar um processo de relação entre sujeitos para, em um confronto de saberes, poderem construir juntos conhecimentos, pelos quais as pessoas em relação educacional terão a possibilidade de aprender uma com as outras e, cada uma delas, além de aprender, terá poder de ensinar às outras e desconstruir conceitos pré-concebidos.

O diálogo é a possibilidade que se tem para aprender em comunhão, fazer mais e ser mais, à medida em que não se pauta por temas, conteúdos e normas pré-estabelecidas, mas por uma relação profunda entre sujeitos, os quais devem expor seus saberes, práticas e opiniões. Nesse processo, abrir-se para uma compreensão verdadeira e profunda da experiência do outro, do saber do outro e de sua opinião. Dessa compreensão profunda, proceder com uma análise crítica ponderando aspectos positivos e negativos, mas, sobretudo, perguntando-se em que medida aquilo que se escutou e compreendeu profundamente agrega algo de diferente na sua caminhada pessoal, na sua jornada, na sua construção de como ser humano para ser mais e contribuir cada vez mais na construção de um mundo melhor.

No diálogo, de tudo aquilo que foi escutado, deve-se pensar: Do que eu discordo? O diálogo lembrou-me questões importantes? Aflorou-me novas percepções? O que aprendi com este processo? Dentre os aspectos que eu achei positivos e potenciais, o que eu aprendi? Dos aspectos que achei negativos, frágeis ou discordo, a que síntese posso chegar?

Sendo assim, é possível dizer que o diálogo não é apenas um processo vazio, tampouco uma via de mão dupla. Não é um processo onde somente um fala e o outro escuta. O diálogo é o cenário central e estratégico para se dar o processo de construção do conhecimento, particularmente na construção compartilhada. É no diálogo onde os sujeitos são tratados como sujeitos, com voz, com vez, respeito, consideração e a escuta profunda mútua. E é no diálogo onde vão se confrontar e se colocar em posição de comunicação visões, culturas e perspectivas diferentes sobre um determinado problema, uma determinada questão.

Assim, é importante frisar que o diálogo é sempre, na perspectiva da Educação Popular, propositivo, ativo, e visa à melhoria e qualificação da participação das pessoas na condição de cidadão e à melhoria da qualidade de vida. O diálogo não é um processo de pura troca de experiências, onde as pessoas falam aleatoriamente sem chegar a lugar algum. Ele tem propósito e intencionalidade, pois, na perspectiva popular, o diálogo tem propósito transformador.

O diálogo deve ser feito entre sujeitos – sejam eles profissionais da saúde, sejam membros da população, agentes comunitários de saúde, agentes sociais em geral – onde as pessoas sejam respeitadas e reconhecidas. Os diferentes pontos de vistas devem ser integrados dentro desse processo. É pelo fato de o diálogo ter como objetivo a emancipação das pessoas e a sua qualidade de vida com dignidade que nós dizemos que precisa estar no Agir Crítico na APS, tendo esse agir como horizonte fundamental a saúde como bem viver e qualidade de vida.

Não é possível pensar na saúde das pessoas e na realização plena dessa como direito humano sem vislumbrar sujeitos que sejam efetivamente autônomos e estejam efetivamente em um ambiente emancipatório.

O diálogo é fundamental para exercitar processos sociais e educacionais em saúde que estejam coerentes com a ótica da emancipação social e humana como imagem objetiva. Se não houver

diálogo no processo, dificilmente será alcançado um horizonte onde as pessoas se empoderem e se compreendam como sujeitos.

Por sinal, a condição de sujeito é primordial em qualquer processo dialógico. Não há possibilidades para o exercício do diálogo entre alguém que é sujeito e outro alguém que é objeto. Ou entre opressores e oprimidos. Ou entre alguém que assujeita e subalterniza outro alguém. Evidentemente, nem sempre o diálogo ocorrerá em uma situação ideal onde todos os envolvidos exercitem plenamente seu papel de sujeitos, mas é condição primeira que as pessoas envolvidas expressem atitudes de respeito, consideração e valorização do outro, o que é um passo inicial para desenvolver, nesse outro, uma posição de protagonismo. Processos onde uma pessoa tenta convencer a outra de seu ponto de vista, ou mesmo buscar consensos que submetam uma pessoa às vontades e anseios de outra, não são diálogo. Nesses casos, certamente a relação entre as pessoas ocorrerá, principalmente, a partir de discussões em conflitos e debates entre opositores. Em algumas ocasiões, tal situação ocorrerá e será necessária, pois nem sempre todas as pessoas estão dispostas a dialogar, fundamentalmente porque não se abrem a aprender com o outro ou deixam-se modificar com sua razão, sua fala, sua visão de mundo. Nessas condições, não é possível dialogar, pois o diálogo é, acima de tudo, um posicionamento político no mundo, diante do qual – muitas vezes – é preciso dar “um passo atrás” em posições pessoais, de modo a abrir um processo de escuta e conversa com o outro, verificando possibilidades de construção coletiva.

Nessa direção, o diálogo não pode ser tratado apenas como um momento ou um detalhe no contexto das ações em saúde. Ele precisa ser o horizonte e a luz metodológica fundamental no jeito de conduzir e abordar os processos de agir em saúde em questão. Além disso, precisa estar articulado e compromissado em um processo de construção comunitária maior, articulado a um processo participativo, onde as pessoas possam participar de forma ativa, crítica e criativa. Estando elas em um processo de saúde em questão

de uma determinada realidade, elas têm o direito e a importância de participar com altivez. Nesse sentido, a participação aparece como outra categoria fundamental.

A participação não pode ser compreendida apenas como a simples presença das pessoas em um determinado lugar, em um determinado horário. Participação tem a ver com a possibilidade de as pessoas exercitarem continuamente sua inserção em um determinado processo social, conduzida a partir de um horizonte de autonomia e de “pé de igualdade” com os outros sujeitos presentes nesse processo.

A participação tem como ponto de partida a condição de sujeito, assim como o diálogo. Recomenda e inspira nas pessoas a possibilidade de que elas efetivamente possam abrir alas para o diálogo através da disposição em falar e se expressar, não com medo ou vergonha, tampouco com receio ou preconceito, mas com sua cultura, história de vida, seu jeito de ser, suas preocupações e dilemas. Enfim, todas as questões que estão contidas na construção do ser humano. A participação é a possibilidade das pessoas exercitarem o seu direito de interagir com outras pessoas e de intervir efetivamente sobre a sua realidade social.

Requer a atuação das pessoas diante dos problemas com os quais elas convivem, indo de encontro à passividade e favorecendo uma leitura crítica da realidade. A participação permite que as pessoas saiam apenas da leitura crítica pura para uma ação crítica, à medida em que a leitura crítica da realidade dos processos de educação realizados gera e estimula a ação das pessoas para construir novas propostas e caminhos.

A participação é também fundamental porque prevê duas condições. A primeira é que não é preciso ter um saber pré-estabelecido para participar. Para isto, a condição primeira e fundamental é que o sujeito esteja inserido no processo que ele queira participar, seja um processo social, ação em educação, ou até mesmo uma experiência de educação em saúde, mesmo que nela tal sujeito esteja como usuário ou “paciente”. Se existe um ambiente participativo, o sujeito será

reconhecido na sua particularidade e terá o seu papel reconhecido com aquilo que pode e quer trazer para contribuir com aquele processo.

A participação defende não escolher ou determinar as pessoas pelo seu conhecimento. Não precisa ser especialista para participar de uma determinada ação. Precisa-se apenas ser gente, com suas experiências de vida. A participação enaltece a diversidade e preserva um processo de construção compartilhada, pois, ao inserir todos no processo, a participação reconhece que todos têm diferenças e especificidades. Para permitir que todos se insiram de modo comprometido e profundo, a participação encoraja cada pessoa a frutificar e desenvolver o seu papel específico, o qual é definido por suas questões culturais, sociais e emocionais.

Reside aí o papel fundamental da participação no processo de ação social e profissional em saúde. A participação é fundamental para o Agir Crítico na APS, uma vez que estimula e encoraja o envolvimento permanente das pessoas e o seu compromisso com a realidade alimentar e nutricional de seus territórios. O envolvimento recomenda que as pessoas não olhem apenas passivamente para o processo de ação em saúde em questão. O envolvimento requer que as pessoas observem o processo em desenvolvimento, tenham opinião sobre ele, tenham oportunidades de ter críticas e proposições de como melhorá-lo permanentemente e contribuam com algo. Um algo que é seu, do seu grupo social, para fazer essa experiência ser cada vez melhor. Isto requer que as pessoas se importem, se mobilizem, tenham uma abordagem proativa diante do grupo.

Outro aspecto importante para um agir crítico em saúde é o compromisso. Conforme dito no item em que abordamos o engajamento com a realidade, tal aspecto acaba sendo uma consequência no processo da participação, do diálogo e do envolvimento, pois os processos que vão se dando para uma segurança alimentar e nutricional terão sujeitos que se importam e que se comprometem em (mesmo diante das adversidades, imprevistos e dificuldades) sentar, dialogar, problematizar, refletir, mudar de direção, sempre

mantendo a união das pessoas que estão no processo para fazer com que este continue caminhando e chegue aos objetivos almejados.

Não importa o que aconteça, o compromisso garante que haja um ambiente que seja favorável ao processo de construção compartilhada e, mais do que isso, garante a esse processo de construção algo fundamental: a intencionalidade política transformadora. Sem esta intencionalidade, não é possível falar em construção compartilhada para um Agir Crítico em saúde, pois não será possível falar em um processo cujo objetivo seja a emancipação social e humana – com qualidade de vida e um contexto de bem viver. Isso só será obtido a partir de uma intencionalidade política transformadora, alimentada por uma construção compartilhada onde se busque e se exercite cotidianamente o diálogo e a participação.

Em muitas experiências problematizadoras no campo da saúde, existe uma valorização seletiva do diálogo, restringindo-o à relação entre semelhantes (trabalhadores de saúde e gestores), e pouco valorizando-o na relação com os grupos sociais comunitários e seus representantes. Em verdade, em muitas tendências educacionais da Saúde Coletiva, são escassas as perspectivas pedagógicas que articulam o processo educacional a uma construção compartilhada com a população, seus saberes e anseios; tampouco recomendam o envolvimento de dinâmicas participativas e de construção compartilhada no processo de trabalho em saúde. À população cabe apenas receber o melhor trabalho em saúde possível, resultado de uma Educação Permanente em Saúde problematizadora entre trabalhadores e gestores. À população pouco cabe participar do processo de Educação Permanente dos trabalhadores e da reorientação de seus processos de trabalho.

É assim que, em muitas ações orientadas no campo da Educação Permanente em Saúde, o diálogo com a população fica em segundo lugar. Ou seja, os processos de mudanças e de construção de um cuidado em Saúde integral são pautados preponderantemente em um trabalho coletivo da equipe e em uma mudança do olhar de cada

profissional para a saúde, independente do território onde esse processo se dá e das pessoas que ali cultivam, constroem e vivem saúde.

Nessas perspectivas, atribui-se muita importância e centralidade ao modo como o gestor em saúde e também o trabalhador em saúde pode efetivamente gerar processos de mudança a partir da instituição, de iniciativas e ações ou processos de transformação, sem combinar com a população.

Ao longo de anos de militância na Saúde Coletiva, observei, em muitas experiências de Educação Permanente em Saúde, a implementação de novas tecnologias leves de cuidado em saúde, participação em saúde, construção da integralidade, sem a pactuação com a população. Um grande exemplo disso foi o modo como a política do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa foi implementada. Em algumas atividades (onde presenciei reuniões da comunidade e seus representantes com a equipe e a gestão, particularmente nas reuniões do conselho local de saúde), nós observamos algo improvável de existir: a população sendo contra a estratégia do acolhimento.

O acolhimento é fundamental no sentido de se instituir processos dentro das Unidades de Saúde da Família, onde todas as pessoas consigam, a todo tempo, no cotidiano da unidade, ser acolhidas em sua integralidade, em suas diversidades, e possam sair com uma resposta que seja capaz de atender às suas necessidades, humanizando, assim, o atendimento. Uma das estratégias mais conhecidas nesse contexto do acolhimento era a possibilidade de extinção dos modelos de fichas de atendimento, onde muitos cidadãos chegavam de madrugada nas unidades de saúde para disputar fichas para a prioridade no atendimento dos profissionais de saúde. Com a lógica do acolhimento, todos que chegam à unidade, independentemente do horário, passam por uma escuta qualificada pelos profissionais de saúde, têm a sua situação avaliada e são

encaminhados para a melhor estratégia possível que atenda às suas necessidades de saúde.

No entanto, estas estratégias foram adotadas no município de João Pessoa a partir de um processo de capacitação das equipes e a partir da iniciativa dos gestores, sem negociar com a população. A população e seus grupos organizados já estavam acostumados tradicionalmente ao modelo de ficha. Por mais perverso e injusto que fosse, esse modelo já era compreendido pela população, que encarava o jogo e conhecia suas regras. No acolhimento, todos são bem-vindos e escutados na unidade e, de acordo com o nível das necessidades e de urgência, são encaminhadas para o atendimento de saúde no mesmo dia, no dia seguinte, com uma semana, um mês, ou então, nem são encaminhadas para o médico, são encaminhadas para outro profissional ou outro procedimento.

Em João Pessoa, a população simplesmente não compreendeu isso. Mas não por má vontade, e sim porque ela não foi procurada pelos gestores e trabalhadores de saúde para ser esclarecido o que é um acolhimento e qual era a sua proposta. Tal processo deveu-se fundamentalmente à iniciativa dos gestores à época da secretaria municipal de João Pessoa. Os trabalhadores, em sua maioria, apenas seguiam um novo protocolo da gestão, e este novo protocolo era inspirado pela perspectiva de Educação Permanente em Saúde e de construção do processo de Trabalho em Saúde, que enfatiza uma série de tecnologias leves que possam ser aplicadas no contexto do trabalho em saúde, mas que pouco pressupõe a negociação, o diálogo e a construção compartilhada com os usuários.

3. O agir crítico em saúde requer mais do que ideias de intelectuais; exige o protagonismo do saber popular

Há muitas e diferentes abordagens da Educação e Saúde em nível internacional, particularmente no Brasil. Em muitas delas, nos debates diante da perspectiva da Educação Permanente em Saúde,

concebe-se que o processo de reorientação do cuidado em saúde será conseguido centralmente a partir da reorientação tão somente da formação do profissional e que, se for dada a ênfase de mudanças na atitude do profissional e no seu olhar para o usuário ou o paciente em atendimento, as mudanças serão feitas.

Assim, em muitas perspectivas de Educação Permanente em Saúde, a grande aposta e ênfase dada é na capacidade do profissional, valorizando a micropolítica do seu trabalho em equipe, o dia a dia e a potência que o seu trabalho tem para gerar processos de mudanças e construir alternativas para a gestão de um cuidado que seja efetivamente integral.

Em nossa visão, essa perspectiva pouco valoriza a possibilidade da população também modificar o profissional e, com o seu saber e suas experiências, também afetar o exercício de reorientação do cuidado em saúde. Nesse sentido, percebemos que há muitas perspectivas que se propõem transformadoras no campo da educação em saúde, mas que simplesmente não valorizam o protagonismo popular como fundamental no processo de reorientação da Saúde. Pelo contrário, valorizam especialmente o papel do próprio profissional, dos intelectuais e de outros atores do campo científico, como sujeitos principais no processo de reorientação.

Na perspectiva da Educação Popular no Agir Crítico na APS, o engajamento com a realidade é fundamental porque as ações sociais e profissionais em saúde somente têm sentido de forma articulada a um processo emancipatório, dando-se oportunidade para que todos os sujeitos que intervêm no processo contribuam efetivamente com sua reorientação, dialogando e fazendo um processo de construção compartilhada, onde o poder de reorientação da saúde seja também compartilhado.

Nessa concepção, aposta-se na capacidade de interação, comunicação e comunhão entre profissionais de saúde e pessoas da comunidade e de seus grupos sociais como um caminho profícuo para propiciar a reorientação das mudanças de saúde. Pois, o objetivo

principal quando se atina para um agir crítico na APS não é somente a transformação do olhar profissional, mas se pensar em caminhos, estratégias, oportunidades e possibilidades (tanto teóricas como metodológicas) de se construir novas perspectivas para um agir em saúde que consiga gerar processos emancipatórios nos territórios e comunidades.

A formação do profissional e a possibilidade de ele ter ferramentas para construir mudanças no trabalho com sua equipe é importante quando falamos de um Agir Crítico na APS, mas não é o objetivo final. O objetivo fundamental de uma discussão de um Agir Crítico é a construção da emancipação das pessoas no que tange ao campo social, humano e político, e o caminho para esse objetivo não será dado apenas por profissionais, tampouco por intelectuais, mas sim por experiências concretas e práticas desenvolvidas em comunhão e conflito com a população, em um processo marcado pelo diálogo e uma construção compartilhada. Por isso, o engajamento com a realidade e a comunidade (e todas as pessoas sem restrição de saber, conhecimento, nem história de vida) é um passo inicial fundamental para se desvelar um Agir Crítico em saúde.

4. Para concluir essa conversa: a Educação Popular traz princípios e orientações para o agir crítico em saúde. Não competências.

Cumpramos destacar que os princípios e elementos de um agir crítico em saúde abordados nesse texto não constituem, de maneira alguma, em nossa concepção, **uma competência**, conforme fundamentado pelas recentes propostas de pedagogia das “competências” ou de educação por “competências”, onde se valoriza uma concepção eminentemente pragmática, capaz de gerir as incertezas e levar em conta as mudanças técnicas de organização do trabalho, às quais o profissional deve se ajustar, de acordo com Junqueira e Cotta (2014).

Em nossa visão, um agir crítico em saúde vai de encontro a essa perspectiva de formação de pessoas e profissionais de acordo

com competências, pois competências já deixam pré-estabelecidas abordagens, formas de fazer, conteúdos e temas. Quando não deixam esses elementos completamente pré-estabelecidos em um processo educacional, a pedagogia das competências frisa esses elementos com bastante profundidade e atrela as realizações educacionais dos profissionais a um *script* previamente estabelecido por intelectuais ou então um consenso de políticas públicas. Em nossa opinião, um Agir Crítico na APS tem como elementos fundantes alguns princípios, dentre os quais sugerimos e fundamentamos alguns dentro desta tese. Porém, em momento algum, entendemos que tais princípios devam ser cristalizados, tampouco devam ser inquestionáveis. São apenas provocações e alguns caminhos e perspectivas a partir dos quais os profissionais que atuam no campo na saúde poderão, através da Educação Popular, conforme fundamentada por Paulo Freire, encontrar caminhos para uma agir transformador no cotidiano dos territórios dos serviços em geral.

Agir conforme competências pré-estabelecidas, sejam por órgãos educacionais, intelectuais ou institucionais, vai de encontro ao Agir Crítico, posto que o mesmo deve ser construído com as pessoas, entendendo que elas não são apenas profissionais, tampouco gestores e intelectuais, mas também as pessoas do povo, inclusive as mais simples e humildes. Um Agir Crítico na APS não vai ser feito apenas dentro dos muros da universidade, tampouco dentro dos órgãos como o Ministério da Saúde e outros aparelhos institucionais. Ele vai se feito no diálogo destes setores e dos seus sujeitos e outros sujeitos da população, dos territórios e dos grupos sociais das comunidades, de forma articulada, coerente e coesa com as demandas das necessidades de cada território. Portanto, nessa visão, não cabe a um Agir Crítico em saúde pensar em competências. Preferimos pensar em princípios e bases fundantes, o que nos remete mais a valores orientadores gerais, que deverão ser, a partir da inserção de cada profissional em cada território, analisados e compreendidos para uma forma de atuação, respeitando as especificidades de cada profissional.

Outra questão levantada, da qual discordamos, acerca da pedagogia de competências, conforme colocam em seu trabalho os autores Junqueira e Cotta (2014), consiste na ideia das competências para um formar **para o mercado de trabalho**.

Em nossa visão, o objetivo primordial para a formação em saúde com uma perspectiva crítica não é formar para o mercado, inclusive porque o mercado que aí está é dominado pela exploração humana e econômica da lógica capitalista. Onde o valor principal não é o humano, nem o solidário, mas o valor do lucro independente de qualquer outra questão.

Nesse sentido, o Agir Crítico em saúde na perspectiva da Educação Popular não forma para o mercado, e sim para a humanidade, na perspectiva de formar pessoas que se coloquem no lugar uma das outras, se preocupem com os sofrimentos, opressões e incômodos presentes em sua sociedade e busquem conjugar os seus esforços (do ponto de vista técnico e científico) com os esforços e necessidades sociais das pessoas e das comunidades para o seu enfrentamento e sua superação, inclusive, ganhando salários dignos para assim fazerem.

Assim, o Agir Crítico em saúde está na contramão dos valores do mercado, pois profundamente dedicado à humanização permanente dos homens e das mulheres em uma construção de uma sociedade justa, a qual se faz com diálogo entre saberes (FREIRE, 2005). Contudo, esse saber precisa estar articulado às demandas das pessoas e precisa estar compromissado com a construção de um mundo melhor e mais justo, e não com o fortalecimento do mercado. O agir crítico em saúde visa, fundamentalmente, a humanização das mulheres e dos homens. Calado (2001) define com precisão o sentido de humanização para o qual gostaríamos de pautar esse trabalho.

Feito para o ser mais, o ser humano é ontologicamente chamado a desenvolver, nos limites e nas vicissitudes de seu contexto histórico, todas as suas potencialidades materiais e espirituais, buscando dosar adequadamente seu protagonismo no enorme leque de relações

que a vida lhe oferece, incluindo as relações no mundo e com o mundo, as relações intrapessoais, interpessoais, estéticas, de gênero, de etnia e de produção (CALADO, 2001, p. 52)

Nas experiências de EP pela APS, aprendemos que agir de forma crítica na saúde é, em verdade, **um trabalho**, cujos protagonistas sabem aonde querem chegar. Dessa forma, o ponto de partida desse processo deve ser a possibilidade de mobilização de horizontes e de contextos sociais, políticos e culturais que instiguem as pessoas a buscarem e a exercitarem plenamente a sua vocação de ser mais com liberdade e com autonomia.

A PNEPS-SUS (BRASIL, 2013) indica como uma de suas intencionalidades um processo de construção compartilhada do conhecimento, envolvendo a construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e tecnicocientíficos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.

Tal processo traz consigo a cristalina compreensão de que não só mudar contextos é possível, mas de que construir um outro mundo é possível, e esse outro mundo precisa ser vivenciado e exercitado nas relações humanas desde já, como diz o professor Alder Júlio Calado (2016). Para esse autor, o agir crítico estará concretizando quando tecido com um processo de construção social libertadora que coloca em prática, no aqui e no agora, as perspectivas de relações humanas e sociais as quais se almeja chegar como produto do trabalho social. Ou seja, não basta pensar em competências técnicas para um agir crítico. Esse agir almeja, antes de tudo, a humanização das mulheres e dos homens e a tessitura de sociabilidades coerentes com sua emancipação, “somos historicamente convocados a ensaiarmos,

desde aqui e agora, passos moleculares, alternativos à lógica e ao espírito do modelo hegemônico imperante (CALADO, 2016, p.47)”.

Nosso horizonte comporta uma tríplice tarefa: a de irmos forjando, desde o chão do cotidiano, desde aqui e agora, um novo modo de produção, um novo modo de consumo e um novo modo de gestão societal, adequadamente articulados e em respeito à dignidade da Terra e de toda a comunidade dos viventes (...) (CALADO, 2016, p.52)

Por isso, o processo de agir crítico em saúde busca a humanização em si mesmo e no cotidiano que, desde já, precisa ser humanizador e pautado por procedimentos, por metodologias, por atitudes, por escolhas, por premissas éticas que sigam plenamente na direção da humanização. Cabe ressaltar que, junto com a humanização, a intencionalidade política trazida é a de um horizonte de emancipação social, humana e política, justamente por compreender que não se pode pensar a humanização sem pensar nos diversos contextos sociais, nos quais as pessoas possam vivenciar cotidianamente a sua plena humanização. Isto é, não se pode vivenciar a humanização em um contexto de submissão, de autoritarismo, de opressão, de preconceito, de discriminação ou mesmo de fome, de pobreza e de miséria. Assim, a humanização não pode ser pensada de forma dissociada de um processo emancipatório.

Breves considerações para a continuidade de ações e de reflexões

Não há receitas, nem caminhos preestabelecidos e tampouco ideias de intelectuais iluminados que podem ditar, de forma determinista, o que seja um agir crítico em saúde e como esse possa ou deva ser constituído. É somente por uma prática permanente, orgânica, consequente, problematizadora e refletida, constituindo-se

paulatinamente como práxis, que esse agir vai sendo tecido, sempre de modo adequado a cada contexto e seus desafios particulares.

Acreditamos que a concepção da Educação Popular aponta caminhos para a tessitura de agir crítico, em especial no contexto da APS. A EP traz uma perspectiva, um jeito de fazer, um modo de olhar. Como nos dizem Borges e Barbosa (2013), há bases epistemológicas, políticas e pedagógicas na educação popular, as quais envolvem necessariamente o reconhecimento do papel protagonico do saber popular na produção de um conhecimento ampliado sobre as questões da vida e sobre o movimento do viver. Resulta do diálogo entre o saber científico e o saber popular, de modo clara e radicalmente comprometido com uma práxis voltada para a transformação da realidade da população (BORGES, BARBOSA, 2013).

Considerando a realidade desafiadora e exigente com a qual homens e mulheres convivem globalmente em face da barbárie neoliberal, na maioria dos contextos o processo de agir crítico em saúde deve estar plenamente empenhado na identificação das situações limites, na análise crítica de todo e qualquer obstáculo para humanização das mulheres e dos homens, na problematização de todas as determinações sociais que estejam gerando contradições humanas e, coletivamente, buscarem alternativas de resistência, de enfrentamento, de proposição e de superação dessas questões, no processo que Paulo Freire chamou de desvelamento de inéditos viáveis.

Referências

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. Confluindo gênero e educação popular por meio de uma pesquisa-ação para a abordagem do tabagismo feminino em contextos de vulnerabilidade social. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 601-614, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEP-SUS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília-DF, 2013.

CALADO, A. J. F. Paulo Freire: sua visão de mundo, de home e de sociedade. Caruaru: FAFICA, 2001.

CALADO, A. J. F. Remendar ou reinventar o mundo, a partir de nós? Paulo Freire nos instiga, nos provoca, nos convoca... *Interritórios - Revista de Educação*. Universidade Federal de Pernambuco. Caruaru, v.2, n.2, 2016.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 42.^a edição.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.5, pp.1459-1474.

‘POR QUE GRITAMOS GOLPE?’³ – O FASCISMO SOCIAL DA ILUSÓRIA DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E O ABSURDO ESTADO DE EXCEÇÃO BRASILEIRO

Pedro Alves de Araújo Filho⁴

Maria Rocineide Ferreira da Silva⁵

*“Vamos celebrar
A estupidéz do povo
Nossa polícia e televisão
Vamos celebrar nosso governo
E nosso estado que não é nação
Celebrar a juventude sem escolas
As crianças mortas
Celebrar nossa desunião”
(Legião Urbana – música Perfeição)*

Os versos acima são da música Perfeição, da Legião Urbana, lançada em 1993. Mesmo depois de duas décadas, sua letra continua bastante atual. Descreve o paradoxo em que se constitui a sociedade brasileira, desde sua formação até a ordem social vigente, frente aos retrocessos observados no último ano (2016). Essa letra impactante

3 Retirado do livro homônimo “Por que gritamos golpe: para entender o impeachment e a crise política no Brasil”, que reúne reflexões, narrativas, charges e imagens sobre o golpe de Estado parlamentar-midiático-jurídico no Brasil.

4 Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Piauí (2001). Servidor da Prefeitura de Fortaleza/CE, como Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família (2006-atual). Especialista em Prótese Dentária pela ABO-PI (2004). Foi residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza - SMSE, chancelado pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2011-2013). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (2017)

5 Enfermeira graduada pela UECE. Especialista em saúde da Família -ESP/Ce. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva UFC. Pós doutora em saúde coletiva Unicamp. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem da UECE e da pós graduação nos Programas de Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Mestrado Profissional em Saúde da Família. Integrante do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO.

remete-nos à conjuntura atual em que se desenvolve esse trabalho, em meio a um contexto político, jurídico, econômico e social absurdo e revoltante; uma verdadeira distopia democrática agravando o estado de exceção político-jurídico-econômico institucionalizado no Brasil.

Nesse capítulo, trazemos reflexões sobre a conjuntura política e econômica e as rupturas no estado democrático de direito como estratégia de contextualização do que denominamos realidade absurda e estado de exceção da ilusória democracia representativa brasileira, fundamentais para o agir crítico em saúde.

O dia 31 de agosto de 2016 é marcado com a chegada ao fim do processo de *impeachment* da Presidente da República Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT). A primeira mulher eleita para o cargo de presidente do país. Dilma foi condenada pelo crime de responsabilidade por delito fiscal, caracterizado em decretos de crédito suplementar não autorizados pelo Congresso Nacional e uma suposta operação de crédito com instituições públicas (apelidadas de *pedaladas fiscais*). Com isso, o governo Dilma teria usado, supostamente, contabilidade criativa em seu orçamento para mascarar o tamanho do déficit nos anos anteriores⁶.

Esse processo de ruptura política e institucional, para muitos dentro e fora do país, inclusive para os autores deste artigo, é classificado como um golpe parlamentar-jurídico-midiático (acrescentamos, ainda, elitista), reforçado por todos os fatos que se sucederam, dentre eles, a aprovação de uma lei que autoriza a abertura de créditos suplementares sem autorização do Congresso⁷, motivo do impedimento de Dilma Rousseff, e, atualmente⁸, as delações de diretores da empreiteira Odebrecht, envolvendo o atual presidente

6 Brazil just enacted the harshest austerity program in the world. Disponível em: <http://www.vox.com/world/2016/12/15/13957284/brazil-spending-cap-austerity> Acesso em: 19/12/2016

7 Dois dias após o impeachment a Câmara do Deputados aprova a Lei 13.332/16 que flexibiliza as regras para abertura de créditos suplementares sem necessidade de autorização do Congresso Nacional. Acesso em: 19/12/2016. Disponível em: <http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/nova-lei-sobre-credito-suplementar-nao-muda-acusacao-contradilma-diz-especialista/>

8 Uso o termo 'atualmente' para designar os últimos acontecimentos da operação lava-jato que endossam nossa afirmação de golpe.

e toda cúpula do governo. Além disso, uma parcela considerável dos parlamentares que a julgaram são acusados de diversos crimes de corrupção, que, se confirmados, impediriam-nos de estar ocupando cargos de ‘representantes do povo’ no Congresso Nacional⁹.

Há de se destacar que a delação supracitada envolve parlamentares de praticamente todos os partidos políticos, tanto os ditos de esquerda, como o da presidente afastada, quanto os de direita, configurando um imbróglio político-jurídico na já cambaleante democracia representativa brasileira.

Com o impedimento da presidente Dilma Rousseff, assume em definitivo o vice-presidente Michel Temer, que goza de um amplo apoio no Congresso Nacional e na mídia burguesa. A falta desse apoio é apontado como um dos fatores que contribuíram para o impedimento da Presidente Dilma. Temer vêm implementando o que está sendo denominado desmonte do Estado de bem-estar social institucionalizado com a Constituição Federal de 1988, com uma série de medidas alinhadas com o projeto neoliberal que prevê a ‘reorientação’¹⁰ do papel do Estado na economia e na garantia dos direitos sociais. Uma retomada acelerada ao receituário do Consenso de Washington¹¹, iniciado nos Governos de Fernando Collor de Melo

9 Congressistas brasileiros investigados por diversos tipos de crimes. Acesso em: 19/12/2016. Disponível em: <http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/cerca-de-150-deputados-investigados-participam-da-votacao-do-impeachment/>

10 Uso o termo *reorientação* ao clássico *redução* usado no sentido de Estado Mínimo. Para Pierre Dardot e Christian Laval, a racionalidade do neoliberalismo difere do liberalismo clássico do século XVIII (*laissez-faire* e *laissez-passer*), cuja razão/doutrina não deve ser confundida. Eles argumentam que a razão neoliberal é global e totalizante, isto é, ela atravessa todas as esferas da existência humana sem se reduzir à esfera propriamente econômica, cabendo ao Estado a implementação da lógica da competitividade tanto entre empresas no mercado como na vida privada/individual, com a normatização e institucionalização de políticas de apoio às empresas/capital financeiro, de redução de custos trabalhistas, de desmantelamento de direitos trabalhistas e sociais, de transformações do Estado e dos serviços públicos em nome da sua modernização, importando procedimentos, técnicas, normas provenientes do setor capitalista. Estendendo, assim, a lógica do mercado para além da esfera estrita do mercado e, para isso, reformar o funcionamento interno do Estado de modo a torná-lo a alavanca dessa extensão (ANDRADE, Daniel Pereira; OTA, Nilton Ken. Uma alternativa ao neoliberalismo: Entrevista com Pierre Dardot e Christian Laval. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 275-316, June 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-207020150115>. Acesso em: 04/01/2017).

11 O Consenso de Washington ficou conhecido como um conjunto de medidas de ajuste macroeconômico do doutrinarismo neoliberal formulado, por economistas de instituições financeiras como FMI (Fundo Monetário Internacional), Banco Mundial e o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), elaborado em 1989. Entre essas “regras” que deveriam

(1990-1992) e seguida nos subsequentes com menor ou maior grau na implementação da doutrina neoliberal (PAULANI, 2006).

Tal projeto deve ser alcançado com políticas de austeridade fiscal, com reformas que alteram direitos trabalhistas, previdenciários, e de cortes de gastos com saúde e educação, sob o argumento de necessidade de reequilibrar as contas públicas e como estratégia de superação da crise econômica que se vive, reflexos da crise do predatório capitalismo financeiro, externamente, e, na conjuntura interna, de uma crise política atrelada a escandalosos esquemas de corrupção. O trecho abaixo de um texto publicado originalmente em inglês exemplifica a realidade absurda que envolvem a conjuntura descrita.

O Brasil passa por um caos institucional. A forte recessão, que começou em 2014, coincidiu com — e em partes foi causada por — uma crise política que derrubou para os piores patamares da história a confiança do brasileiro com a classe política.

A presidente anterior, Dilma Rousseff, sofreu impeachment em agosto por supostamente ter usado contabilidade criativa em seu orçamento para mascarar o tamanho do déficit nos anos anteriores. Mas seu impedimento também teve um viés fortemente político, e o apoio à sua queda foi em grande parte baseado em um colossal escândalo de propinas que destinou recursos da gigante estatal do petróleo, Petrobras, para três partidos de esquerda que formavam a coalizão do governo (ALEEM, 2016, s/p)¹².

ser adotadas pelos países para promover o desenvolvimento econômico, social e a modernização do Estado, estavam: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto, com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação e desburocratização, direito à propriedade intelectual.

- 12 Tradução do texto 'Brazil just enacted the harshest austerity program in the world' de Zeeshan Aleem. <http://www.vox.com/world/2016/12/15/13957284/brazil-spending-cap-austerity> Texto traduzido disponível em: <https://www.facebook.com/lauracarvalhoesp/posts/720405441442156>

Como exemplo da implementação da política de ajuste fiscal supracitada, temos a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 (renomeada no Senado de PEC 55)¹³, que dispõe sobre o “Novo Regime Fiscal” no Brasil. A PEC 241/55 congela os gastos públicos por 20 anos estabelecendo um teto máximo para as despesas primárias, sendo que, a partir do décimo ano, a regra pode ser revista por lei mediante iniciativa do Poder Executivo. Essa proposta é defendida pelo governo como um dos principais mecanismos para garantir o reequilíbrio das contas. Apelidada de a ‘PEC do Teto dos Gastos Públicos’, ela estabelece que os gastos da União (Executivo, Legislativo e Judiciário) só poderão crescer conforme a inflação do ano anterior pelas próximas duas décadas, impondo sanções ao poder que não respeitar esse teto.

Entretanto, no cômputo desse limite, ficam excluídos os seguintes itens, conforme §6º do Art. 1º da PEC: (I) transferências constitucionais, (II) créditos extraordinários, (III) despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições; e (IV) despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes. Ou seja, exclui desse limite as despesas financeiras, entre outras, como o pagamento de juros da dívida.

No caso do *aumento de capital de empresas estatais não dependentes*, com o Projeto de Lei do Senado nº 204/2016¹⁴, que “dispõe sobre a cessão de direitos creditórios originados de créditos tributários e não tributários dos entes da Federação”, vem sendo apontado pela Associação Auditoria Cidadã da Dívida como um

13 A PEC 241/55 foi publicada no diário oficial da União como Emenda Constitucional nº 95 - Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Acesso em 03/01/2017. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=251058&norma=270459>

14 Permite aos entes da federação, mediante autorização legislativa, ceder direitos creditórios originados de créditos tributários e não tributários, objeto de parcelamentos administrativos ou judiciais, inscritos ou não em dívida ativa, a pessoas jurídicas de direito privado. Para tanto, é proposto alterações na Lei 4.320, de 1964, sob o argumento de que as operações de cessão de direitos creditórios, que hoje já são efetuadas por alguns estados e municípios, ganhem maior segurança jurídica. Permite aos entes da federação, mediante autorização legislativa, ceder direitos creditórios originados de créditos tributários e não tributários, objeto de parcelamentos administrativos ou judiciais, inscritos ou não em dívida ativa, a pessoas jurídicas de direito privado.

escandaloso esquema de corrupção que se pretende institucionalizar no país, pois, com o congelamento por até vinte anos dos gastos e investimentos primários, garante recursos públicos para aumento de capital de “empresas estatais não dependentes”¹⁵, que tem como função precípua emitir títulos da dívida pública. Essa é uma situação complexa, mas que mostra como e por que a dívida pública vem se tornando impagável e todo esquema montado para desviar recursos públicos em prol de bancos nacionais e internacionais. Para moires esclarecimentos, recomendamos as publicações disponíveis no *site* da Associação Auditoria Cidadã da Dívida¹⁶.

A ‘fé cega’ nas teorias de austeridade econômica e a ‘faca amolada’ dos cortes de gastos públicos e direitos sociais, trocadilho de Luís Nassif¹⁷ com a letra da canção de Milton Nascimento, vêm sendo aprovadas e implementadas de forma galopante no governo Temer, mas seguem um movimento internacional em prol do projeto neoliberal, e já assinalado nos governos anteriores, como a desvinculação das receitas da união (DRU)¹⁸, um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente um percentual de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado. Esse percentual era de 20%, mas foi aumentado para 30% até 2023 pela PEC 87/2015. Essa desvinculação foi criada em 1994, no governo Itamar Franco (1992-1995), com o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), sob a justificativa de estabilizar a economia logo após o Plano Real.

15 Site da Associação Auditoria Cidadã da Dívida. Acesso em: 19/12/2016. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/>. Para melhor entendimento sobre esse esquema fraudulento ver os documentos e vídeos da Associação Auditoria Cidadã da Dívida. Acesso em: 19/12/2016. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/09/20/pec-241-teto-para-investimentos-sociais-essenciais-e-garantia-de-recurso-para-esquema-fraudulento-que-o-pls-2042016-o-plp-1812015-e-pl-33372015-visam-legalizar/> PEC 55 vai aumentar ganstança financeira e alimentar escândalos <http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/12/01/pec-55-vai-aumentar-gastanca-financiera-e-alimentar-escandalos/>

16

17 Acesso em: 19/12/2016. Disponível em: <http://jornalggm.com.br/noticia/o-xadrez-da-teoria-que-produziu-12-milhoes-de-desempregados>

18 Retirado do site do Senado Federal. Acesso em 19/12/2016. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>

No ano 2000, governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) o nome foi trocado para Desvinculação de Receitas da União., e vinha sendo utilizada pelos governos que o sucederam, Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016).

Mesmo o governo negando veementemente que a PEC 241/55 não reduz os gastos públicos com saúde e educação, os argumentos pífios e inconsistentes dos defensores dessa política de ajuste fiscal são desmontados por economistas, instituições, organizações e associações em debates e documentos que seus defensores preferem desconsiderar. Assim, sem o devido debate com sociedade e sem ouvir os argumentos e contrapropostas dos que são contrários ao ajuste proposto, a PEC foi aprovada pela maioria absoluta dos deputados e senadores.

Somando a essa conjuntura, tem que se destacar o apoio incondicional da grande mídia mercantil, oligárquica e burguesa brasileira, que goza de muitos benefícios e renúncias fiscais do governo, capitaneadas pelas Organizações Globo, as editoras do grupo Abril e Caras, os grupos Folha/UOL, Estadão e Band¹⁹.

Aliás, usar dinheiro público para veicular propagandas governamentais de forma parcial e acriticamente nos principais meios de comunicação de massa é prática comum no presidencialismo de coalizão realizado no Brasil, ferramenta utilizada por todos os governos em todos os níveis e estados da federação. Fato demonstrado por Pablo Antunes (2016)⁸ em ensaio publicado no Observatório da Imprensa, entre outros²⁰.

[...] é com dinheiro público que revistas, jornais e redes de televisão produzem textos para definir uma primeira-dama como bela, recatada e do lar, bem como para conduzir debates para convencer o cida-

19 Temer tira a grande imprensa do vermelho. Acesso em: 19/12/2016. Disponível em: <http://observatoriodaimprensa.com.br/imprensa-em-questao/temer-tira-grande-imprensa-do-vermelho/>

20 Publicidade federal: Globo recebeu R\$ 6,2 bilhões dos governos Lula e Dilma. Acesso em: 19/12/2016. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/blogs/midiatico/emissoras-de-tv-receberam-mais-de-r-10-8-bilhoes-publicidade-federal-7609.html>

dão assalariado de que ele precisa renunciar a direitos para ajudar o Brasil a melhorar a sua situação financeira. Com a distribuição de verbas publicitárias e com uma mídia menos combativa, o governo com sua retórica vazia segue dando maus exemplos (s/p).

Os argumentos e análises que desmontam o discurso governamental sobre a política de ajuste fiscal, exemplificados pela PEC 241/55, são diversos²¹. Pesquisadores do próprio FMI (Fundo Monetário Internacional), no texto ‘Neoliberalismo: superestimado’²², reconhecem os impactos negativos das políticas de austeridade em alguns países. Eles afirmam que, em vez de gerar crescimento, algumas políticas neoliberais aumentaram a desigualdade, colocando em risco uma expansão duradoura do desenvolvimento. Além disso, enfatizam que o aumento da desigualdade prejudica o nível e a sustentabilidade do crescimento. Citando Jonathan D. Ostry (2014), um dos co-autores do artigo, Ostry, Loungani e Furceri (2016)²³ destacam,

A evidência do prejuízo econômico resultante da desigualdade sugere que os formuladores de políticas devem ser mais abertos à redistribuição do que eles são. Naturalmente, além da redistribuição, políticas poderiam ser concebidas para mitigar alguns dos impactos antecipadamente - por exemplo, através do aumento dos gastos com educação e formação, que aumenta a

21 Brasil: teto de 20 anos para o gasto público violará direitos humanos, alerta relator da ONU <https://nacoesunidas.org/brasil-teto-de-20-anos-para-o-gasto-publico-violara-direitos-humanos-alerta-relator-da-onu/>

22 Os autores do texto ‘Neoliberalism: oversold’, Jonathan D. Ostry, Prakash Loungani, e Davide Furceri são do departamento de pesquisa do FMI. Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2016/06/pdf/ostry.pdf> Acesso em: 14/01/2017

23 Texto original: The evidence of the economic damage from inequality suggests that policymakers should be more open to redistribution than they are. Of course, apart from redistribution, policies could be designed to mitigate some of the impacts in advance—for instance, through increased spending on education and training, which expands equality of opportunity (so-called predistribution policies). And fiscal consolidation strategies—when they are needed—could be designed to minimize the adverse impact on low-income groups. But in some cases, the untoward distributional consequences will have to be remedied after they occur by using taxes and government spending to redistribute income. Fortunately, the fear that such policies will themselves necessarily hurt growth is unfounded (p.41)

igualdade de oportunidades (as chamadas políticas de redistribuição). E estratégias de consolidação fiscal - quando necessárias - podem ser concebidas para minimizar o impacto adverso sobre os Grupos. Mas, em alguns casos, as consequências da distribuição terão de ser corrigidas depois usando esforços e despesas governamentais para redistribuir renda. Felizmente, o receio de que tais políticas fatalmente irão prejudicar o crescimento é infundado (p.41, tradução do autor).

Nessa mesma linha, a Coordenação de Estudos e Pesquisas de Saúde da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)²⁴, emitiu uma Nota Técnica do Ipea nº 28/2016: “Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil”

Nessa nota técnica, os autores fazem uma análise sobre o impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações atingidas, assim como sobre as medidas que podem mitigar os possíveis efeitos negativos das crises para a saúde, concluem que

[...] as lições que podemos aprender são que: 1) as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades; 2) as crises econômicas podem piorar a situação de saúde da população; 3) as medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral; e 4) a preservação dos programas de proteção social é

24 O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) é uma fundação pública federal vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Suas atividades de pesquisa fornecem suporte técnico e institucional às ações governamentais para a formulação e reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros. Descrição retirada do site oficial do Ipea Acesso em: 21/12/2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1226&Itemid=68

medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto (p. 25-26).

O Ipea sempre gozou do título de ser uma instituição profissional de alta qualidade, mas, nos últimos anos, vem sendo acusado de sofrer um processo de aparelhamento governamental²⁵. Os fatos que se sucederam à publicação da referida nota técnica reforçam essa opinião. Estamos nos referindo ao fato do então presidente do Ipea, Ernesto Lozardo, eximir a instituição do estudo realizado, atribuindo a responsabilidade somente aos autores. Posicionamento, no mínimo, controverso para um instituto de pesquisas que prima pela imparcialidade e qualidade de seus estudos.

A censura do doutor Lozardo é preocupante porque sugere que o novo regime está disposto a barrar estudos que contrariem suas teses. Se a regra prevalecer no Ipea, pode se alastrar para o IBGE e as universidades federais. Em outros tempos, a tentativa de submeter órgãos técnicos à vontade política do governo era chamada de aparelhamento (s/p)²⁶.

Em nota publicada por Lozardo²⁷, cuja nomeação pelo Presidente Temer foi repudiada em nota pública pela Associação

25 Nessa coluna do Jornal Folha de São Paulo, o autor critica a nomeação de presidente com filiação partidária ao então governo Dilma e acusa o Ipea de ter intencionalmente suspenso a divulgação de uma pesquisa que mostrava aumento da miséria no país, às vésperas das eleições de 2014, em que a Presidente Dilma concorria à reeleição. Gostaríamos de deixar claro que discordamos do teor dessa coluna e do tom de deboche como essa coluna é escrita, a utilizamos para fazer o contraponto e a visão dos críticos do então Governo Dilma. Acesso em: 21/12/2016. Disponível em: <http://m.folha.uol.com.br/colunas/sergiomalbergier/2016/01/1729427-ipea-culpa-capitalismo-pela-corrupcao.shtml>.

26 Ipea censurou Ipea. Acesso em: 21/12/2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/bernardomellofranco/2016/10/1823157-o-ipea-censurou-o-ipea.shtml>

27 Em nota assinada por Ernesto Lozardo, presidente do Ipea, intitulada “O impacto do Novo Regime Fiscal para o financiamento da saúde”, o autor procura rebater as análises apresentadas na nota técnica nº 28. Acesso em: 21/12/2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28722

do Funcionários do Ipea, ele afirma que as análises emitidas na Nota Técnica são de inteira responsabilidade dos autores e não representam a posição do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), tampouco do Ipea, destacando várias considerações no sentido de rebater as análises do estudo e afirmando posicionamento favorável do Ipea à PEC 241/55.

A posição institucional do Ipea é favorável à PEC 241, por entender que ela possibilitará o equilíbrio das contas federais e um novo círculo virtuoso de crescimento. Assim, o país poderá almejar o aumento da renda e do emprego e a redução da pobreza. Por fim, a PEC abre janelas de oportunidade para os investimentos e a poupança nacional (s/p).

Diante da conjuntura descrita, temos consciência de que esses fatos configuram uma realidade absurda e antidemocrática, caracterizando um estado de exceção institucionalizado em uma democracia representativa ilusória.

Para Boaventura de Sousa Santos (2009), a democracia tornou-se uma daquelas palavras vazias de sentido. Como é usada para descrever tudo aquilo que não é um regime político autoritário, tendemos a não ver os tons de cinza entre o branco e o negro.

Para uns, a democracia realmente existente está de tal modo descaracterizada que só por inércia ou distração se pode considerar como tal. Vivemos em regimes autoritários que se disfarçam com um verniz democrático. É, por exemplo, a posição de Alain Badiou. Para outros, entre os quais me incluo, vivemos em democracias de baixa ou muito baixa intensidade que convivem com regimes sociais fascistas. Daí o meu diagnóstico de que vivemos em sociedades que são politicamente democráticas, mas socialmente fascistas (s/p).

Trazendo essas concepções para a conjuntura brasileira, o sociólogo aponta que “o golpe parlamentar-mediático-judicial no Brasil fez descer a qualidade da democracia brasileira de maneira dramática. Se era antes de baixa intensidade, é agora de baixíssima intensidade” (s/p).

Avritzer (2018), argumenta que a democracia brasileira é/foi constituída por movimentos pendulares de progressão e regressão democrática, oscilando, desde 1946, entre ondas de construção democrática institucionalizada e de avanços em políticas de proteção social e movimentos de fortes inversões antidemocráticos, que, em geral, envolvem fortes divisões políticas, crise econômica e profundo desacordo em relação ao projeto de país, como o que temos vivenciado desde 2014, com os questionamentos dos resultados eleitorais e da soberania popular, destacando o papel das elites, do judiciário e do mercado financeiro como forças que movimentam o pêndulo na direção da contra- democracia.

Tomando como concepção de democracia aquela forma de poder em que o povo é soberano, Romano (2008) assevera que, no Brasil, fingimos seguir essa forma de mando, mas, na realidade, ao nosso povo a soberania é recusada, sempre em proveito de oligarquias e dos que ocupam os três poderes formais do Estado. Sem direitos coletivos, detidos pelo povo soberano, é impossível até o presente manter direitos subjetivos. Ele conclui que, se a ordem jurídica e política descarta e desconhece a soberania popular, ninguém está em segurança.

Nesse contexto, e considerando que temos como objeto de estudo uma estratégia de ensino-aprendizado em serviço que visa ativar-capacitar atores sociais com competências ética, científica e política, para transformação de uma realidade instituída, pensamos ser oportuno, e pode nos auxiliar a entender a conjuntura descrita, o debate entre Helmut Becker e Theodor W. Adorno sobre a tarefa da educação para emancipação dos povos contra a barbárie e como estratégia de operacionalização da democracia, em que Adorno traz

o exemplo do campo de concentração de Auschwitz, um dos locais de extermínio de judeus e outros povos, praticado pelos nazistas durante a Segunda Guerra Mundial.

Em seu debate com Becker, posterior ao texto “Educação após Auschwitz”, e publicado com o título “Educação para quê?”, Adorno (2010) aprofunda a questão da emancipação com a reflexão.

A seguir, e assumindo o risco, gostaria de apresentar minha concepção inicial de educação. Evidentemente não a assim chamada modelagem de pessoas, porque não temos o direito de modelar as pessoas a partir do seu exterior; mas também não a mera transmissão de conhecimentos, cuja característica de coisa morta já foi mais do que destacada, mas a produção de uma consciência verdadeira. Isto seria inclusive da maior importância política; sua ideia, se é permitido dizer assim, é uma exigência política. Isto é: uma democracia com o dever de não apenas funcionar; mas operar conforme seu conceito, demanda pessoas emancipadas. Uma democracia efetiva só pode ser imaginada enquanto uma sociedade de quem é emancipado (p. 141-142).

Ele destaca que a democracia é entendida como um processo de autodeterminação, de autonomia e de emancipação de um povo, acrescentando a seguir que

Uma democracia efetiva só pode ser imaginada enquanto uma sociedade de quem é emancipado. Numa democracia, quem defende ideais contrários à emancipação, e, portanto, contrários à decisão consciente independente de cada pessoa em particular, é um anti-democrata, até mesmo se as ideias que correspondem a seus desígnios são difundidas no plano formal da democracia (p. 142).

Para Viana (2005), a emancipação, na perspectiva de Adorno, não se refere apenas ao indivíduo como entidade isolada, mas fundamentalmente como um ser social. A emancipação é a formação para a autonomia, mas ela só pode ser bem-sucedida se for um processo coletivo, já que, na nossa sociedade, a mudança individual não provoca necessariamente a mudança social, mas esta é condição daquela. A educação deve contribuir, portanto, para o processo de formação e emancipação, ensejando condições em que os indivíduos, socialmente, conquistem a autonomia.

O autor critica a argumentação de Adorno por pregar a educação emancipadora para evitar a barbárie sem mexer na ordem social que a produz e reproduz, o que, fatalmente, levará ao fracasso. Segundo Viana (2005),

Toda e qualquer reforma puramente cultural ou intelectual está impossibilitada se não for acompanhada por mudanças nas relações sociais concretas.

A proposta de Adorno pode ser resgatada em vários aspectos, desde que de forma crítica e ampliada, englobando a educação extra-escolar, a luta política extra-institucional, as relações de trabalho, as relações sociais nos locais de moradia e estudo, nos movimentos sociais, isto é, no conjunto das relações sociais, abrangendo que Korsch denominou “totalidade histórica” e trazendo em si aquilo que Decouflé (1976) denominou “projeto revolucionário”. Assim, o projeto adorniano de uma educação emancipadora ganha sentido e concreticidade, podendo contribuir com o processo de libertação humana (p. 9).

Trazendo mais elementos a essa discussão, o professor Sylvio Gadelha (2012, pp. 78-79), anteriormente aos acontecimentos descritos aqui, afirma que, nas últimas décadas, na democracia brasileira, sob a égide do projeto neoliberal, “o mercado se constituiu

como o verdadeiro soberano, submetendo as camadas mais pobres da população brasileira a um estado de exceção permanente”. E que essa política do neoliberalismo tem representado um “cerco às políticas da diferença, do acontecimento e das multiplicidades. [...] tanto no campo da prática quanto no pensamento, tanto no domínio da ação política como da teoria” (p. 83). Isto é, implica a não possibilidade de condutas aleatórias e criativas, extirpa a capacidade de pensar e re-inventar a realidade em que se vive, homogeneizando as formas de existir, de se educar e levar a vida.

Sobre esse processo de objetificação do mundo e coisificação do ser e vice-versa, no debate intitulado ‘Educação e Emancipação’, Adorno (2010) acrescenta que a própria organização do mundo em que vivemos e a ideologia dominante ditaria os rumos da educação, exercendo uma pressão imensa sobre as pessoas e seus modos de ser-no-mundo e levar a vida. Nesse contexto, ele assevera que

[...] a educação seria impotente e ideológica se ignorasse o objetivo de adaptação e não preparasse os homens para se orientarem no mundo. Porém, ela seria igualmente questionável se ficasse nisto, produzindo nada além de pessoas bem ajustadas, em consequência do que a situação existente se impõe precisamente no que tem de pior (p. 65).

Nesse sentido, tomando como referência as concepções freireanas sobre a educação, Correia e Bonfim (2008) destacam que, para Paulo Freire, os processos pedagógicos de ensino-aprendizagem não significam apenas codificar e decodificar palavras e frases, mas, sobretudo, profundos processos de leitura do mundo, da vida, da sociedade, todos passíveis de serem superados, recriados e transformados, permitindo uma reflexão e ação perante a realidade.

Nessa perspectiva, o ato pedagógico é compreendido como práxis, em que teoria e prática se unem na ação ativa e libertadora,

sempre mediada pelo dialogismo como método e pela horizontalidade como ontologia. Como nos ensina Paulo Freire (2015, p. 57), como sujeitos sócio historicamente constituídos e condicionados, “é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente”.

Das falácias cotidianas da nossa ilusória democracia representativa para a realidade absurda de um fascismo social, exemplificados pelos retrocessos nas políticas públicas de justiça social e reações pela manutenção da ordem social dominante, típicos de um estado de exceção, não haveria “nada de multiplicidade, nada de contingente, nada de experimentação; *por outro lado, predomina o império da igualdade, da repetição do mesmo e da homogeneização*” (GADELHA, 2012, p. 100, grifo do autor). A saída para esse absurdo camuniano estaria na necessidade de reinventar-se enquanto ser-no-mundo e sujeitos da práxis para transformação da realidade social. “Por isso, [...] é tão urgente que nos exercitemos em políticas da diferença, das multiplicidades e do acontecimento (p. 100) ”.

Sobre o absurdo existencial, Albert Camus (2010), em ‘O mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo’, descrevendo homens em situações extremas e as armadilhas do cotidiano, argumenta que o absurdo está em ter consciência de toda extensão da condição absurda em que se vive e, mesmo assim, continuar seguindo e re-produzindo um cotidiano de vida e de trabalho alienado, ou, mesmo se consciente, não ter autonomia ou condições para mudar seu destino. E assevera, “só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia” (p. 19). Essa é a principal tese de sua filosofia do absurdo.

Então qual seria a saída? Seria o suicídio? Questiona o filósofo. Camus responde em outra obra, “O homem revoltado”, que a saída para essa aporia sisífrica não é o suicídio, mas a revolta. Revolta imanente do processo de tomada de consciência e autonomia sobre a condição

absurda, de recusa ao suicídio e da morte, em sentidos metafísicos e mesmo existencial. Sobre essa revolta, afirma o filósofo:

[...] a revolta é o ato do homem informado, que tem consciência de seus direitos. Mas nada nos autoriza a dizer que se trata apenas dos direitos do indivíduo. Pelo contrário, parece efetivamente, pela solidariedade já assinalada, que se trata de uma consciência cada vez mais ampla que a espécie humana toma de si mesma ao longo de sua aventura. O homem revoltado é o homem situado antes ou depois do sagrado e dedicado a reivindicar uma ordem humana em que todas as respostas sejam humanas, isto é, formuladas racionalmente (2011, p. 25).

Nesse contexto de uma ‘conjuntura democrática’ revoltante, o absurdo revelado por uma análise, mesmo que superficial, poderia gerar, além da revolta, uma ampliação paralisante diante dessa conjuntura. Por isso, valer-se de analogias filosóficas são uma saída desse labirinto de incertezas e conjecturas. Mas, para não correr o risco de entrar em um círculo vicioso de elucubrações, essa análise de conjuntura, e até mesmo as analogias filosóficas, revelam os desafios práticos para se efetivar uma política pública que priorize o bem-estar da coletividade, que fomente o protagonismo e a autonomia dos sujeitos, que seja progressista e revolucionária em um contexto tão controverso e conservador, em que preponderam o retrocesso nas “políticas da diferença, das multiplicidades e do acontecimento”, prevalecendo o individualismo, o conservadorismo e o corporativismo excludentes.

Realidade bem diversa da que pretendiam os defensores ideológicos da Reforma Sanitária Brasileira e das ideias de mudança da ordem social vigente e transformação da realidade brasileira, que, apesar de propostas revolucionárias e de inflexão no modelo de sociedade dominante, restringiram-se à reforma setorial da saúde, consubstanciada nos princípios e diretrizes que constituíram o

Sistema de Saúde Brasileiro como um direito constitucional de todo cidadão a uma política de saúde pública universal e integral em que o Estado tem o dever de ser o provedor e mantenedor desse Sistema.

Acreditamos que quaisquer processos de ensino-aprendizagem que tenham por objetivo ativar-capacitar lideranças técnicas, científicas e políticas, consequentemente, sujeitos emancipados, conscientes e protagonistas em um contexto sócio-histórico, precisam ter consciência dos desafios e resistências a serem enfrentados para emancipação dessas lideranças e transformação da realidade social.

Referências

AVRITZER, Leonanrdo. O Pêndulo da democracia no Brasil: uma análise da crise 2013-2018. **Novos estud. CEBRAP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 273-289, Aug. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002018000200273&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Oct. 2019.

CAMUS, Albert. O mito de Sífifo: Ensaio sobre o absurdo. Tradução de Pauline Wacht. 1ª. Ed. Editora Best Bolso, 2010.

CORREIA, W.; BONFIM, C. Práxis pedagógica na filosofia de Paulo Freire: um estudo dos estádios da consciência. *Trilhas Filo*. v. 1, n. 1, p. 55-66. Disponível em: <http://www.uern.br/outros/trilhasfilosoficas/conteudo/Praxis_pedagogica.pdf> Acesso em: 28 jan. 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

PAULANI, Leda Maria. Projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006. 320 p.

ROMANO, Roberto. Papel Amassado: a perene recusa da soberania ao povo brasileiro. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria

Wanderley (orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2008.

GADELHA, Sylvio. (Bio)Política, democracia, pluralismo e educação: **dilemas que demandam uma politização outra**. In: Pedro Angelo Pagni et al. (orgs.). – Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012, p. 77-101

VIANA, Nildo. Adorno: educação e emancipação. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação (RESAFE)**. n. 4, 2005. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/resafe/article/view/5478/4585>> Acesso em: 07 fev. 2017.

ROMANO, Roberto. Papel Amassado: a perene recusa da soberania ao povo brasileiro. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENEZES, Maria Paula (org.). **A difícil democracia – Reinventar as esquerdas**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016

Prescrição ou participação: que cuidado em saúde queremos construir?

Iraí Maria de Campos Teixeira²⁸

Maria Waldenez de Oliveira²⁹

O entendimento que o profissional tem de “saúde” influencia sua atuação em comunidades

Uma formação profissional em saúde tem nela embutido um certo entendimento de saúde (e de ser humano, e de sociedade, etc). Esse entendimento perpassa toda a formação, desde o conteúdo dito “básico” até o conteúdo dito “técnico” ou “específico”, incluindo as opções curriculares sobre onde serão os trabalhos de campo, as práticas, os estágios. Por exemplo, uma formação que parte do entendimento de que saúde é determinada por um bom funcionamento do organismo irá formar o profissional para entender como o mesmo funciona, valorizando o conhecimento técnico-científico, por exemplo, em anatomia, fisiologia e bioquímica.

Nesse modelo de formação, o corpo humano é compreendido como algo exato e preciso, configurando tudo aquilo que foge a esse funcionamento previsto, padrão ou regular, como carente de correção ou conserto, em uma conceituação biomédica da doença que

[...] pode ser caracterizada, sinteticamente, por um conjunto de juízos de caráter instrumental, orientados

28 Enfermeira, doutora em Educação, professora adjunta da Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Metodologia de Ensino. Membro do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO.

29 Enfermeira, professora titular em “Educação Popular em Saúde: Processos Educativos em Práticas Sociais”, docente do Departamento de Metodologia de Ensino e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos. Membro do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO.

normativamente pela noção de *controle técnico* dos obstáculos naturais e sociais a interesses práticos de indivíduos e coletividades, tendo como base material o *conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo* (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de *critérios a priori* para o controle das incertezas (AYRES, 2007, p. 46, grifos do autor).

Essa compreensão biomédica direciona a ação dos profissionais que recebem esse tipo de formação para buscar promover o bom funcionamento do corpo humano. “Falhas” ou “irregularidades” são entendidas como doenças que devem receber sua intervenção e tratamento para que a pessoa possa estar saudável (Vasconcelos, 2006). Profissionais formados nessa perspectiva, por vezes, olham para o usuário buscando entender seu organismo e essas falhas, deixando em segundo plano, ou mesmo não olhando, para outros fatores que podem também estar determinando a doença naquele caso, como por exemplo, os fatores sociais.

Para atuar tendo como perspectiva um conceito de saúde que inclua a determinação social, Silva (2006) diz que se exige do profissional uma

reflexão de que para promover a saúde devem-se ser consideradas as desigualdades históricas sociais, entre gêneros, brancos e negros³⁰, com relação à renda, acesso à educação e à saúde. Caso esses fatores sejam esquecidos, a promoção da saúde fica aquém do desejado, estagna no âmbito de repetição de discursos denominados “educação em saúde”, sem adequação à realidade concreta e, ao mesmo tempo dinâmica, que rege o processo saúde-doença (...) [pois] para promover a saúde deve-se conhecer a pessoa a quem é prestado o cuidado (p. 4).

30 Nota das autoras: Para além de brancos e negros, devemos estender nossa reflexão para a diversidade étnico-racial de forma mais ampla, considerando também indígenas, ribeirinhos(as), camponeses(as), ciganos(as), entre outros(as).

Segundo essa autora, “atitudes como ouvir e compreender recebem importância singular, bem como os aspectos variados de sua cultura” (Silva, 2006, p. 4).

As condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população, que estão relacionados com sua situação de saúde, levaram a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS/FIOCRUZ) à compreensão dos Determinantes Sociais de Saúde que, de acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78), “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Nesse modo de compreender a saúde, os cuidados em saúde deveriam atender as necessidades, demandas, aspirações individuais e coletivas, por meio de um processo de intervenção técnico, científico e político³¹.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81-82), o principal desafio dos estudos sobre as relações entre os determinantes sociais e a saúde consiste em estabelecer uma “hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas”. Não se trata de desconsiderar alguns fatores, mas entender quais estão sendo mais determinantes naquele processo de adoecimento. Quando buscamos entender os determinantes sociais, precisamos entender que sua análise nos traz a complexidade da vida humana e, por isso mesmo, se não estabelecermos alguns caminhos para seu enfrentamento, podemos nos perder nessa complexidade.

Um primeiro exemplo que poderíamos trazer sobre como analisar os determinantes é o de que, ao examiná-los, podemos encontrar aspectos físico-materiais; ou seja, as populações de baixa

31 Adota-se aqui o termo cuidado como “designação de 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” (AYRES, 2004, p.22). Essa noção do cuidado em saúde 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” (Riquinho; Gerhardy, 2010, p. 421).

renda têm a saúde prejudicada devido à escassez de recursos e à ausência de investimentos em infraestrutura comunitária, como educação, transporte, saneamento, habitação e serviços de saúde. Um segundo exemplo estaria relacionado aos fatores psicossociais, com base no conceito de que “as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde”. Em um terceiro exemplo, há ainda as abordagens que analisam as relações entre o chamado “capital social”, como os vínculos e apoios sociais, as desigualdades nas condições de vida e a saúde das populações, identificadas pelo desgaste dessas “relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde” (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007).

Como se vê, quando procuramos entender de forma mais ampla o adoecimento do usuário, indo além de uma visão biomédica, entendemos que tudo o que foi indicado acima está junto com essa queixa e faz parte do processo de adoecimento daquela pessoa. Esse entendimento mais amplo levará o profissional de saúde a outros caminhos que não apenas o tratamento “físico de uma patologia”. Irá procurar incidir nas causas, não apenas “físicas”, mas também sociais, culturais, econômicas, que possam estar levando o usuário ao processo de adoecimento que ele expressou em uma queixa.

Nesse sentido, “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 ...” (COELHO et al, 2009, p. 155).

Atuar com as pessoas: a participação na construção do cuidado

Com o avançar das discussões sobre saúde, percebeu-se que os mecanismos de intervenção que visam à redução das desigualdades sociais, no sentido de minimizar os diferenciais dos Determinantes Sociais de Saúde, influenciavam na melhoria da qualidade de vida de indivíduos e grupos e, consequentemente, na promoção à saúde. Mas, fica o desafio: que processos poderíamos lançar mão para elaborarmos um agir em saúde crítico e de enfrentamento desses determinantes? Um ponto fundamental que defenderemos a seguir é: para enfrentar os determinantes sociais em saúde, precisamos construir esse agir **com** as pessoas e não **para** elas. Isso pode ser difícil em um primeiro momento para um profissional que está acostumado desde a sua formação a prescrever o que as pessoas tem que fazer a partir apenas do que ele acredita ser o melhor para elas.

O que colocaremos a seguir é que, se percorrermos esse processo de forma participativa, teremos muito mais chances não apenas de entendermos melhor esses determinantes, como também de construirmos caminhos que se mostrarão mais adequados, reais e efetivos para seu enfrentamento. Não se trata de colocarmos de lado tudo o que conhecemos como profissionais de saúde, mas de conter o impulso de prescrever para melhor compreender o que pode estar envolvido naquela queixa, abrindo caminho para uma efetiva participação do usuário. Com essa boa compreensão, o profissional pode avaliar seus conhecimentos, buscar outros que sejam necessários e colocá-los à disposição no processo participativo. “Conter o impulso” significa lidar com vários desconfortos: o de suspender momentaneamente o que sabe, o de considerar que pode não saber tudo e, principalmente, olhar para o que as pessoas sabem como conhecimento também importante para o cuidado em saúde. Dessa equação, pode sair um cuidado em saúde em que todos saem mais sabidos, mais críticos, mais autônomos, sendo, assim, mais

humanos (o que é diferente de individualização das causalidades de uma doença, pois, aqui, autonomia é um processo comunitário).

Mas, por que olhar o que as pessoas sabem sobre saúde se elas não têm uma formação profissional na área? Classificar como inadequado o que as pessoas sabem sobre saúde já é um modo de, previamente, desqualificar seu conhecimento. Todos, usuários e profissionais de saúde, têm saberes que são feitos de suas experiências, e é a partir dessas experiências que compreendemos nossas vidas e tomamos decisões sobre nossa saúde. Conhecer o que as pessoas sabem é considerar que as experiências também produzem conhecimentos que o profissional de saúde precisa acessar para poder melhor entender como, na concretude da vida daquelas pessoas, está se dando aquele adoecimento que as levou a procurar o profissional, ou seja, entender os processos pelos quais aquelas pessoas estão administrando sua saúde, decidindo o que fazer.

Saberes de experiência, segundo Larrosa-Bondía (2002), são saberes particulares, subjetivos, relativos e pessoais, pois, cada experiência é entendida não como aquilo que acontece, mas, sim, como a maneira com que cada pessoa vivencia o acontecimento. Ao vivenciar experiências cotidianas ligadas ao trabalho, à afetividade, à religiosidade, ao lazer etc., criam-se saberes construídos nas relações interpessoais. É por meio desses saberes que os sujeitos e grupos se identificam entre si, interpretam sua realidade e desenvolvem práticas com a mesma intencionalidade (SOUSA, 2007).

As experiências cotidianas possibilitam a criação de saberes, mas possuem contradições quando a vivência desse cotidiano não é crítica e leva a repetições e reproduções sem reflexão. Como afirma Barbosa (2008, p. 19), o cotidiano se configura como uma teia cujos fios, nem sempre visíveis, capturam a pessoa, retirando sua condição de sujeito, dotando-a de automatismos para consumir e produzir. No entanto, nesse mesmo cotidiano de complexa contraditoriedade, encontramos formas de resistência e de recusa dessa dominação. Para a autora, a percepção dessas contradições é necessária para que a

pessoa não se encontre submetida a “condições de manipulação ou alienação que se manifestam em diferentes graus, e nem sempre o indivíduo toma consciência delas.” (BARBOSA, 2008, p. 17-18). Dessa forma, a participação na transformação do cotidiano é “ambígua por servir tanto ao fortalecimento do saber dos participantes quanto à sua manipulação.” (BARBOSA, 2008, p. 30).

O traço fundamental da Educação Popular e Saúde (STOTZ, 2007, p. 55) está

no fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares [uma vez que] na saúde isso significa considerar as experiências das pessoas e dos movimentos sociais e organizações populares (em sua luta pela saúde) nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia

Sendo necessário estarmos alerta, pois

O adjetivo popular presente no enfoque da educação popular e saúde não se refere ao público, mas à perspectiva política com a qual se trabalha junto à população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos, pertencentes às classes populares, bem como de seus parceiros, aliados e amigos. A educação popular considera que a opressão não é apenas dos capitalistas sobre os assalariados e os trabalhadores em geral; mas também a opressão sobre a mulher, os homossexuais, os indígenas, os negros (VASCONCELOS, 2003 apud STOTZ, 2007).

Freire (2005) considera que cada pessoa tem um modo particular de lidar com as opressões e pode escolher se quer ou não enfrentá-las. As estruturas de opressão podem se apresentar como situações-limites a serem superadas. Essas situações-limites

explicitam os mecanismos de opressão e contradições sociais que, em uma perspectiva fatalista, podem ser considerados como obstáculos intransponíveis, gerando a adaptação à realidade vivida. Perceber uma situação-limite é uma tomada de consciência crítica que desafia ao engajamento na busca pela transformação dessa realidade.

Em uma perspectiva crítica, com uma atitude de superação, os sujeitos anunciam o que Freire (2005) chama de inédito-viável, ou seja, uma situação nova e ainda não experimentada, mas que pode ser obtida pela ação dos seres no mundo a ser transformado. Para possibilitar a construção do inédito-viável, é necessário se mobilizar, agir. O inédito-viável é o projeto de libertação da comunidade engajada na transformação da realidade que não se configura como ato final marcado pela denúncia dos oprimidos com consciência crítica, mas como busca constante do novo saber e fazer que já anuncia (FREIRE, 2005; DUSSEL, 2002; SOUSA, 2012).

Para Fiori (1986, p. 10), “Todos que colaboram na produção deste [mundo], deveriam reencontrar-se, no processo, como sujeitos de sua própria destinação histórica, autores de sua existência”. As pessoas não podem libertar-se enquanto não protagonizarem sua história, enquanto não tomarem sua existência em suas próprias mãos. Isso, afirma Fiori (1986, p. 3), conduz à dinâmica da conscientização. Reverberando em Paulo Freire (1986): o processo educativo inicia com a tomada de consciência, por parte do sujeito, da condição em que se encontra e na qual se encontram as demais pessoas

A atuação profissional com diálogo e respeito

A partir do que foi dito anteriormente, a participação é uma atividade política e pedagógica, quase sempre mais ampla e de maior continuidade que a própria intervenção em saúde que a pessoa veio buscar no Serviço de Saúde. Além disso, processos participativos possibilitam formas de interação entre o profissional e as demais

peçoas, permitindo uma abordagem pessoal e abrindo fontes de informação (Ezpeletta; Rocwell, 1989).

Respeito e diálogo talvez sejam as palavras/ações das mais importantes a serem destacadas em um processo participativo. Na perspectiva da Educação Popular, os processos de atuação profissional na saúde devem reconhecer a importância de cada prática popular de saúde, de cada cultura. Para tanto, compreendemos que é importante promover o diálogo respeitoso com a cultura da comunidade na qual se quer conjuntamente intervir, agir criticamente, em um processo de ações dialógicas que resultarão em uma troca de saberes entre as pessoas envolvidas. Serão diferentes sujeitos, participantes do processo de cuidado, com seus conhecimentos oriundos de diferentes fontes e formações pessoais e profissionais distintas a dialogarem sobre saúde, práticas de cuidado, processos educativos, dentre outras coisas.

Ao falarmos de diálogo, importante informar que não estamos falando apenas de “conversa”, pois diálogo é mais do que “falar”, ou “falar sobre” alguma coisa e não se confunde com “falar algo para” alguém. Diálogo pressupõe e requer uma atitude em relação a outra pessoa, a tudo o que ela significa e conhece, e uma intencionalidade de com ela construir uma transformação sobre algo que está se percebendo como situação-limite. É mais do que um encontro “físico” de uma pessoa com a outra (FIORI, 1986), sendo preciso haver uma postura dialógica e uma relação horizontal entre elas. Uma relação que comporta o afeto – no sentido mesmo do ato que toca o outro.

Sobre a importância do diálogo, encontramos amplas discussões nas obras de Paulo Freire e outros autores citados a seguir. Para Freire, o diálogo:

é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco torna-se sim-

ples troca de idéias a serem consumidas pelo permu-
tante (FREIRE, 1987, p.45, grifo do autor).

Segundo Freire (1987), o diálogo que se estabelece em uma relação horizontal e de respeito mútuo se fundamenta no amor, na humildade e na fé e, portanto, transfere aos sujeitos o sentimento de confiança no outro com quem se dialoga. Já nas relações antidialógicas, ou seja, aquelas nas quais um sujeito sobrepõe seu saber sobre o do outro, esta relação de confiança não é estabelecida.

A participação no cuidado em saúde caracteriza-se pelo reconhecimento da história daquela comunidade, daquele usuário e um compromisso em favorecer a participação dos indivíduos na busca de vida digna. A atuação do profissional de saúde passa por compreender, intervir e transformar a realidade junto com aquela pessoa, com aquela comunidade, partindo do pressuposto de que “todo ser humano é em si mesmo e por si mesmo uma fonte original e insubstituível de saber” (BRANDÃO, STRECK, 2006). Assim, a relação do profissional com as demais pessoas vai superando uma relação de quem conhece com quem não conhece, abrindo caminho para uma produção coletiva do saber e de ações transformadoras.

Nos processos participativos que se dão em uma relação dialógica, não nos encontramos apenas com uma outra pessoa, mas também com o seu mundo, com sua cultura, com suas práticas permeadas de sentidos. Nesse encontro, reencontramos a nós mesmos, pois, a todo o momento, estamos colocando à tona o que somos e o que sabemos no esforço de compreender melhor tudo o que aquela pessoa traz. E, ao colocar à tona, estamos olhando novamente o que sabemos, o que somos, o que não sabemos e o que não somos. Dizemos isso para indicar que, em um processo participativo, não é apenas a outra pessoa que aprende; o profissional de saúde também aprenderá, tanto sobre o outro, como sobre si mesmo. Ou seja, todos aprendem nesse processo. Nossa visão de mundo, como profissionais de saúde, parte daquilo que já conhecemos e, ao longo do processo, retomamos as nossas concepções prévias e reconstruímos nosso entendimento

de mundo. Talvez, este seja quase um aviso para que nos preparemos para um encontro que pode ser muito produtivo, mas que pode também trazer desconfortos (como já dissemos anteriormente).

Nesse ir e vir entre conhecimentos prévios e novas descobertas, devemos ficar atentos para não negarmos o conhecimento do outro, julgando-o insuficiente e inferior. Um cuidado, dos mais importantes, é o de “participar com a intenção de compreender, não para julgar.” (OLIVEIRA, et al, 2009).

Antes de finalizarmos este capítulo, gostaríamos de apontar alguns outros cuidados no processo participativo. Eles dizem respeito ao que o profissional de saúde acredita já estar garantido na relação com essas pessoas, por estar com “jaleco e crachá”. Esta não é uma tarefa fácil. Um desses cuidados é atentar para a percepção de quando sua presença é conveniente e quando não é. Outro cuidado é apresentar-se às pessoas dando-se a conhecer (isso é mais do que dizer seu nome e função), por exemplo, explicando quais são suas intenções ao estar com essas pessoas, seus objetivos, disponibilidade, limitações, pedir permissão para estar junto. Outro cuidado ainda é convidar as pessoas para estarem juntas no processo participativo (pois a participação não é uma obrigação, mas uma opção). Esses cuidados podem gerar um certo incômodo, desconforto de lugar, mas a disposição em ser acolhido, estar junto com a disposição daquele grupo, vai dando início e forma ao processo participativo. Esse processo exige paciência e tempo, pois não é uma visita, mas uma busca de convívio, seja circunscrito ao trabalho particular que está sendo desenvolvido, seja em outros espaços e ocasiões (OLIVEIRA, 2003).

A construção do cuidado em saúde de forma participativa, com diálogo e respeito, é uma decisão por um caminho que se pressupõe que será construído conjuntamente: profissional de saúde e pessoas da comunidade, ambos com seus mistérios e incompletudes. Mas, aí mesmo, está o desafio e a boniteza da participação: descobrir, desvelar, descobrir-se, desvelar-se, entendendo que o mundo não

está dado, mas que, juntos, podemos construí-lo em uma direção mais humana e digna.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Rev. Interface comunicação, saúde, educação**, v. 8, n. 14, p. 73-91, set. 2003/fev. 2004.

AYRES, J. R. C. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS – Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, p. 43-62, 2007.

BARBOSA, A. M. G. . Processos de participação para o controle social em comissões locais de saúde: educar-se no cotidiano. Tese (Doutorado). São Carlos: UFSCar, 2008.

BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. **Pesquisa Participante: O Saber da Partilha**. 2. ed. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS – Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

COELHO E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites na prática profissional. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 154-160, jan-mar 2009.

DUSSEL, E. D. **Ética da Libertação na idade da globalização e da exclusão**. Petrópolis: Vozes, 2002.

EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante**. São Paulo: Cortez, 1989.

FIORI, E. M. Conscientização e educação. **Revista Educação e Realidade**, v.11, n.1, p.3-10. Porto Alegre: UFRGS, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Educação como Prática para a Liberdade**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. (Col. O Mundo, Hoje, v.21).

LARROSA-BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.

OLIVEIRA, M. W; SILVIA, P. B. G.; MONTRONE, A. V. G.; JOLY, I. Z. L.; GONÇALVES, L. **Processos Educativos em Práticas Sociais: Reflexões teóricas e metodológicas sobre pesquisa educacional em espaços sociais**. 32ª Reunião Anual da ANPED. Caxambu, 2009.

OLIVEIRA, M. W. - Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades: perspectivas de diálogo entre saberes e sujeitos. **Relatório Pós-doutorado. FIOCRUZ/UFSCar, 2003. Disponível em <http://www.processoseducativos.ufscar.br/relatorio1.pdf>. Acesso em 28/11/2018.**

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol.8, n.3, p. 419-437, 2010.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Rev. Informe-se em promoção da saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.03-05, 2006.

SOUSA, F. R. de. Saberes da vida na noite : percepções de mulheres que prestam serviços sexuais sobre o educar-se nas relações com seus. Dissertação (Mestrado) São Carlos : UFSCar, 2007.

SOUSA, F. R. de. **A noite também educa** : compreensões e significados atribuídos por prostitutas à prática da prostituição. Tese (Doutorado) São Carlos : UFSCar, 2012.

STOTZ, E. N. O papel dos serviços de saúde e Enfoques de educação e saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde**. Rede de Educação Popular e Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.edpopsaude.net/varal-de-textos/concepcoes>>.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006, 391p.

SISTEMATIZAÇÃO E NARRATIVA: APRENDIZAGENS DE UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA EM EDUCAÇÃO POPULAR³²

Grasiele Nespoli³³

Vera Joana Bornstein³⁴

Cassiana Rodrigues Alves Silva³⁵

Irene Leonore Goldschmidt³⁶

Julio Alberto Wong-Un³⁷

Luanda de Oliveira Lima

Ronaldo Dos Santos Travassos³⁸

-
- 32 Os autores e as autoras desse texto constituíram a equipe de Coordenação Nacional do Curso de Educação Popular em Saúde, Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz
- 33 Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), especialista em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), especialista em Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz), mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e doutora em Educação em Ciências e Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES/UFRJ). Pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Integrante do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO.
- 34 Laborat, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Possui graduação em Escola de Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1970), mestrado em Administracion En Salud - Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (1989) e doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (2007)
- 35 Doutoranda em Saúde Coletiva-IMS/UERJ (2019-2023), mestre em Antropologia Social e educadora popular. Educadora Popular em Saúde envolvida na construção da Tenda Paulo Freire do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2018).
- 36 Graduada em Farmacia e Bioquímica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, tem Especialização em Saúde Pública e Mestrado em Educação Profissional em Saúde. Concursada para a SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO, trabalha na Coordenação de Apoio à Atenção Básica.
- 37 Médico pela Universidad Peruana Cayetano Heredia (1988), Lima - Peru, Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1997) - Rio de Janeiro; e Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2002). É professor adjunto III do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense - Niterói - RJ desde 2006.
- 38 Doutor em Educação na área de Filosofia e História da Educação na Faculdade de Educação da UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas -2008. Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos na área de Fundamentos da Educação (2003), Especialista em Educação em Saúde Pública, pelo Instituto de Saúde da Comunidade do Centro Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense (1999), graduado em Pedagogia pela Universidade Federal Fluminense (1981). Atualmente professor-pesquisador no Laboratório de Atenção à Saúde na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

I. A EXPERIÊNCIA EM CENA

Este texto nasce de uma experiência formativa em educação popular em saúde que revela o potencial dessa prática pedagógica no processo de aprendizagem e de reconstrução de si e do mundo. A experiência em questão é a segunda versão do curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, o Edpopsus II, coordenado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz)³⁹. Iniciado em 2016, ao longo de quatro etapas, o curso contou com a participação de 521 educadores populares e matriculou 9.749 educandos, distribuídos em 304 turmas, em 15 estados do país. O Edpopsus é considerado a principal estratégia formativa do Plano Operativo da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS, 2013).

O curso teve como objetivo qualificar a prática educativa de trabalhadores, lideranças comunitárias e representantes de movimentos sociais que atuam em territórios com cobertura da atenção básica, fortalecendo a implantação da PNEPS-SUS. O projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde (MS), sendo acompanhado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

Cada turma do curso foi composta por até 35 educandos e 2 educadores. Os educadores possuíam perfis diferenciados, sendo um com graduação completa e experiência docente na área da atenção básica e o outro com ensino fundamental completo e experiência de educação popular na área da saúde ou em movimento social. Ambos desempenharam papéis similares, sem hierarquia, no desenvolvimento do curso. Já os educandos foram prioritariamente agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância em saúde ou de controle de endemias, como geralmente são conhecidos.

39 A EPSJV é uma unidade técnica e científica voltada para a pesquisa e formação no campo da educação profissional em saúde. Dentre suas experiências, está a formação de agentes comunitários e agentes de vigilância em saúde. Para saber mais sobre seus projetos, acesse o site: www.epsjv.fiocruz.br.

Com uma carga horária de 160 horas, dividida em 17 encontros presenciais, intercalados com trabalhos de campo, essa versão do curso foi dividida em seis eixos temáticos que buscaram promover a integração do conteúdo: 1) A construção da gestão participativa e a experiência como fio condutor do processo educativo; 2) A educação popular no processo de trabalho em saúde; 3) O direito à saúde e a promoção da equidade; 4) Território, lugar de história e memória; 5) Participação social e participação popular no processo de democratização do Estado; 6) O território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado. O 17º encontro consistiu em mostras locais ou estaduais, onde as atividades, experiências e saberes construídos e sistematizados no percurso foram compartilhados, com participação da população, em praças, escolas, clubes, centros culturais, sindicatos e outros espaços públicos. (BORNSTEIN et al, 2016).

Coerente com a PNEPS-SUS, o curso reafirmou os princípios e diretrizes do SUS ao fortalecer a luta popular na defesa do direito à saúde e valorizar os saberes e culturas populares na relação com os serviços de saúde. Nesse sentido, a educação popular foi compreendida tal como a Política afirma:

[...] práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão (BRASIL, 2013, p. 12).

O curso firmou-se nos princípios da educação popular apresentados da PNEPS-SUS, que são: 1) problematização: leitura e análise crítica da realidade; 2) diálogo: encontro entre homens e mulheres mediatizados pelo mundo; 3) amorosidade: ampliação do

diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa; 4) construção compartilhada do conhecimento: processos comunicacionais e pedagógicos dialógicos; 5) compromisso com a construção de um projeto democrático e popular: reafirmação do compromisso com uma sociedade justa, solidária e democrática; e 6) emancipação: processo coletivo de libertação de todas as formas de “opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.” (BRASIL, 2013, p. 18).

Para ajudar na condução do curso, foi elaborado um material didático que apresenta os princípios políticos-pedagógicos do curso e materializa a proposta curricular, traçando caminhos para a realização dos encontros por meio da oferta de atividades e trabalhos de campo articulados aos seis eixos temáticos. Além do Guia do curso, que faz essa orientação geral, foi elaborado um compêndio de textos de apoio para uso nos encontros⁴⁰.

Para viabilizar essa experiência de formação em grande escala, o processo de gestão foi descentralizado. Além da coordenação nacional composta por nove trabalhadores (seis articuladores e apoiadores político-pedagógicos, uma assessora de gestão e comunicação e duas gestoras de projeto), o curso contou com 07 apoiadores nacionais e 13 equipes⁴¹ de coordenação estaduais que foram responsáveis por articular e acompanhar a experiência nos estados de Amazonas, Bahia, Ceará, Mato Grosso, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Roraima, São Paulo e Sergipe.

Os educadores, 73,8% mulheres, participaram de um processo seletivo em duas etapas: a primeira foi a análise do currículo e uma carta de intenção, e a segunda, uma oficina de formação de quarenta horas, onde foram trabalhados os princípios pedagógicos, a estrutura

40 O material encontra-se disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/guia-do-curso-de-aperfeicoamento-em-educacao-popular-em-saude>

41 Foram 12 coordenações estaduais e uma coordenação que envolveu os três estados da Região Norte: Amazonas, Pará e Roraima.

curricular, o material didático e as estratégias de gestão do curso. Ambas as etapas foram classificatórias e eliminatórias. Como uma das abordagens estratégicas e prioritárias da educação popular é a sistematização das experiências, buscamos promover uma reflexão permanente das aprendizagens geradas nos diferentes espaços em que a experiência acontecia: nos encontros, na realização das atividades pedagógicas e trabalhos de campo, nos momentos de apresentação das diversas produções coletivas e individuais. Nesse sentido, a sistematização de experiências foi trabalhada ao longo da oficina de formação dos educadores e, posteriormente, ao longo do curso, como um processo de produção do conhecimento que se dá a partir das experiências vivenciadas por educadores e educandos.

A dimensão nacional do curso trouxe a necessidade de se tecer uma sistematização que pudesse não somente falar da experiência mais imediata e inédita da coordenação, mas também recuperar e consolidar um olhar mais geral sobre as diversas experiências que aconteceram nos quinze estados. Nesse sentido, a sistematização agregou um caráter investigativo, sendo elaborado um projeto de pesquisa⁴² que apresenta um caminho, um eixo metodológico, para fazer a sistematização do ponto de vista da equipe da coordenação nacional, formada por professores e pesquisadores responsáveis por essa análise, com base nos registros feitos por educandos, educadores e coordenadores estaduais.

Neste texto, é abordada, primeiramente, a relação entre sistematização, experiência e narrativa; em seguida, é apresentada a sistematização como fio condutor da experiência educativa e do processo investigativo-reflexivo; e, por fim, refletimos como as narrativas elaboradas na sistematização expressam o potencial da educação popular nos processos de aprendizagem, de produção de conhecimento e de transformação dos sujeitos participantes do curso.

42 O projeto “Saberes da Experiência: sistematização do curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde” foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV em setembro de 2017, sob o registro CAAE: 70731217.0.0000.5241.

Para resguardar o devido cuidado ético na identificação dos sujeitos da pesquisa, os mesmos serão apresentados pelo seu lugar de fala, como coordenadores, educadores ou educandos, e pelo seu estado.

II. SISTEMATIZAÇÃO, EXPERIÊNCIA E NARRATIVA

Na Educação Popular, a sistematização é um caminho para se compreender e estimular a produção do saber, o saber de experiência feito e o saber que problematiza esse experimentar e transformar o mundo, porquê crítico e político, como afirmava Paulo Freire. Para Oscar Jara, a sistematização parte dessa visão freiriana e a leva para a compreensão dos processos coletivos. “As experiências são processos sócio-históricos complexos e dinâmicos, pessoais e coletivos. Não são apenas fatos e acontecimentos pontuais (...) abrangem um conjunto de dimensões objetivas e subjetivas da realidade histórico-social.” (2012, p. 72).

Envolvendo fatos, coisas, acontecimentos e pessoas, as experiências são marcadas “pelas características de seus protagonistas: homens e mulheres que as vivenciam”; são culturais, porém também são singulares (JARA, 2012, p. 74). São vivências, lugares vivos de criação e de produção de saberes, por isso devem ser analisadas a partir de seus contextos, de suas particularidades, pelas ações que as constituem, “pelas sutilezas pessoais expressas nas percepções, sensações, emoções e interpretações de cada um dos protagonistas das mesmas” (JARA, 2012, p. 74), pelos processos de mudanças que promovem e pelas relações que se constituem entre os sujeitos da experiência.

A experiência pode ser entendida também como o que nos acontece, o que nos toca, o que nos chega e nos sucede. Como abordado por Larrosa Bondía, a etimologia da palavra experiência em diferentes línguas remete a esse sentido.

Poderíamos dizer, de início, que a experiência é, em espanhol, *o que nos passa*. Em português se diria que a experiência é *o que nos acontece*, em francês a experiência seria *ce que nous arrive*, em italiano *quello che nos succede* ou *quello che nos accade*, em inglês, *that what is happening to us*, em alemão, *was mir passiert* (2002, p. 21).

O que acontece, o que nos toca, o que fica, é a aprendizagem pela experiência. Paulo Freire e Frei Betto, no livro “Essa escola chamada vida”, dizem que “as pessoas conhecem o que experimentam, e não o que escutam. Como todo processo de conhecimento é epidérmico, é sensitivo, até o conhecimento mais intelectual tem que passar por aí” (Freire e Betto, 1986 *apud* Franz, 2007, p. 81).

Todavia, no contexto da sociedade do conhecimento, predomina uma concepção de que aprender é processar informações (LARROSA BONDÍ, 2002). Lidamos com um excesso de coisas que acontecem em velocidade cada vez maior, o que torna a experiência algo raro, como já dito por Walter Benjamin no ensaio “Experiência e Pobreza”, no qual reflete sobre o empobrecimento das experiências pela desvalorização e destruição da tradição (BENJAMIN, 1985). Para Benjamin, o empobrecimento da experiência está relacionado ao esvaziamento das narrativas, à escassez da arte de narrar, que é o ato de organizar a experiência e, ao mesmo tempo, o ato de passagem e de conservação da tradição. No ensaio “O Narrador”, Benjamin afirma que a narrativa é “uma forma artesanal de comunicação [...] ela mergulha a coisa [narrada] na vida do narrador para, em seguida, retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso.” (1985, p. 205). Com o empobrecimento da experiência e da narrativa, desaparece também o dom de ouvir e a comunidade dos ouvintes.

A educação popular, reconhecendo o valor da tradição, recupera o valor da experiência. Em um mundo em que são cada vez mais raras as pessoas que sabem narrar, Paulo Freire se apresenta como um grande

narrador, especialmente quando toma sua vida, suas experiências de vida, como fonte de leitura do mundo, de aprendizagem e de construção de si (FREIRE, 1979, 1981). Na perspectiva freiriana, aprender jamais é, simplesmente, processar informações, visto que o saber não é um saber sobre as coisas ou das coisas, mas sim um saber que deriva da vida, da relação do ser humano com o mundo, o que inclui a relação com os conhecimentos acumulados e legitimados científica e socialmente. A sistematização é, nesse contexto, uma trilha construída por questionamentos que visam compreender os saberes que surgem das experiências.

O saber da experiência dá-se na relação com a realidade e com a vida humana, vida que não se reduz à sua dimensão biológica, que se estende e se diferencia porque é, além de natureza, cultura. E, como seres de cultura, trazemos, ao fazer e ao refletir nossa caminhada, nossos valores, nossas vivências prévias, nossas esperanças e desejos de futuros melhores. Pronunciamos nossa palavra, lemos o mundo, construímos nossas histórias, porque, ao dizer de Eduardo Galeano, somos feitos das histórias que contamos. Nesse sentido, a narrativa é um exercício hermenêutico, a forma própria do ser humano de atribuir sentido às experiências de vida.

É importante compreender que a noção de narrativa, para nós, enriquece e complementa a abordagem de sistematização proposta por Jara (2006, 2012), uma vez que ela é a forma de organização da consciência sobre a experiência, de resgate da memória, de trazer à tona a subjetividade de quem vivencia um acontecimento. O caráter subjetivo da narrativa lhe confere um estatuto singular – o de ser uma forma de leitura do mundo que não está aberta à comprovação, nem subordinada ao critério da verdade. Uma narrativa, uma história, é uma versão entre muitas. Se dialogada e consensuada, ganha força de relato coletivo, porém nunca único nem definitivo. Daí sua beleza, sua fragilidade e delicadeza. Ainda que repleta de subjetividade, a narrativa é um exercício de objetivação do pensamento e não deve

ser descolada e analisada fora de seu contexto de produção, visto que é também uma expressão cultural.

MÉTODOS E TÉCNICAS DE SISTEMATIZAÇÃO ADOTADOS NO CURSO

Alguns autores, como Jara (2012) e Falkembach (1991), consolidaram reflexões sobre o método de sistematização e apresentam importantes elementos que devem ser considerados, independentemente do caminho a se seguir. Em cinco tempos, a sistematização tem como ponto de partida a experiência; na sequência, a formulação de um plano de sistematização (o que queremos, de forma geral), a recuperação do processo vivido (ordenação e reconstrução da história), a elaboração das reflexões de fundo (análise, síntese, interpretações críticas), e, por fim, a formulação de conclusões, recomendações, propostas e a definição de formas de comunicar as aprendizagens e as projeções (JARA, 2012). Jara lembra que não existe um modelo prévio, visto que cada projeto deve ter sua própria proposta metodológica “conforme as características daquelas experiências que desejamos sistematizar” (JARA, 2012, p. 179, 180).

De alguma forma, o curso adotou os momentos propostos, ainda que construindo um caminho próprio. A sistematização foi pensada desde o início e introduzida, no momento de partida do curso, como um fio condutor no sentido de provocar uma reflexão crítica das experiências prévias de educadores e educandos, bem como da própria experiência do curso. Como parte de um plano de sistematização, foram propostos alguns momentos, estratégias e instrumentos de registros que pudessem favorecer a reflexão sobre a experiência no decorrer do curso:

- 1) a inserção de um texto sobre sistematização no material educativo, para ser abordado no momento inicial do curso, apresentando sua importância como método educativo e orientador do curso;

- 2) a disponibilização de Diários dos Encontros no Sistema de Gestão Acadêmica (SGA), criado como um espaço de registro para os educadores, para além de um instrumento de controle de frequência e de lançamento de notas;
- 3) os momentos de avaliação parcial e final do processo do curso, que registram as reflexões feitas sobre a trajetória formativa;
- 4) a construção da carta de expectativa e da carta final de reflexão sobre a experiência do curso pelos educandos.

Além disso, foram planejadas e realizadas visitas de acompanhamento político-pedagógico pelos apoiadores nacionais, pelas coordenações estaduais e nacional, elaborados relatórios pelos coordenadores estaduais e educadores sobre a experiência do curso; e realizados, ao final do curso, grupos focais e entrevistas, separadamente, com coordenadores, educadores e educandos, também para reflexão sobre a experiência do curso.

Os relatórios foram elaborados com base em dois roteiros, um dirigido aos coordenadores e outro aos educadores. Ambos buscam consolidar uma reflexão acerca de elementos importantes da experiência, desde a formação dos educadores, passando pela gestão e implementação do curso, alcançando a vivência por parte dos educadores, educandos e coordenadores. A proposta dos roteiros foi compartilhada por e-mail com os coordenadores e educadores, e foi acordada, assim, uma base comum para facilitar a consolidação e a integração da sistematização da experiência do curso nas diferentes turmas, municípios e estados do país.

As reflexões feitas nos grupos focais foram centradas na experiência do curso, e o debate coletivo permitiu uma sinergia, como considera Costa, “gerada pela participação conjunta do grupo” (2009, p. 182) e possibilitada pela interação que enriquece e aprofunda, pelo diálogo, as reflexões sobre a questão investigada (Minayo, 1999). As entrevistas, realizadas com os coordenadores estaduais, educadores e

educandos, foram orientadas para a construção de uma narrativa capaz de recuperar a experiência do curso em suas dimensões políticas, pedagógicas e subjetivas. Buscamos garantir que, no exercício de reflexão e narrativa da experiência, os entrevistados pudessem trazer à tona o que ficou, o que os tocou e o que os transformou. A principal questão norteadora, tanto dos grupos focais como das entrevistas, foi: O que significou a experiência do curso para você?

É preciso ressaltar que a sistematização do curso acompanhou todo o processo, que, a cada etapa de formação, caminhamos na reflexão das experiências, organizando a leitura das partes para o todo, do particular para o geral. Além disso, a sistematização foi feita em diferentes camadas. Nos encontros entre educadores e educandos, por meio de diferentes atividades como rodas de conversa, círculos de cultura e tendas dos contos. Entre educandos e educadores, seja sobre a experiência do trabalho, as vivências pessoais e mais particulares, as relações com a família e a comunidade ou sobre a experiência do próprio curso. A sistematização também se deu nos encontros entre educadores e coordenação estadual, constituindo processos de educação permanente. No âmbito estadual, coordenadores e seus apoiadores sistematizaram a experiência da gestão, das articulações políticas com os municípios, das questões relacionadas ao processo seletivo, à formação dos educadores e ao acompanhamento político-pedagógico. (Nespoli et al, 2020)

Já a sistematização da experiência nacional tomou como matéria de análise os registros feitos nos diários dos encontros, os relatórios dos coordenadores estaduais e dos educadores, as cartas dos educandos e as reflexões feitas nos grupos focais e entrevistas. Esses documentos (como também fotografias de atividades e produtos, e vídeos com depoimentos sobre o curso) possibilitaram maior compreensão da importância da sistematização por meio do exercício hermenêutico de narrativas, que se tecem ao se recontar e reviver a experiência do curso, constituindo um processo de aprendizagem que passa pela subjetivação e resignificação de si e do mundo.

O CURSO, AS EXPERIÊNCIAS E AS APRENDIZAGENS MARCANTES

Com base nos relatórios, diários dos encontros e discussões nos grupos focais e entrevistas, apresentamos parte do resultado da sistematização realizada, seguindo a divisão pelos Eixos Temáticos do curso e apresentando as aprendizagens construídas por meio do diálogo e da construção compartilhada do saber.

De modo geral, esses documentos possibilitaram identificar as dificuldades e desdobramentos do curso, os desafios com relação à infraestrutura e à implementação do currículo proposto, os momentos marcantes da experiência, que vão desde a formação de verdadeiros coletivos pautados na amorosidade e no diálogo entre os participantes até a efetivação de entidades e estratégias de defesa dos territórios e das categorias profissionais acolhidas nas turmas. Os coordenadores falaram ainda da articulação para a implementação das turmas, da seleção dos educadores e educandos, do acompanhamento dos encontros e da mostra. Os educadores trouxeram em seus relatórios os acordos de convivência firmados com as turmas, a relação estabelecida na dupla de educadores, o modo de uso do material didático e do SGA, os momentos marcantes e a experiência de construção das atividades e das mostras.

Entre os educandos que não haviam experimentado a Educação Popular, inicialmente, houve uma surpresa em relação à organização do curso em encontros e não em aulas, a valorização da participação, a vivência da gestão compartilhada, as atividades que buscavam reconhecer os saberes prévios e os saberes populares, as idas a diferentes territórios para recuperar suas memórias, e a relação com as práticas integrativas e populares de cuidado. Além desses aspectos relativos à prática da educação popular, o estudo e a reflexão sobre temas como a educação, o trabalho, a cultura, a equidade, a memória, a participação social e popular, o território e o cuidado, despertaram outras formas de ver o mundo que, por sua

vez, repercutiram na importância de se produzir outras formas de estar no mundo, indicando deslocamentos subjetivos importantes que aproximam prática e pensamento.

A integração entre educadoras e educandas, também mulheres em sua maioria (82,1%), foi narrada como uma experiência enriquecedora, na qual, de acordo com as mesmas, todas aprenderam entre si, transformando-se ao reconhecer o outro e ao problematizar a realidade de vida e trabalho.

O ponto de partida pelo eixo temático “A construção da gestão participativa e a experiência como fio condutor do processo educativo” possibilitou uma primeira aproximação com os princípios da educação popular, orientou a organização da turma como um coletivo dividido em grupos responsáveis por diferentes tarefas e apresentou a sistematização como exercício permanente do curso. Educadores relatam que o trabalho conjunto foi inovador e importante para a troca de saberes, para a relação de trabalho entre diferentes, e para a condução democrática do processo pedagógico. Na leitura de muitos deles, essa troca garantiu uma aproximação com base na amorosidade, no diálogo e no respeito durante a construção do trabalho comum. Nas turmas, foram realizados pactos de convivência envolvendo a combinação de horário de chegada e saída, partilha dos alimentos, organização da limpeza, promoção de atividades lúdicas e culturais, realização de dinâmicas de acolhimento etc. Os atos de dividir e compartilhar foram considerados de suma importância no processo formativo, pois ativaram práticas contrárias à predominância do individualismo, tão comum na sociedade capitalista. “Foi muito marcante a participação da turma no processo de condução do curso e a animação para realizar tarefas mais concretas e de socialização, demonstrando uma sede de vivências e aprendizados, bem como a humanização dos sujeitos.” (Educadores Minas Gerais, Relatório Final).

O segundo eixo, “A educação popular no processo de trabalho em saúde”, parte das concepções e práticas educativas vivenciadas pelos educandos. É um momento de reconhecimento do modo

hegemônico orientado pela racionalidade de uma educação normativa que visa alterar comportamentos e disciplinar as pessoas, por meio de práticas verticais e hierarquizadas que não valorizam a participação popular. A sistematização das concepções prévias dos educandos evidencia que, no momento de chegada, boa parte deles tinha suas práticas norteadas pela lógica da educação sanitária, desenvolvida em palestras e reuniões com a finalidade de transmitir informações e conteúdos para a população melhorar seu modo de vida. Educadores e educandos relatam que, nos encontros desse eixo, foi perceptível que muitas práticas estavam ainda enraizadas na perspectiva da educação bancária, “seguindo um padrão muito escolar” (Educadores Minas Gerais, Relatório Final). A passagem pelo segundo eixo levou à tomada de consciência de que nossas práticas revelam uma forma de compreender o mundo, as relações humanas, o trabalho, a educação, o processo saúde-doença e o cuidado.

Nesse eixo, foi a discussão dos princípios da educação popular que possibilitou ampliar os horizontes dos educandos que desenvolveram atividades experimentando uma ação educativa pautada no diálogo, no reconhecimento das culturas locais e dos saberes populares. Deste modo, “essa concepção [bancária] foi se transformando” (Educadores Sergipe, Relatório Final). Houve uma abertura para a compreensão de que a educação popular é um permanente “aprender, um ensinar, a gente aprende e a gente também ensina. [...] cada um dos colegas tem a sua contribuição nesse curso.” (Educandos Sergipe, Grupo Focal);

[...] as Agentes compreenderam que realizar atividades com a participação da comunidade, com o exercício verdadeiro da escuta e do diálogo, possibilitava mudanças, construía confiança e respeito, tornava as pessoas mais autônomas e felizes com o trabalho. (Educadores Piauí, Relatório Final).

Ao abordar o histórico de organização do trabalho dos agentes comunitários e dos agentes de controle de endemias, esse eixo favoreceu uma maior compreensão dos elementos comuns e distintos, que configuram as atribuições desses trabalhadores. Educadores observam que o curso possibilitou a integração entre diferentes trabalhadores, particularmente entre os agentes, e promoveu a compreensão das especificidades do trabalho de cada um e de como o trabalho coletivo é fundamental na atenção básica. O conhecimento da história das profissões ajudou a valorizar a dimensão da escuta e do diálogo, bem como a valorizar o trabalho realizado por eles. “[...] O próprio trabalho é fundamental para fortalecer e mudar a vida das pessoas no seu cotidiano” (Educadoras São Paulo, Relatório Final), “Ajudou a gente a enxergar o outro com um olhar mais atencioso” (Educadores Rio de Janeiro, Diário dos encontros). Essa integração potencializou o trabalho no sentido de se construir um modelo de atenção com base no conhecimento dos territórios.

A discussão sobre “O direito à saúde e a promoção da equidade”, no terceiro eixo, busca identificar as iniquidades nos territórios de trabalho e vida dos participantes e reconhecer as diferentes culturas, especialmente no que diz respeito às dimensões espirituais e expressões artísticas. As atividades de identificar os grupos vulneráveis e narrar situações de iniquidades foram, para muitos, transformadoras, “uma experiência que é difícil expressar em palavras, pois o contato com os indígenas nos fez refletir sobre nossas próprias origens e história da sociedade em que vivemos” (Educadores Rio Grande do Sul, Diário dos Encontros). Educadores de Pernambuco afirmam que “os educandos falam que o debate sobre as diversas culturas proporcionou um novo olhar em sua relação de trabalho e respeito à diversidade, principalmente um maior cuidado na atenção à população negra, do campo, LGBT, indígena” (Educadores Pernambuco, Relatório Final).

Relatos de educadores e educandos resultaram em uma narrativa coletiva de valorização das culturas populares expressas

através de manifestações como a roda de coco, o carimbó, o tambor de crioula, o bumba meu boi, o maracatu, o reisado, o cordel, o jongo, o funk, o samba de roda, a capoeira e os festejos religiosos, que representam “a diversidade e a riqueza cultural que existem como potencializadoras das ações para a saúde nos seus territórios” (Educadores Bahia, Relatório Final).

Um aspecto valorizado foi a espiritualidade, que gerou muitos debates e promoveu, em muitas situações, a quebra de preconceitos e o fortalecimento do respeito às diferentes crenças e religiões. Muitos são os relatos, tanto nos relatórios, quanto nos grupos focais, que consideram rica a abordagem da espiritualidade. Relatam que, mesmo com as tensões e dificuldades de abrir o tema para debate, foi possível mediar os encontros com amorosidade, praticando o respeito à própria diversidade religiosa presente nas turmas. Nesse contexto, surgiram boas reflexões como as de uma educanda de Cuiabá, que relatou: “sou evangélica e, hoje, me dou conta do quanto preciso trabalhar para melhorar minha religião, que, às vezes, aliena. Lendo esse texto, senti o quanto a espiritualidade é mais ampla” (Educanda citada por Educadores Mato Grosso, Diário dos Encontros).

A aprendizagem marcante deste eixo foi “a percepção de quanto os saberes populares colocados em prática podem ajudar na produção do bem viver” (Educadores Ceará, Relatório Final) e de como as iniquidades dizem respeito a um processo histórico de desigualdade social que requer a construção de políticas específicas para as populações vulneráveis para se garantir efetivamente o direito à saúde. Uma educanda do Pará relatou, emocionada, segundo os educadores da turma: “Hoje, depois desse estudo, descobri que sou negra, descobri a minha origem, a minha identidade. A população negra é a maior população do Brasil e é a que tem menos condições de vida, vive em maior precariedade. A cor da pele ainda conta muito” (Diário dos Encontros).

O quarto eixo, “Território, lugar de história e memória”, relaciona as expressões culturais com a história e a memória,

entendidas como elementos constituintes da vida, do trabalho e das lutas populares nos territórios. A experiência de narrar suas histórias de vida em rodas de conversa ou nas tendas dos contos, e de recolher narrativas nos territórios e confrontá-las com a história oficial, possibilitou outro olhar sobre a realidade. Por meio do diálogo e da participação popular, foi possível “quebrar tabus e estabelecer vínculos, onde pôde se enxergar uma pessoa com uma história de vida que explica ser quem ela é e porque ela é assim, e passamos a respeitar ao invés de julgar e condenar” (Educadoras Maranhão, Relatório Final).

A relação entre história e memória “gerou melhor conhecimento da comunidade, suas potências e desafios, possibilitando uma valorização da mesma e uma maior autoestima por ser parte dela” (Educadores Ceará, Relatório Final), “gerou valorização das lutas populares e de pessoas referências na comunidade” (Educadoras São Paulo, Relatório final). Nesse eixo, as turmas visitaram distintos territórios para conhecer suas histórias, e foi possível perceber que prevalece a narrativa da história geral “contada quase sempre pela ótica dos dominadores, ficando a classe trabalhadora, muitas vezes, excluída dos relatos de lutas pelas melhorias das condições econômicas sociais e culturais do seu território” (Educadores Maranhão, Relatório Final).

As visitas aos territórios promoveram momentos de descobertas e de reconhecimento das diferentes culturas, da ancestralidade e das raízes dos povos, do outro e de si como sujeitos históricos, e de que é preciso tomar a cultura como referência para desenvolver um trabalho mais contextualizado na realidade de vida das pessoas. No Rio de Janeiro, educadores refletiram que “ao problematizarmos a dimensão histórica da cultura, fomos levados a resgatar uma vez mais aquilo que ainda se faz presente em nosso território, e também o que foi abolido com o tempo.” (Educadores Rio de Janeiro, Diário dos Encontros).

As narrativas sobre a história das comunidades, sobre os fatos ocorridos nos diferentes tempos políticos que atravessaram as narrativas das pessoas e suas diferentes experiências, ajudou a atualizar as informações sobre a história da cidade, de sua cultura, de sua população, fato que potencializou a atuação da turma em suas comunidades de atuação. Tendo em vista a mobilidade territorial a que estão submetidos os Agentes de Saúde, o diálogo sobre a dimensão histórica presente nas narrativas foi um grande ganho com implicação direta na realização de atividades de forma mais contextualizadas, com maior compreensão dos fenômenos culturais locais e dos comportamentos das pessoas usuárias do SUS. (Educadores Piauí, Relatório Final).

O quinto eixo, “Participação social e participação popular no processo de democratização do Estado”, reflete sobre as estratégias de dominação e resistência entre classes, gênero e etnia, apresenta a educação popular como prática política capaz de fortalecer e ampliar a participação social e popular, e também de construção de estratégias democráticas de comunicação e de ação política. No percurso pelo eixo, educadores e educandos visitaram diferentes territórios como assentamentos do Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST), quilombos, aldeias indígenas, sindicatos, associações, plenárias e audiências em Câmaras Municipais e Conselhos de Saúde, dentre outros.

O contato com esses territórios e espaços e a escuta das histórias de luta pelo direito à saúde despertaram novos olhares a respeito da participação popular em defesa de bens fundamentais à vida como a água, a terra, o alimento e o trabalho. Também despertaram em educadores e educandos “a importância da participação e atuação nos movimentos sociais populares para fortalecer nossas lutas e garantir nossos direitos como trabalhadores e trabalhadoras” (Educadores Ceará, Relatório Final). Uma educanda ressalta que, ao estudar os movimentos sociais, pôde “compreender a significativa

contribuição que tiveram para sociedade, que essa luta está vinculada ao restabelecimento da democracia, e que, através das manifestações sociais, que deu origem ao SUS” (Educanda citada por Educadores Mato Grosso, Relatório Final).

Outra aprendizagem marcante aconteceu por meio da reflexão sobre o poder dos meios de comunicação na produção da verdade, que gerou inquietações importantes para a leitura crítica da realidade a partir da compreensão das relações de poder em jogo na produção de visões de mundo, de ideologias. Com isso, educandos ficaram mais atentos ao que se apresenta como verdade, mais ativos nos processos de mobilização e organização coletiva de luta popular e mais conscientes “dos direitos e deveres dos trabalhadores e da própria comunidade” (Educadoras Minas Gerais, Relatório Final). Além disso, “emergiu nos educandos e educandas a consciência política da necessidade de atuação mais ampla no território para a transformação social” (Educadores Pará, Relatório Final).

Muitas são também as narrativas de maior empoderamento, principalmente feminino. “As mulheres tornaram-se mais seguras e, conseqüentemente, mais independentes” (Educadores Sergipe, Relatório Final). Uma educanda, para não perder o curso, foi incentivada a levar o filho nos encontros, “um filho recém-nascido que ela amamentava e cuidava com a ajuda do pai no local onde nos reuníamos todas as sextas-feiras” (Educadoras Sergipe, Relatório Final). Muitos se sentiram convidados a participar mais dos processos decisórios. “O curso aumentou a coragem de lutar pelos meus direitos”, disse uma educanda citada por Educadoras do Rio de Janeiro no Diário dos Encontros. Houve um

despertar de uma consciência mais crítica, não apenas no sentido de perceber o mundo à nossa volta e os diversos fatores sociais, políticos e econômicos que afetam a saúde de sujeitos e populações, mas um despertar também para o quanto podemos agir a favor de melhores condições de vida (Educadoras São Paulo, Relatório Final).

A trajetória pelo último eixo, “O território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado”, enfatiza a produção histórica e social do processo saúde-doença, identifica e analisa os problemas de saúde na perspectiva dos determinantes sociais, reflete sobre diferentes práticas de cuidado e problematiza a hegemonia da biomedicina, ressaltando a importância da autonomia e da participação dos sujeitos nos modos de cuidado. Na relação com os princípios da educação popular, o cuidado foi ressignificado pela amorosidade e pela possibilidade de diálogo entre trabalhadores e entre trabalhadores e população. Além disso, a valorização das práticas integrativas e populares marcou a compreensão acerca da construção social da saúde. Foi uma experiência que “deixou os educandos com o desejo de aprofundarem nas Práticas Integrativas e Complementares” (Educadoras Minas Gerais, Relatório Final) e que abriu “infinitas possibilidades de cuidados, com custo baixo e de fácil utilização” (Educadores Sergipe, Relatório Final).

O conhecimento das práticas populares de cuidado nos territórios recuperou saberes de rezadeiras, benzedeiros e parteiras, estabelecendo um “diálogo entre a tradição e a renovação das práticas de saúde da cultura popular” (Educadoras Bahia, Relatório Final). A passagem pelo último eixo ampliou a percepção dos determinantes sociais do processo saúde-doença, mas, acima de tudo, tornou possível a valorização de outras práticas de cuidado e da autonomia das pessoas sobre suas escolhas.

O processo de construção das mostras das experiências do curso reviveu as aprendizagens mais significativas, aquelas que tocaram a epiderme dos participantes, que acendeu “uma nova chama, uma motivação maior” (Educadoras Maranhão, Relatório Final). As mostras foram o momento de “culminância do aprendizado, com muita alegria e partilha de conhecimentos. Educandos estavam felizes e bastante envolvidos nas atividades desenvolvidas” (Educadores Ceará, Diário dos Encontros).

De tudo o que se apresentou, merece destaque o modo como a educação popular gera uma disposição por parte de educadores e educandos de reverem suas concepções, práticas e modos de trabalho, buscando um maior reconhecimento e respeito aos saberes populares. Muitos educadores consideram que a grandeza da experiência foi perceber a transformação de todos:

Desde a postura física (colocação corporal), tom de voz, a capacidade de enfrentamento, o olhar... tudo foi se transformando. A atitude passou a ser combativa, questionadora. Corpos, antes estáticos em cadeiras, passaram a dançar, a declamar poemas e também a rever suas trajetórias existências. (Educadoras Minas Gerais, Relatório Final).

As narrativas sobre as transformações recaem, em diversos momentos, sobre os aspectos subjetivos, de reconstituição dos sujeitos participantes do curso. Educadores e educandos perceberam a superação da timidez e da insegurança, concomitante a um aumento da autoestima, em função do reconhecimento deles como sujeitos cheios de história e trabalhadores fundamentais para a saúde pública. Para muitos, o curso foi uma experiência libertadora. Educandos sentiram-se “livres para falar o que pensavam e expor os seus sentimentos” (Educadores Rio de Janeiro, Relatório Final). A experiência da partilha aumentou o respeito entre os participantes, as diferenças trouxeram crescimento, a convivência possibilitou a construção de vínculos e a amorosidade, o diálogo e a escuta passaram a ser elementos fundamentais nas relações humanas. A educação popular transforma as ideias, as práticas, e também o corpo e os sentimentos, possibilita um “aprendizado para a vida, no sentido de olhar para o outro e para si, não de forma agressiva ou criticista, mas acolhedora.” (Educadoras Rio de Janeiro, Relatório Final).

A força do afeto e da construção de vínculos são elementos destacados pelos educandos ao vivenciarem essas relações durante o processo do curso. Muitos se revelaram agradavelmente surpresos

com a construção de relações de amizade e solidariedade, ao contrário da expectativa inicial de encontrar apenas mais um curso formal, e de como estes vínculos contribuíram para o aprendizado e para novas formas de ver e respeitar o outro em sua diversidade. “Até a minha esposa percebeu minha diferença na relação com ela e com os filhos, procuro dialogar mais.” (Educando citado pelos Educadores Pará, Diário dos Encontros). O curso “nos deu autonomia, nos deu voz, nos deu liberdade de expressão, deu força para a gente lutar e brigar pelos nossos direitos” (Educandos Sergipe, Grupo Focal).

As mudanças são atribuídas ao método da educação popular que possibilita a troca, a construção de vínculos e laços de confiança, “uma aprendizagem de construção horizontal e costurada semanalmente com as dificuldades e com as discussões de conceitos, de histórias e de caminhos possíveis” (Educadores Minas Gerais, Relatório Final). Uma experiência que reafirma “que o melhor recurso tecnológico que podemos dispor para o enfrentamento do cotidiano profissional é o próprio ser humano e sua disponibilidade para reinventar-se sozinho e em grupo como potente alavanca da reconstrução das realidades” (Educadores Ceará, Relatório Final).

BREVE CONSIDERAÇÃO FINAL: É PRECISO REAFIRMAR A PEDAGOGIA FREIRIANA

A experiência do EdpopSUS 2, o maior projeto de formação de trabalhadores da saúde em educação popular que já aconteceu no país, é e será fonte de muitas mudanças, aprimoramentos e melhorias no campo da atenção em saúde, principalmente na atenção básica. O reconhecimento e a valorização dos saberes de agentes comunitários de saúde, de agentes de vigilância, de representantes de movimentos sociais e lideranças locais, tiveram como consequência o aumento da autoestima e da vontade de participação no processo de transformação do trabalho, das relações em equipe, das formas de cuidado, das práticas educativas, bem como das condições de vida nos territórios. A

potência do Edpopsus reafirma a importância da pedagogia freiriana em processos formativos de trabalhadores de saúde e movimentos sociais.

O processo de sistematização possibilitou uma reflexão e uma elaboração sobre a própria caminhada, promoveu uma leitura do mundo e a construção de narrativas, sobre as experiências prévias e as vivenciadas no curso, que possibilitaram uma maior compreensão, por parte dos participantes, do outro e de si como sujeitos repletos de saber. O diálogo, a problematização e a partilha são estratégias educativas fundamentais para o processo de ressignificação dos sujeitos e de emancipação humana, que passa, sobretudo, pela disposição de transformar o mundo. Como diz Paulo Freire (1979), não há educação popular sem transformação da realidade e do mundo vivido.

Em outras palavras, a reconstrução subjetiva, narrada por educadores e educandos, a partir da experiência formativa, pode ser entendida como um caminho para o “ser mais”, a vocação ontológica do ser humano, que se torna possível pelo diálogo e pela reflexão do homem face à realidade. Isso resulta em um processo de conscientização; e, na medida em que o homem consciente conhece, “tende a se comprometer com a própria realidade” para a sua transformação (FREIRE, 1979, p. 16). Assim, a educação popular potencializa nos trabalhadores e movimentos sociais o compromisso com a construção do mundo, afinal “como um ser da práxis, o homem, ao responder aos desafios que partem do mundo, cria seu mundo” (FREIRE, 1979, p. 25).

Por fim, podemos afirmar, como Paulo Freire, que a experiência formativa se faz e acontece nas relações humanas - é um processo de mediação do homem com o mundo -, e as mudanças na forma de perceber o mundo se dão pela problematização da realidade, “no entrelaço de suas contradições” (FREIRE, 1979, p. 33) e “é experimentando-nos no mundo que nos fazemos” (FREIRE, 2001, p. 40). O processo de sistematização e construção de narrativas

possibilita um exercício hermenêutico de resignificação das coisas e de si, desperta novas subjetividades, novos modos de pensar e de se posicionar no trabalho e na vida comunitária e familiar. Com isso, afirmamos que os saberes da experiência não são áridos, pois passam pelos sentidos, pelo corpo, e transformam os afetos. Os saberes da experiência são, de fato, epidérmicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENJAMIN, Walter. *Magia e Técnica, Arte e Política*: ensaios sobre literatura e história da cultura. Obras Escolhidas, Vol. 1. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.

BORNSTEIN, Vera *et al* (org.). *Guia do curso de aperfeiçoamento de educação popular em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *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, Brasília, n. 255, seção 1, p. 62-63, 20 nov. 2013. Disponível em: [http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/3.b\)%20Pol%C3%ADtica%20Final_21.05.2013.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/3.b)%20Pol%C3%ADtica%20Final_21.05.2013.pdf). Acesso em: janeiro de 2019.

COSTA, Maria Eugênia Belczak. Grupo Focal. In: DUARTE, José e BARROS, Antônio. *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. São Paulo: Atlas,

2009.

FALKEMBACH, Elsa Maria Fonseca. Sistematização. *Caderno 1 da série Educação Popular*. Ijuí, RS: Unijuí, 1991. (Educação Popular, I).

FREIRE, Paulo. *Educação e Mudança*. 12ª Edição. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1979.

_____. *Ação cultural para a liberdade*. 5ª. Ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. *Política e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

FRANZI, Juliana. Experiência e educação: contribuições de Paulo Freire para a educação de pessoas jovens e adultas. 2007. 207 f. *Dissertação*. (Mestrado em Educação e Ciências Humanas) - Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2007.

JARA, Oscar H. *Sistematização de experiências, prática e teoria*: para outros mundos possíveis. Brasília, DF: Cotag, 1a. Edição, 2012.

LARROSA BONDÍA, J. Nota sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev. Brasileira de Educação*, nº19, fev-abr, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Acesso em janeiro de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

NESPOLI, G. et al. *Saberes da experiência*: sistematização do curso de aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

TENDA PAULO FREIRE: ESPAÇO DE RESISTÊNCIA E FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO POPULAR NA SAÚDE COLETIVA

Luanda de Oliveira Lima⁴³

César Augusto Paro⁴⁴

Cassiana Rodrigues Alves Silva⁴⁵

Grasiele Nespoli⁴⁶

A ABRASCO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

A saúde coletiva tem se configurado como um campo de saberes e práticas que busca compreender e transformar as práticas de saúde a partir dos valores da democracia, solidariedade e justiça social. Foi nos anos de 1970, no contexto de luta pela redemocratização do país e de universalização do direito à saúde, que ela emergiu como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica (NUNES, 1994), e passou a orientar a construção do sistema de saúde brasileiro.

-
- 43 Doutora em Saúde Coletiva no Instituto Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz, Mestra em Sociologia e Antropologia pelo PPGSA/UFRJ. Integrante do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO. Educadora Popular em Saúde envolvida na construção da Tenda Paulo Freire do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2018).
- 44 Doutor em Saúde Coletiva pela UFRJ, com período sanduíche na Seção de Saúde Global da Universidade de Copenhagen. Integrante do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO. Educadora Popular em Saúde envolvida na construção da Tenda Paulo Freire do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2018).
- 45 Doutoranda em Saúde Coletiva-IMS/UERJ (2019-2023), mestre em Antropologia Social e educadora popular. Educadora Popular em Saúde envolvida na construção da Tenda Paulo Freire do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2018).
- 46 Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), especialista em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), especialista em Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz), mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e doutora em Educação em Ciências e Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES/UFRJ). Pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Integrante do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO.

Vale lembrar que, naquele momento histórico, no quadro das organizações, encontros e debates internacionais, a saúde passava a ser compreendida em suas relações com o desenvolvimento social e econômico e a ser afirmada como um direito de cidadania, portanto, de responsabilidade do poder público. Iniciou-se um processo de renovação das bases conceituais de organização dos sistemas de saúde em direção ao fortalecimento da atenção primária, privilegiada como estratégia fundamental para reforma do setor; principalmente, nos países de industrialização tardia, caracterizados pela alta desigualdade social, conforme debatido em Alma-Ata, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978.

No Brasil, a década de 1970 foi decisiva no rumo tomado pelo setor saúde nos anos que se seguiram. A crise econômica mundial levou o país a um período de instabilidade e incertezas, elucidando, por sua vez, a incapacidade do aparelho público de interferir na ampla rede de serviços de saúde criada durante o período desenvolvimentista e fundada no modelo médico-assistencial-privatista. Diante desse cenário, estudantes e trabalhadores acirraram as discussões acerca das políticas sociais, colocando em xeque os valores e a forma de governo imposta pelos militares. A força gerada entre os profissionais de saúde – oriundos do movimento da medicina preventiva e social, medicina comunitária e da saúde pública – a favor da superação dos impasses epistemológicos, ideológicos, políticos e institucionais do setor, desencadeou o movimento pela reforma sanitária.

Resultante de um profundo questionamento dos pressupostos positivistas da tradicional saúde pública, que se mostravam insuficientes na construção de resposta aos problemas de saúde da população brasileira, a saúde coletiva representa a criação de um novo modo de entender e intervir sobre os problemas de saúde com base em sua determinação social, e também uma forma de pensar as práticas e saberes a partir de suas implicações éticas e de seu compromisso com a reconstrução político-social do país. Esse é o espírito que precisamos recuperar e que a Tenda Paulo Freire, conforme será desenvolvido adiante, ampara.

Joel Birman (2005) lembra que a saúde pública e a saúde coletiva são campos com origens históricas e semânticas diferentes. Enquanto o campo da saúde pública “se constituiu com a medicina moderna no final do século XVIII, como polícia médica e com a medicina social, marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades” (p. 11), o campo da saúde coletiva “se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina” (p. 12). A saúde coletiva trouxe em seu bojo um pensamento crítico que busca romper a hegemonia da medicina previdenciária e privatista, de cunho assistencialista e individual, e das práticas produtoras de controle, vigilância, disciplina, dominação e medicalização do espaço urbano e das relações humanas (COSTA, 1999).

O termo saúde coletiva emergiu como uma denominação prospectiva do campo como uma nova visão sobre o processo saúde-doença, capaz de contornar os velhos dilemas das práticas normativas de prevenção e higiene. Ele representa a incorporação da dimensão social ao pensamento sanitário e uma possibilidade de transformação da saúde em seus domínios epistemológicos, políticos e institucionais. Sua origem possui dois grandes marcos institucionais. O primeiro é a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), considerado uma “escola de formação de quadros políticos” (LEVCOVITZ, 1997), visto que era um espaço de discussão e construção de contrapropostas, divulgadas pela Revista Saúde em Debate, uma linha editorial crítica que produziu importantes textos para o movimento de reforma. Via CEBES, a saúde coletiva estruturou novas diretrizes para a organização do modelo de atenção, visando à construção de uma rede unificada e descentralizada de serviços, a partir da integração dos programas e ações de saúde. O segundo marco é a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)⁴⁷ em 1979, quando logrou-se alcançar

47 Atualmente, denomina-se Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

um nível institucional mais consistente para este campo, fundado na interdisciplinaridade inerente ao campo. Sua composição englobou os estudos da epidemiologia, da política, planejamento e administração em saúde e das ciências sociais e humanas em saúde.

A ABRASCO tem importância no processo de legitimação do campo científico da saúde coletiva e de reformulação do aparelho formador. Realizou várias reuniões, seminários e encontros entre docentes, profissionais e instituições de saúde, criando condições para o debate em torno da reforma setorial e para a consolidação da saúde coletiva como um campo científico, composto por regras e normas institucionais, sociais, financeiras e tecnológicas. Com isso, a saúde coletiva ganhou *status* científico, entrou no processo de produção e engendrou uma rede de instituições, saberes e informações, envolvida com o processo político de reconstrução do sistema de saúde e da ordem social em uma perspectiva democrática.

Com o objetivo de produzir um intercâmbio entre as instituições, docentes, profissionais e serviços de saúde, a ABRASCO realizou vários fóruns, encontros, reuniões e congressos ao longo de seus 40 anos de trabalho. O I Congresso da Abrasco ocorreu junto ao II Congresso Paulista de Saúde Pública, em 1983, e apresentou “como tema central de discussão a Política Nacional de Saúde, abordada com foco em quatro temas básicos: Política de Assistência Médica, Política de Saneamento, Política de Recursos Humanos e Participação Popular em Saúde” (BELISÁRIO, 2006. p. 48). Com o desenrolar desse evento, ficou visível a necessidade de organizar um espaço de debate e divulgação dos trabalhos próprios da saúde coletiva, que pudesse realmente incluir toda a produção nacional. Nesse momento, surgiu a proposta de realização dos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, conhecidos também por ABRASCÃO, na perspectiva de fortalecer a dialética entre produção de conhecimento e luta política⁴⁸. Uma breve passagem pelos temas

48 Para além do ABRASCÃO, vale ressaltar que, tradicionalmente, as três Comissões da ABRASCO também têm produzido regularmente congressos de suas áreas em específicos, os ditos ABRASQUINHOS, como o Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde e o Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

centrais dos Congressos mostra a relação dos desafios da saúde com a conjuntura histórica e política.

Quadro 1 - Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva

Edição	Tema	Ano	Local
1º	Reforma sanitária e constituinte - garantia do direito universal à saúde	1986	Rio de Janeiro
2º	Sistema Único de Saúde (SUS) - conquista da sociedade	1989	São Paulo
3º	Saúde como direito à vida	1992	Porto Alegre
4º	O feito por fazer	1994	Olinda
5º	Saúde: responsabilidade do Estado contemporâneo	1997	Águas de Lindoia
6º	Sujeito na saúde coletiva	2000	Salvador
7º	Saúde, justiça e cidadania	2003	Brasília
8º	Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas	2006	Rio de Janeiro
9º	Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde	2009	Olinda
10º	Saúde é Desenvolvimento: Ciência para a Cidadania	2012	Porto Alegre
11º	Saúde: desafio da construção do sistema universal	2015	Goiânia
12º	Fortalecer o SUS, os direitos e a democracia	2018	Rio de Janeiro

Fonte: Site da Abrasco - Sistematizada pelos autores.

A partir do Quadro 1, queremos mostrar como os Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva figuram importantes espaços de diálogo, difusão científica e construção de diretrizes e fundamentos para as políticas públicas de saúde. Como um campo interdisciplinar e de disputa epistemológica e política, a saúde coletiva é porosa a uma diversidade de posições e concepções, dentre elas a Educação Popular que, aliada ao movimento de reforma sanitária e às concepções de saúde, tem promovido o debate com a sociedade, por meio de métodos participativos e democráticos que ampliam a ação política de sujeitos envolvidos com o SUS, sejam trabalhadores, gestores ou usuários.

No âmbito dos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, a Tenda Paulo Freire promove espaços de reconhecimento dos saberes populares de saúde e de diálogo com os movimentos sociais:

As Tendias têm se configurado em espaços livres, democráticos, solidários e integradores de práticas e saberes, incluindo, nos eventos acadêmicos, as vozes dos movimento populares locais, construindo outras formas de entender as determinações da saúde no sentido mais amplo possível, além de desencadear e transversalizar outros movimentos (Bonetti; Pedrosa; Siqueira, 2011, p. 404).

Há diferentes versões sobre a momento exato de início de desenvolvimento da Tenda Paulo Freire. Cruz e Vasconcelos (2017) apontam que se trata de uma experiência pioneira promovida pelos coletivos do Movimento Nacional de Educação Popular em Saúde em diversos eventos da saúde coletiva desde o início dos anos 2000. Já Maranhão et al (2014) descrevem que esta forma de participação por meio da realização de tendas se iniciou no Espaço de Saúde e Cultura Ernesto Che Guevara, conhecido como “Espaço Ché”, no V Acampamento Intercontinental da Juventude do Fórum Social Mundial, em 2005, na cidade de Porto Alegre-RS, que, posteriormente, serviria de inspiração para a criação da Tenda Paulo Freire.

Para além dos Congressos da ABRASCO, a Tenda também tem sido promovida em vários eventos, como o Fórum Social Mundial (MARANHÃO et al, 2014), Fórum Social da Educação Popular (CARVALHO-MORRIS, 2016), Fórum de Educação Popular (CRUZ, 2013), Conferência Nacional de Saúde (LOIOLA, 2015), Congressos do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011), Mostras organizadas pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), Congresso Internacional da Rede Unida (MARTINO, 2017), Congresso Brasileiro de Extensão Universitária (CRUZ; VASCONCELOS, 2017), Congresso Paulista de Saúde Pública (MARQUES, 2017), Congresso Brasileiro de Enfermagem (OLIVEIRA; ALVES, 2013), entre outros. Também tem sido desenvolvida em diversas outras experiências locais ou regionais, desde serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009; PRADO; SALES; NOIMIYAMA, 2015), integração ensino-serviço-comunidade (QUEIROZ et al, 2018), até projetos governamentais com vistas ao fortalecimento da gestão democrática e participativa (ARAÚJO, 2014). Tem inspirado, inclusive, a criação de outras tendas, como a Tenda Josué de Castro (RAMOS; MATIELO; MACHADO, 2013) e a Tenda de Afeto Popular (MENESES et al, 2015).

A sua construção é fruto da construção compartilhada de diversos atores de coletivos de educação popular em saúde (EPS), sendo guiada pelo princípio da inclusão de novos atores e movimentos. Dentre alguns dos movimentos que tradicionalmente vêm dando apoio na sua articulação, estão: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP), Articulação Nacional de Extensão Popular em Saúde (ANEPOP), Movimento Popular de Saúde (MOPS), Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra (MST), Movimento das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), Central de Movimentos Populares (CMP) e o próprio Grupo Temático de Educação Popular em Saúde da ABRASCO (REDEPOP, 2011).

Este relato de experiência tem como objetivo refletir sobre o papel da Tenda Paulo Freire como espaço de diálogo entre os movimentos sociais e a Abrasco, partindo da vivência dos autores na construção deste espaço no 12º ABRASCÃO.

A TENDA PAULO FREIRE NO 12º ABRASCÃO

A Tenda Paulo Freire, no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, foi uma construção coletiva do Grupo Temático de Educação Popular em Saúde da ABRASCO com diversos outros coletivos de EPS, movimentos sociais e outros coletivos que atuam no campo da saúde: ANEPS-RJ, ANEPS Nacional, Casa de Direitos da Baixada (CBD), Comissão Intersectorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CIPPSPICS-CNS), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-FIOCRUZ), Frente Popular de Saúde de Niterói/RJ, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Grupo de Estudos em Teatro do Oprimido (GESTO), Grupo Pela Vidda (GPV), Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde (NCCS), Programa Integrado Pesquisa-Assistência da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PIPA/EEAN/UFRJ), Programa de Extensão Saberes e Práticas Criativas e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - PROCRIAR/ENFER/UERJ, Rede de Direitos Humanos e Saúde da Baixada, REDEPOP, Rede Nacional de Religiões Afrobrasileiras e Saúde - RenAfro, Rede Nacional de Pessoas Positivas – Núcleo Rio de Janeiro - RNP+ Carioca e Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (Asfoc-SN). Também se somaram à organização outros dois Grupos Temáticos da ABRASCO, o de Saúde do Trabalhador e o de Racismo e Saúde. A tímida participação dos Grupos de Trabalho na organização da Tenda (somente três dos dezenove existentes) revela ainda a marginalidade deste importante espaço do congresso, que poderia ser potencializado com a articulação dos outros grupos temáticos.

Para a viabilização do espaço, contando com infraestrutura, programação e entrada dos participantes, foi importante estabelecer diálogo entre a comissão organizadora da tenda e a comissão organizadora local e subcomissões de mobilização e cultura do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. A participação da comissão organizadora da tenda nas reuniões de organização local do evento trouxeram tensionamentos derivados das próprias necessidades inerentes à composição de um espaço plural, democrático e popular, como o que se pretende na tenda. Confrontos derivados de horizontes éticos e políticos díspares e, por vezes, antagônicos, fizeram com que muitos de nossos anseios não pudessem ser concretizados no sentido de maior democratização do evento como um todo. Nesse sentido, por vezes, o planejamento dividia o “público da tenda” *versus* o “público do congresso”, entre os sujeitos que receberam a isenção *versus* os sujeitos que pagaram as inscrições.

A Tenda Paulo Freire vem ganhando espaço ao longo dos últimos 12 anos por se constituir como um espaço aberto de diálogo entre a academia, os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, os profissionais de saúde de nível superior e médio e os usuários. Nessa edição do congresso, tivemos a participação de conselheiros de saúde (das três esferas de gestão e de diferentes estados e municípios), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Vigilância em Saúde (AVS), ex-educandos do Curso Técnico de ACS (CTACS) da EPSJV/FIOCRUZ e do Curso de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), participantes de movimentos sociais de Manguinhos⁴⁹, membros do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) de Manguinhos, representantes da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e militantes vinculados ao Movimento de Pequenos Agricultores, Antimanicomial, Feminista, Negro e LGBTQI+, dentre outros atores.

Como em outras edições, no ano de 2018, a tenda contou com rodas de conversa e atividades culturais, abordando temas do cenário atual, pensando no espaço ocupado pelo movimento de EPS e sua

49 Bairro da Zona Norte do Município do Rio de Janeiro que tem um dos piores IDH da cidade, em que está localizado o campus da FIOCRUZ e onde o ABRASCÃO foi realizado.

articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), sua ampliação e permanência, bem como vivência de experiências e práticas diversas de saúde, desde as experiências formativas até os cuidados populares tradicionais. Os coletivos engajados na construção da tenda colocaram suas pautas, definindo as temáticas das rodas de conversa. O formato singular da tenda é um diferencial no congresso para garantir a participação coletiva e horizontal de todos os participantes.

A roda de conversa é uma possibilidade metodológica para uma comunicação dinâmica entre atores diversos, atuando na construção compartilhada do conhecimento, por meio de trocas dialógicas sobre saberes, experiências, crenças e práticas dos participantes. O investimento, nesse modo, de organizar as discussões se dá pelo potencial que tem para engendrar relações horizontais entre os sujeitos:

A roda de conversa é uma proposta calcada na metodologia Freiriana de educação social afinada à educação para a saúde. A roda de conversa apresenta uma proposta de construção e reconstrução da realidade, por meio do ato educativo reflexivo, que acontece tanto por meio da fala e da escuta, quanto por meio da discussão e da participação (SOUZA; CADETE, 2017, s/p).

As rodas de conversa possibilitaram e fomentaram o diálogo entre diferentes saberes, enfocando conhecimentos e práticas populares e científicas no enfrentamento de problemas sociais e de saúde. Ademais, outras estratégias metodológicas também foram utilizadas, como cirandas, jogos interativos, vídeos, danças, místicas e performances teatrais.

Ao longo das atividades, foi possível debater questões vinculadas ao direito à saúde, ao SUS, à saúde do trabalhador, às práticas integrativas e complementares, possibilitando pensar na saúde para além do binômio saúde-doença. Outro tema que deu tônica às discussões foi a equidade, onde a saúde da população negra,

indígena, LGBTQI+ e dos povos do campo e da floresta estiveram em debate e permitiram a interlocução entre saúde e justiça social na tenda. A relação determinante entre violência e saúde foi igualmente abordada, onde temas como a intolerância religiosa, o racismo, a LGTBfobia e a realidade dos moradores da favela e seu convívio cotidiano com a violência armada deram o caráter a discussão. Também foram compartilhadas experiências e práticas no campo da Educação Popular, como o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde - EdPopSUS, e levantaram-se discussões sobre como fortalecer o movimento de Educação Popular em Saúde, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS - PNEPS-SUS e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICS.⁵⁰

Em todos os dias do congresso, buscamos integrar a arte e a cultura com os debates nas rodas de conversa, visto que, no entendimento do movimento de EPS, esses elementos têm um papel substancial no processo de cuidado. Portanto, essas atividades tinham como função, além de trazer o lúdico como elemento terapêutico, disparar questões sobre as discussões que aconteceriam em seguida. Dentre as apresentações, a tenda contou com show de Drag Queens, espetáculos teatrais sobre saúde e apresentações de dança, como o carimbó.

Junto à Tenda, articulou-se também o Espaço de Cuidados, que buscou ofertar práticas tradicionais e populares de cuidado para todo o público do congresso, como Auriculoterapia, Reiki, Acupuntura, Floral, Farmácia Viva e Meditação. Trata-se de mais um dos elementos que, por meio de uma perspectiva humanizadora, respeita a integralidade em saúde e mantém diálogo com a saúde dos povos, com respostas para além do modelo biomédico.

O reconhecimento de figuras icônicas para o movimento de Educação Popular em Saúde deu-se através de homenagens a alguns

50 Para mais informações sobre a Tenda, acesse a programação completa em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/tenda-paulo-freire-no-abrasco-2018/35119/>

companheiros, dentre eles: o próprio Paulo Freire, que dá nome a esse espaço, inspirado por sua obra e vida; Victor Valla, professor e historiador da Escola Nacional de Saúde Pública; Tereza Ramos, presidente da Confederação Nacional dos ACS (CONACS), figura importante na luta dos ACS; Pai José Marmo, fundador da RenAfro, importante ator na valorização dos saberes popular.

No último dia de evento, foi realizada uma plenária do movimento de educação popular em saúde, visando discutir caminhos, possibilidades e potencialidades do movimento. Isso reforça o papel da Tenda enquanto um espaço de articulação entre os distintos atores, que busca estabelecer encaminhamentos de ações concretas e continuadas. As propostas que surgiram apontavam para a possibilidade de ampliar a rede de coletivos pautados pela educação popular em saúde, a fim de potencializar/congregar novos atores e novos lugares. Também foi indicada a possibilidade da realização de encontros regionais ao longo de 2019, como etapa preparatória para o VI Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde (ENEPS) em 2020. Por fim, a articulação dos movimentos de educação popular em saúde emergiu enquanto tema, sendo pautada a possibilidade de se aglutinar novos movimentos e novas práticas, valorizando as redes sociais e novos espaços de integração, principalmente utilizando mídias sociais.

A Carta do Rio, documento final produzido pela organização do encontro, sintetizou que:

“O Congresso, que reuniu mais de 8000 pessoas – pesquisadores, professores, estudantes de graduação e pós-graduação, gestores, profissionais de saúde, conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais e membros da comunidade – representou um evento de intenso intercâmbio acadêmico, de reflexão sobre as práticas em saúde e de mobilização política em torno dos valores defendidos pela comunidade da Saúde Coletiva e os diferentes grupos atuantes na luta pelo direito à saúde.”

Apesar de congregar esta diversidade de atores com diferentes inserções na luta pelo direito à saúde, problematizamos aqui sobre a profundidade deste “intenso intercâmbio”, principalmente em relação aos sentidos que este carrega. Neste sentido, qual o lugar do saber popular na produção científica e tecnológica na saúde coletiva?

POR UMA ABRASCO MAIS PARTICIPATIVA: DO ABRAÇO AO FAVELA OCUPA

*“A favela não pode continuar do outro lado da academia”
Favela Ocupa ABRASCÃO*

A dimensão da participação popular tem sido cada vez mais vocalizada e problematizada nos congressos da ABRASCO, com a Tenda Paulo Freire tendo um papel importante neste processo. Durante o 8º ABRASCÃO - primeira edição do congresso a contar com a Tenda Paulo Freire -, em 2006, a Tenda foi um espaço de encontro e reflexão coletiva entre diversos participantes, que, sistematicamente, se reuniram ao longo do congresso para refletir sobre o próprio evento. Cotejou-se o tema do evento, “Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas”, com a sua própria estruturação a partir de uma perspectiva crítica, pautando o papel do congresso na manutenção do modelo hegemônico de organização da ciência e das tecnologias, o que levou à produção da “Carta dos militantes de movimentos populares, estudantis e profissionais insatisfeitos com a organização do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva” (Anexo 1). Esta foi lida durante a plenária final do encontro, enquanto os participantes “abraçavam” o espaço, com uma grande roda na sala em que esta ocorria. O referido movimento intitulou-se “Abraço à ABRASCO” (WIMMER; BÚRIGO; LIMA, 2007)51.

51 Os registros da história do “Abraço à ABRASCO” são escassos, e, inclusive, ausente da história oficial contada por Belisário (2015). Um vídeo produzido durante o ABRASQUINHO resgata alguns aspectos do movimento e seus desdobramentos: <https://www.youtube.com/watch?v=E5TFnNquPj8>.

Como aconteceu 12 anos antes, no ABRASCÃO de 2018, os movimentos sociais buscaram firmar sua posição e demandaram mais espaço dentro das atividades da Associação. Os participantes da Tenda Paulo Freire somaram-se ao ato “ocupa Abrascão” durante a plenária final, que foi organizado em plenárias do Movimento de Reforma Sanitária. Esse momento trouxe a experiência e a memória do “Abraço à Abrasco”.

Outro exemplo de articulação foi o ato “Favela Ocupa ABRASCÃO”, organizado por moradores e trabalhadores da favela de Manguinhos, incomodados com a ausência de representantes da comunidade e de trabalhadores, que contou com uma roda de conversa que se debruçou sobre as dinâmicas de saúde e doença na favela, bem como sobre as diferentes manifestações da violência nesses território e seu impacto na saúde dos moradores. Na atividade, foi discutido o Manifesto “A Favela ocupa o Abrascão”⁵², que apresenta propostas para o enfrentamento das questões de saúde na favela.

Os moradores das favelas da Maré e de Manguinhos, que estão no entorno do campus da Fiocruz, também participaram de outras formas do congresso, embora em quantidade reduzida, como citado por Patrícia Evangelista, que participou da mesa de abertura do congresso em homenagem à Marielle Franco, moradora de Manguinhos, militante e sócia-fundadora da Organização Mulheres de Atitude, em entrevista⁵³ ao *Fala Manguinhos!*⁵⁴:

A participação de moradores de Manguinhos nas atividades do ABRASCÃO foi restrita à participação de oito pessoas inscritas pelo Conselho Gestor Intersectorial

52 O Manifesto está disponível na íntegra em <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/evento%20ocupacao.pdf>

53 Para visualizar a entrevista de Patrícia Evangelista na íntegra, acesse: <https://racismoambiental.net.br/2018/08/12/abrascao-em-manguinhos-parte-2-a-favela-ocupa-os-espacos-academicos/>

54 Fala Manguinhos! é um coletivo de comunicação e mídia composto por moradores do Complexo de Manguinhos. O coletivo possui um site, uma fanpage no Facebook® e um jornal impresso com o mesmo nome. Durante o congresso, o coletivo realizou em sua página a cobertura do evento, transmitindo vídeos ao vivo, como forma de popularizar o debate. Para mais informações, acesse: <http://www.falamanguinhos.com.br/>

de Manguinhos que atuaram na condição de público desse evento, além de três ou quatro moradores que foram convidados a participarem de mesas no evento.⁵⁵

Ainda de acordo com Patrícia, “não é possível produzir justiça, direitos e, em especial, saúde nas favelas sem uma participação efetiva de quem vive nesses lugares”, o que nos leva a refletir sobre a importância da presença de interlocutores diversos no debate sobre políticas públicas de saúde e na construção das mesmas, visto que moradores de favelas, educadores populares, trabalhadores de nível médio, usuários e movimentos sociais têm muito a dizer e contribuir nesse tema.

A exclusão ocorreu também dentro do espaço do congresso. Ainda em seus compromissos de luta, a Carta do Rio afirma que:

2 - A defesa de uma sociedade democrática, justa, respeitosa da diversidade, solidária e orientada pela igualdade, com estratégias de promoção da equidade social, cultural, territorial, de gênero, de etnia e o combate a todas as formas de violência, intolerância, discriminação, racismo, homofobia, segregação e exclusão.

Contudo, ainda é preciso avançar largos passos para, de fato, construir um espaço verdadeiramente democrático, pois ainda reproduzem, mesmo que indiretamente, tais violências. Durante o congresso, pessoas - geralmente negras e LGBTQs - foram interpeladas quando se dirigiam a toaletes e outros espaço. Alguns “visitantes”⁵⁶ também relataram que a segurança do congresso tomou atitudes

55 Embora apresente uma crítica ao congresso com relação à participação de moradores no evento, a entrevista foi replicada no site da associação: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/abrascao-em-manguinhos-favela-ocupa-os-espacos-academicos/36238/>

56 Visitantes foi a categoria criada pela organização do congresso para designar os participantes que não haviam pago a taxa de inscrição do congresso e nem recebido a isenção oficial, concedida a poucos.

para restringir o acesso às tendas. O show de Drags⁵⁷ teve um final frustrante, após suas componentes e acompanhantes do cortejo serem impedidas de entrar no espaço da Tenda Marielle Franco.⁵⁸

Ocorrências essas que nos fazem acreditar que a estrutura deve ser planejada levando em consideração as especificidades do público participante do evento, seu caráter arte-cultural e de movimento.

Em grande parte, a exclusão dos atores citados é resultado das altas taxas de inscrição obrigatória cobradas pelo congresso, principal fonte de financiamento do evento⁵⁹, dado que, nessa última edição, o evento não contou com apoio financeiro do Ministério da Saúde. Tal cenário gerou uma grande mobilização entre diversas instituições e atores do campo da saúde coletiva, como a Fundação Oswaldo Cruz, que sediou o encontro.

No entanto, a redução das altas taxas de inscrição são uma demanda antiga dos coletivos que atuam na construção do congresso, como podemos observar no manifesto “Abraço à Abrasco”:

O alto preço da inscrição e o menosprezo aos trabalhos selecionados, configurado na falta de espaço para seus debates, foram limitadores no processo de construção de um saber necessário a Reforma Sanitária Brasileira.

O Manifesto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira também apresenta a elitização das discussões como outro reflexo da exclusão de atores sociais em função do alto valor da taxa de inscrição:

Repudiamos a contínua caracterização deste Congresso a partir de bases academicistas excludentes e elitistas, o que se expressa por meio do alto valor de suas

57 Drag queens - Transformistas cujos personagens são criados por artistas performáticos que se travestem, fantasiando-se cômica ou exageradamente com o intuito geralmente profissional artístico.

58 Como apresentado no Ofício s/nº do Grupo Pela Vidda, anexo II desse texto.

59 Como afirma Gastão Wagner, então presidente da Abrasco, em entrevista. Disponível em https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/gastao_abrascao_col_seis_meses/32997/

inscrições, dos altos custos para permanência na cidade e no campus, bloqueio de acesso diário aos espaços do congresso, com o requinte de perversidade de que sua execução fosse por meio de monitores e seguranças que também estavam impedidos de participar deste espaço. Como também pela falta de representatividade em todas as suas atividades (MANIFESTO DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA).⁶⁰

Dessa forma, a desvalorização dos saberes “não-científicos” firma-se como outra crítica ao congresso, como representado na fala de Patrícia, moradora e militante em Manguinhos:

Essa falta de participação coletiva da favela de Manguinhos na construção de atividades desse evento nos mostra que o conhecimento e o saber popular ainda não são valorizados.

Essa análise já estava presente em 2006, de acordo com o Manifesto do Abraço à Abrasco:

Entendendo não existir neutralidade e imparcialidade científica, a produção de qualquer forma de conhecimento está calcada em lógicas nas quais diversos interesses se constituem a partir de relações de saber e poder. Apesar da ABRASCO ser uma entidade de pós-graduação, este é o congresso de Saúde Coletiva da nação brasileira. No entanto, este congresso reproduziu práticas acadêmicas e científicas conservadoras que valorizam demasiadamente alguns conhecimentos em detrimento de outros, promovendo separação entre teoria e prática. (...) A seleção acadêmica, dentro da lógica científica tradicional, não pode ser o único critério de seleção e organização de debates.

60 Para visualizar o Manifesto na íntegra, acesse: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/carta%20MRS\(1\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/carta%20MRS(1).pdf)

Nos últimos 12 anos, a Tenda buscou ser um espaço de troca de saberes e construção compartilhada do conhecimento, preenchendo a lacuna de participação desses atores na discussão sobre a saúde e suas políticas públicas no país, reverberando suas vozes e demandas. Contudo, no último encontro, a Tenda não conseguiu integrar as diversas atividades demandadas por seus interlocutores antes e durante o Abrascão, como ocorreu em edições anteriores. Seria isso reflexo de uma academização desse espaço? Teria a estrutura da Tenda ficado rígida demais? Ou seria sinônimo da intensa ocupação do congresso por muitos e diversos atores e movimentos sociais. Ficamos com o desafio de, verdadeiramente, construir um espaço misto para a discussão sobre a vida, onde todas as personagens possam protagonizar a história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde sua gênese, a Tenda constitui-se como um dispositivo inclusivo, contudo ainda não consolidou seu caráter dialógico. Ainda é preciso estabelecer uma relação de respeito entre os diversos movimentos que constroem esse espaço a fim de promover o diálogo e a inclusão dos mais diferentes atores que corporificam a luta pelo direito à saúde no Brasil. É preciso desenvolver novos mecanismos de comunicação e mediação entre a academia e os movimentos sociais, os saberes da ciência e os conhecimentos populares, a fundação e a favela.

Refletir sobre o processo de construção da Tenda Paulo Freire nos traz elementos para (re)pensar a institucionalização da saúde coletiva enquanto um campo científico e a forma como opera suas ações, de modo que possa se caracterizar também como movimento social, que tem como importante componente ético-político a emancipação dos seres humanos.

A Tenda Paulo Freire parece-nos ser a essência do ABRASCÃO, dado o seu compromisso com a concretização de um espaço de

integração da diversidade de atores sociais, que vocalizam, dialogam, constroem conhecimentos e buscam soluções. Ademais, o seu caráter autogestionário, que conta com a colaboração de diversos atores, desde a reflexão sobre a programação até a montagem da Tenda, permite a construção de processos colaborativos e compartilhados, pautados pela horizontalidade nas relações.

No entanto, a marginalidade com que este espaço ainda é visto e ouvido por muitos atores envolvidos com o congresso e com o campo da Saúde Coletiva traz desafios a serem enfrentados pelos movimentos que apostam e se envolvem com a construção da Tenda em uma perspectiva de fazer com a comunidade, ao invés do tradicional modo científico de fazer para ou fazer apesar dela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Patrícia Dantas. **Participação e Educação Popular em Saúde na Bahia (MOBILIZASUS):** Propósitos, Métodos e Organização. Dissertação (Mestrado). Salvador: ISC/UFBA, 2014.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. Congressos da ABRASCO: a expressão de um espaço construído. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranguá de (Orgs.). **Saúde Coletiva com compromisso:** a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, v. 15, supl., p. 11-16, 2005.

BONETTI, Osvaldo Peralta; PEDROSA, José Ivo dos Santos; SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. Educação Popular em Saúde como Política do Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, v. 14, n. 4, p. 397-407, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memorial da IV Mostra de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO-MORRIS, Erick Jose. Encontro da Educação Popular e Universidades: experiências e desafios. **Revista del Cisen Tramas Maepova**, v. 4, n. 2, p. 217-224, 2016.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma Familiar**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra. 1999.

CRUZ, Marcio. FREPOP – FÓRUM DE EDUCAÇÃO POPULAR, conquistas, limites e desafios. **La piragua - revista latinoamericana y caribeña de educación y política**, n. 38, p. 101-106, 2013.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Transição x Consolidação: o Dilema Estratégico da Construção do SUS**. Um Estudo sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde- 1974/1996. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1997.

LOIOLA, Andrey Almeida. **25 anos de conferências democráticas e participativas: análise dos relatórios das conferências nacionais de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva). Brasília; UNB, 2014.

MARANHÃO, Thaís et al. Espaços de Saúde e Cultura: experiência do Fórum Social Mundial às Tendas de Educação Popular em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl. 2, p. 1175-1186, 2014.

MARQUES, Bruna Gabriela. **Autocuidado, atividade física e envelhecer: saberes e olhares nas vozes poéticas do Jardim Rincão**. Tese (Doutorado). São Paulo: Universidade São Judas Tadeu, 2017.

MARTINO, Ardigò. A Rede Unida e os encontros Brasil Itália. **Saúde em Redes**, v. 3 n. 4, 466-469, 2017.

MENESES, Michele Neves et al. Tendas do afeto como um 'coração' em pulsação popular na extensão em saúde. **Revista da APS**, v. 18, n. 4, p. 544-547, 2015.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Apresentação - Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. **Cadernos CEDES**, v. 29, n. 79, p. 297-306, 2009.

OLIVEIRA, Sonia Acioli de; ALVES, Sonia Maria. O Rio de Janeiro acolheu e cuidou da Enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 815-816, 2013.

PRADO, Ernande Valentin do; SALES, Cibele; NOMIYAMA, Seiko. Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, suppl.2, p. 1441-1452, 2014.

QUEIROZ, Maria Goretti et al. Integração ensino, serviço e comunidade: (re) conhecendo a mostra parceria ensino-serviço-comunidade (MOPESCO) realizada pela Universidade Federal de Goiás. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 9, n. 2, p. 115-124, 2018. RAMOS, Cristina; MATIELO, Etel; MACHADO, Neila. Tenda Josué de Castro: Construindo Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. **Nutricias**, n. 16, p. 36-38, 2013.

REDEPOP. Novos Espaços na Construção Compartilhada do Conhecimento: As Tendências de Educação Popular em Saúde. **Nós da Rede - Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde**, n. 9, p. 7, 2011.

SOUZA, Alcione Aguiar; CADETE, Matilde Meire Miranda. Roda de conversa: ferramenta pedagógica para a compreensão dos problemas alimentares contemporâneos. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, 2017. Disponível em:

<http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/roda-conversa.html>. Acesso em: 05 de fev. de 2019.

QUEIROZ, Maria Goretti et al. Integração ensino, serviço e comunidade: (re) conhecendo a mostra parceria ensino-serviço-comunidade (MOPESCO) realizada pela Universidade Federal de Goiás. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 9 n. 2, 2018.

MEMÓRIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: diálogo possível entre educação popular, dialética da história e afrocentricidade

José Carlos da Silva⁶¹

Vilde Gomes Menezes⁶²

Maria da Conceição Reis⁶³

Bárbara Santos Bernardino da Silva⁶⁴

1. Introdução

A condição do negro no Brasil, sempre esteve relegada a um lugar subalterno desde a escravidão, passando pela marginalização, discriminação e exclusão dos direitos sociais, como saúde, educação, trabalho e moradia nos dias atuais. Mas também se vislumbra, nesse cenário, uma “luta e organização para o exercício de seus direitos e de sua negritude” (CARNEIRO, 2005; BRITO, 2006). Assim, a pauta das discussões, promoção da igualdade racial e saúde da população negra sempre foi uma bandeira de luta importante dos movimentos sociais e das organizações não governamentais que lidam com as questões dos negros (CAVALCANTI, 2005).

61 Pós-Doutorando em Educação pela Universidade Federal da Paraíba. Integrante do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO.

62 Professor adjunto da Universidade Federal de Pernambuco.

63 É mulher negra, professora pesquisadora e extensionista da educação das relações étnico-raciais (Erer). Graduada em Pedagogia (2000), mestra (2004) e doutora (2012) em educação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Associada do Departamento de Política e Gestão da Educação do Centro de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPE.

64 Psicóloga com especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Experiência Clínica, Acompanhamento Terapêutico e Docência.

Nos idos dos anos 1970 e 1980, esse assunto começa a fazer parte de forma mais visível na agenda de pesquisadores e estudiosos (SANTANA, 2007), em especial na Sociologia, Antropologia e Educação, que se aproximam desses movimentos e se interessam por uma abordagem mais ampla, “incorporando essa discussão na universidade” (QUEIROZ, 2007; SANTANA, 2007).

Hegemonicamente, o sistema e as políticas de educação e de saúde no Brasil foram organizados de forma vertical, desconsiderando as questões de raça (IOKOI, 2006; BRITO, 2005). Dessa forma, torna-se necessário entender as diferenças entre as categorias de raça existentes na educação.

A visão ainda fortemente racista da educação aponta para a naturalização das características biológicas como determinantes de posturas e práticas. Ao pensar sobre esse assunto, na perspectiva das negritudes, percebe-se que os temas de igualdade racial são pouco discutidos pelos professores (BRASIL, 2003).

No tocante ao tema da saúde, segue-se a mesma lógica da educação, em que o racismo é um dos principais problemas para garantia de direito, acesso e assistência aos serviços. Compreendemos que só é possível estudar a saúde da população negra se considerarmos as desigualdades sociais, econômicas e políticas de um determinado grupo populacional e o seu perfil de saúde (BARATA, et al, 1997; WERNECK. J; BATISTA, L.E; LOPES, 2012).

A discussão de temas ligados à saúde da população negra, durante muito tempo, esteve fortemente ligada aos movimentos sociais de negros ou organizações sociais que lidaram com o universo da população negra. Estudos evidenciam que os negros e as negras morrem mais do que brancos e as brancas em termos de doenças preveníveis e não-preveníveis. Ainda sob essa perspectiva, morrem mais crianças negras que brancas (CUNHA, 2001).

No Brasil, com o advento da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei Orgânica da Saúde (8.080 de 1990), garantiu-se que, para a população ser saudável, é necessário que

o Estado brasileiro garanta a promoção, proteção e recuperação da saúde: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Na busca por garantia de direitos, foi que, em 2007, por consequência da luta do povo negro no Brasil e a abertura do governo vigente, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2007). Política esta construída a partir de uma agenda comum entre representação do povo negro e da gestão do Ministério da Saúde, e que teve, entre uma das características fundantes, o diálogo entre o movimento e o governo, além de incluir a pauta da democratização da saúde. Conclamava, como uma de suas diretrizes, o desenvolvimento de uma educação nacional capaz de desconstruir estigmas e preconceitos e fortalecer a identidade negra (BRASIL, 2007).

Ao tratamos do tema em questão, e colocarmos o ser humano no centro do debate, podemos nos pensar que os processos da construção da política de saúde da população negra se deu a partir de reflexões e ações realizadas na busca de transformação da situação de saúde e condições de vida da referida população numa perspectiva que considerava a teoria e a prática de forma articulada o que podemos dizer que foi uma experiência fundada na práxis (FREIRE, 2002). É necessário observar que, o que chamamos de popular, se refere à participação dos beneficiários de direitos, as pessoas, em particular, aquelas excluídas do exercício dos direitos e da sua cidadania. Nesse sentido, é necessário que seja numa lógica democrática. E para isso, é necessário que existe a participação efetiva dos segmentos que estão nessa organização, nessa luta, em todas as etapas do processo, e que todos e todas possam ter vez e voz (MELO NETO, 2002).

Assim sendo, o tema escolhido para esse texto é a educação em saúde da população negra no Brasil, buscando fazer uma análise da história e da memória da educação em saúde com a população negra e a sua contribuição na construção da Política Integral de Atenção à

Saúde da População Negra e na implementação do SUS, em diálogo com a educação popular em saúde e o pensamento de Paulo Freire e outros pensadores contemporâneos.

Por ser um assunto recente enquanto prática institucional do ponto de vista das políticas públicas, e também na academia, tornou-se um grande desafio encontrar nos pensadores de linhagem epistêmica que consideramos aproximados com o tema, pontes de conexão e diálogos possíveis. Nesse sentido, encontramos em Gramsci um pensador que consegue fazer nos conduzir para uma tentativa de aproximação teórica.

A educação em saúde realizada pela população negra no Brasil ainda é um tema pouco explorado no meio acadêmico. Desse modo, considera-se relevante realizar estudos e pesquisas que possam evidenciar a situação de saúde e produzir conhecimentos acerca da saúde da população negra e áreas afins, como educação, promoção e prevenção de em saúde.

2. Saúde: distintas concepções e os tensionamentos existentes

Sendo o pensamento biomédico hegemônico no setor saúde, compreendemos que o embate ideológico da educação dessa área apresenta-se como um campo importante para a saúde coletiva no Brasil, e que carece de estudos que aprimorem o campo supracitado. Para o enfrentamento dessa hegemonia, ressalta-se o que preconiza o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, anunciando, dentre outras diretrizes, a educação em saúde com a comunidade” (BRASIL, 1988).

Segundo Czeresnia (2003), historicamente, o conceito de saúde fundamentou-se e estruturou-se com base nas ciências positivas, em que saúde é “ausência de doença” e para a qual a medicina direcionou seu discurso acadêmico e/ou científico pautado na especialidade e na organização institucional das práticas em saúde, cujo objeto

principal de intervenção é a doença e não o sujeito. Nessa visão, o conceito de adoecimento estruturou-se no modelo biocartesiano e é percebido como realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes.

Historicamente os negros e as negras que foram escravizados trouxeram para o Brasil a partir das culturas africanas, trazidas para o Brasil, e imprimiram também suas marcas na arte de tratar e cuidar da saúde e da enfermidades do seu povo. Alguns desses negros escravizados eram curandeiros que, por meio de práticas divinatórias, transe místicos e rituais específicos, invocavam as forças superiores para propiciar conselhos e intervenções para problemas de saúde, constituindo assim, possibilidade de cura e reestabelecimento da saúde (SANTOS, 1993)

A proposta de construção de uma política para a saúde da população negra possui uma história recente no Brasil. Só em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que traz em suas diretrizes a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas em saúde preservados pelos terreiros (BRASIL, 2009). Esta foi fruto da contribuição dos ativistas e pesquisadores negros, além de ser oriunda de demandas históricas de movimentos sociais negros.

Assim, na perspectiva da referida política, considerar o reconhecimento, a desestigmatização e a valorização dos saberes e práticas terapêuticas de matriz afro-indígena-brasileira são fundamentais, da mesma forma que o diálogo entre os conhecimentos tradicionais presentes nos terreiros e os conhecimentos técnicos propostos pelo SUS devem ser promovidos (OLIVEIRA, 2003).

Tal política pública foi elaborada com o objetivo amplo de promover a saúde integral da população negra, a fim de reduzir as desigualdades étnico-raciais, combater o racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2009). É necessário destacar que, no Brasil, o racismo é um fator importante como determinante social da saúde, e que contribui, por exemplo, para que adoçam e

morram mais negros que brancos, em razão das mesmas causas da mortalidade, onde os negros são pessoas mais vulneráveis, devido à iniquidade social (FAUSTINO, 2010; SPIASSI, 2010).

Entre as causas de menor expectativa de vida e maiores complicações, estão as dificuldades de acesso a equipamentos de assistência especializada em saúde e também todos os tipos de violências, em particular, violência policial. A população negra ainda padece de sofrimento psicológico, como depressão, insônia, sensação de impotência e angústia (CUNHA, 1997; SPIASSI, 2010). E ainda pode ser destacada a alta taxas de mortalidade entre jovens negros, mulheres e pobres, em particular, por violências, por causa da sua raça e cor da pele (ARAÚJO, 2007).

Diante desse quadro, podemos supor que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a má qualidade de atendimento e o racismo contribuem negativamente para os altos índices de mortalidade de negros e negras no Brasil, em comparação aos índices de mortalidade dos brancos.

3. História e memória: campos indissociáveis para a compreensão da memória da educação em saúde da população negra

De acordo com Ghiraldelli (2015), história é o estudo criterioso e a exposição ordenada de situações, acontecimentos, ideais e ideários, vida de pessoas, povos e grupos sociais e também o desempenho de instituições e organizações. Ao estudarmos a memória da educação em saúde, percebemos que, a mesma é, ao mesmo tempo, parte da saúde coletiva e da história. Sua construção deu-se no bojo da medicina e acabou reproduzindo suas concepções (SOUZA & JACOBINA, 2009). Isso nos leva à nossa preocupação em relação à memória da educação em saúde no Brasil.

É nesse arcabouço jurídico que se incluem as atividades de educação no setor saúde. Deve-se compreender a importância da educação, seu construto histórico e a produção da memória, para

se compreender esse quadro, pois os lugares de memória estão invariavelmente vinculados a condições materiais, funcionais ou simbólicas que devem existir simultaneamente (LOPES, 2008).

Se, por um lado, as práticas educativas estão garantidas em lei, a análise e formulação de estratégias de consolidação de um sistema devem ser universais, integrais e equânimes, por outro, o processo histórico mostra que os fazeres educativos foram produzindo formas burocráticas, fragmentadas e, muitas vezes, reprodutoras de práticas antidemocráticas (PEREIRA, 2009). E tão grave quanto isso é constatar que essas práticas nos remetem a antigos modelos de educação em saúde centrados, em caráter higienista, imperativo e de transmissão linear de conhecimentos, como em momentos históricos do passado (SOUZA & JACOBINA, 2009).

Considerando que a construção do SUS não seja um tema de privilégio de nenhum governo, mas, sim, da luta do povo brasileiro, em especial, dos trabalhadores, nota-se que, avanços e retrocessos se expressam de formas diferentes em certos momentos históricos, dependendo das forças que estão no poder e como são conduzidas as políticas públicas, incluindo a política nacional de saúde, que fortalecem ou fragilizam o Sistema Único de Saúde - (SUS).

Considero que o SUS, ao defender em seus princípios e diretrizes, a equidade, a universalidade e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1988), busca a garantia do acesso ao atendimento à toda a população. Nesse sentido, o Sistema de Saúde Brasileiro, incluindo a Política de Atenção Integral a Saúde da População Negra, torna-se, fundamentalmente, uma política sócia, que tenta responder às necessidades de cuidados com a saúde da população negra, colocando o direito à saúde do povo e dever do Brasil com a garantia desse direito (BRASIL, 1988; BRASIL, 2010).

Em se tratando da educação em saúde da população negra no contexto da saúde coletiva, compreende-se como dimensão central a produção e a preservação da memória da educação em saúde da população em saúde, centrando o negro na produção do legado

dos processos educativos em saúde. Para mais, importa enfocar no processo educativo as contribuições dos negros brasileiros na construção de políticas de saúde voltadas para a sua raça e para o Sistema Brasileiro de Saúde. No nosso entendimento, só é possível compreender tal acontecimento, se essa experiência for vista como um processo que se ancora tanto nas práticas políticas, quanto nas práticas culturais e sociais.

Também pode ser vista como um processo histórico que está sempre em movimento, com contradições, estando “inacabada e em construção” (PEREIRA, 2010). Ainda é possível afirmar que o exercício da educação em saúde perpassa os processos históricos e de produção da memória (SILVA & DIAS, 2015; FERNANDES & BACKES, 2010; SOUZA & JACOBINA, 2009).

Ao analisarmos o processo de produção da memória da educação em saúde com a população negra no Brasil, percebemos que é possível acreditar na educação em saúde como uma possibilidade (não a única) de produzir conhecimentos de uma maneira crítica, que colabore na construção do SUS, e que seja entendida como um processo de produção do saber, que se dá “no diálogo” e em uma “perspectiva libertária” (FREIRE, 2002; VASCONCELOS, 2001).

A educação em saúde pode ser compreendida como um processo de construção coletiva de uma consciência crítica. E também “como sendo um processo de construção de conhecimento que acontece na “trocas de saberes e em comunhão” (FREIRE, 2002; MELO NETO, 2004; SILVA, 2006; VASCONCELOS, 2005). Quando versamos sobre memória, compreendemos, de maneira ampla que se trata de um conjunto de práticas sociais que preservam saberes e fazeres de sujeitos individuais e coletivos. Segundo Silva & Dias (2015), pode ser uma forma de preservar conhecimentos e criar meios para fixá-los na história. E, como nos afirma Dodebei (1997), ao falarmos de memória, falamos em representação, esta podendo ser realizada a partir do registro e da análise desses registros produzidos pelos sujeitos produtores da memória.

É nesse movimento que diferentes grupos sociais passam a materializar suas memórias através da construção de “lugares de memória como os monumentos, os museus e memoriais” (PACHECO, 2010), e, nesse contexto, ao se debruçar sobre esses artefatos históricos de subjetividade é que se torna possível reconstruir e compreender a representação de um passado anterior.

Parece razoável que educadores e pesquisadores do campo da educação em saúde da população negra devam ficar atentos às “informações, lembranças e testemunhos”, dos sujeitos da educação em saúde, tendo como premissa que as mesmas são construídas a partir dos contextos e da dinâmica social e política (HALBWAACHS, 1990), que possibilitam reconstruir a experiência humana através da reflexão sobre o vivido, dando significado ao vivido; consequentemente, a memória pode ser reconstruída por autor ou por grupos de uma dada sociedade (AMORIM & NETO, 2012).

Nesse sentido, pode – se construir possibilidades de compreensão da memória de educação em saúde, dando ênfase ao campo da educação em saúde da população negra, visto que existe certo vazio nessa área epistemológica, gerando a necessidade de uma reflexão mais aprofundada desse tema, levando-se em conta até insegurança ou medo da perda dessa memória:

Quando se discute memória, logo se pensa no medo da perda. O temor pelo esquecimento é algo que a assola a sociedade (SILVA & DIAS, 2015, p. 3).

Ao nos referirmos ao pensamento acima, concordamos com alguns estudiosos quando afirmam que já não é mais possível resgatar a memória apenas pelos relatos verbais, por mais que consideremos importantes as experiências e práticas comunicacionais orais:

Então, o único meio de salvar tais lembranças é fixá-las por escrito em uma narrativa seguida uma vez que as palavras e os pensamentos morrem, mais escritos

permanecem (HALBWACHS, 1990 apud SILVA; DIAS, 2015, p. 3).

Ao dialogarmos com o pensamento de Halbwachs (1990), com o qual concordamos, afirmamos que é fundamental nos colocarmos no lugar de construtores da história e da memória da educação em saúde da população negra, na medida em que construímos o presente, nos debruçamos sobre o passado e, assim, compreendermos o legado deixado pelos nossos ancestrais, e como esse, se expressa no presente.

No tocante aos processos de reflexão sobre a memória da educação em saúde no SUS, de maneira ampla, tem sido um processo dinâmico de construção de sentidos com raras produções teóricas sobre o tema, o que nos leva a acreditar que os sanitaristas ainda não acumularam o suficiente para o debate sobre o tema.

Antes e depois da criação do SUS (década de 90 do século XX), tal temática deveria ser uma agenda importante, inclusive, com o surgimento de projetos no campo da informação, da história e da educação voltados para a reflexão sobre memória. Parece razoável que os pesquisadores comesçassem a se preocupar com esse assunto, inclusive, desenvolvendo e difundindo seus estudos acerca de tais temáticas.

Não podemos perder de vista que a produção da memória e da produção da história devem ser vistas de forma interconectada, por entender que a memória é a matéria prima de todo historiador. Sem ela, não podemos resgatar o nosso passado (AMORIM & NETO, 2012).

Como nos lembram ainda Amorim & Neto (2012), é importante considerar os indivíduos no contexto político, econômico, social e cultural. Ainda compreendemos que a história vivida pelas pessoas em determinado lugar contém elementos imprescindíveis para restituir o cotidiano vivido (AMORIM & NETO, op.cit)

Concordando com o autor acima, podemos também afirmar que, sendo a memória a produção de indivíduos e da sociedade, a memória da educação em saúde é fruto da contribuição histórica e

política dos sujeitos que lutam pela saúde e produzem os cuidados com a saúde da população brasileira, aqui vistos como sujeitos de direitos e construtores da história da saúde no país.

Ao tratarmos da história dos negros, devemos tratar particularmente de uma história que não se inicia nos navios negreiros e trazer referências que modificam o modo como todos (as) pesquisadores e estudantes afrodescendentes acessarão suas histórias e identidades. Nessa perspectiva, entende-se que o processo educativo se constitui de aprendizados para a vida em sociedade e é formado por um conjunto de informações formais e informais que são processadas no cotidiano. Entendemos que, além da escola, as instituições sociais são produtoras e reprodutoras de uma série de conceitos utilizados para as leituras das realidades cotidianas.

Educação, entendida como a aquisição da palavra-mundo que nos liberta, deveria ser concebida no âmbito formal e informal como o lugar de todos e todas, possibilitando escolhas emancipatórias que nos encaminhem, enquanto educandos (as) e educadores (as), a estabelecer contato com nosso repertório de identidades (FREIRE, 2002; MELO NETO, 2004; SILVA, 2006). Porém, a realidade prática da educação brasileira ainda permanece como o lugar da negação da diversidade e multireferencialidade, salvo raras exceções.

Quando pensamos em uma educação que priorize os conhecimentos da população afrodescendente e os saberes e fazeres construídas com ou para essa população, devemos levar em conta que os processos educativos ainda são desenvolvidos de maneira a receber forte influência do modelo de educação eurocêntrica que desconsidera os saberes da população negra (IOKOI, 2006; BRITO, 2005).

Partindo da premissa acima exposta, haveremos de entender que a educação em saúde com a população negra é desenvolvida na perspectiva bancária e se sustenta na ideia de transmitir conceitos de doenças e prescrever ideias para que sejam seguidas pelos usuários do sistema e dos serviços de saúde (FREIRE, 2002; SILVA, 2006).

Em suma, trabalha com a seguinte conduta: ensina o que é a doença, como se pega e como se trata. Assim sendo, privilegia o repasse de informações que devem ser seguidas com o maior rigor possível. Como afirma Levy (1996), os dados e informações devem ser claros, sem ambiguidade, precisos e fidedignos, e serem transmitidos de maneira adequada, através de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem a utilização.

Segundo Silva (2006), essa concepção de educação em saúde tende a se preocupar tão somente com as informações que devem ser repassadas para as pessoas que são consideradas ignorantes, e que, por isso, não cuidam da saúde. Tal ideário de educação em saúde defende que as pessoas sem informação tornam-se pouco cuidadosas com a sua higiene pessoal e, por esse motivo, são acometidas de adoecimento e morte, responsabilizando e culpabilizando as pessoas pelo seu adoecimento, e retirando, com isso, a responsabilidade das instituições públicas e da sociedade com o processo de adoecimento e morte das pessoas.

Esse tipo de educação, que carrega consigo uma dimensão comunicacional, também é um instrumento importante de elo entre o povo e o governo. Por isso, podemos vislumbrar a noção de que a educação é um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes” (LEVY, 2006).

Esse pensamento reforça a concepção de educação bancária na saúde, buscando esclarecer como esse tipo de educação colabora na normatização de condutas e comportamentos da sociedade. A concepção de que os principais problemas de saúde tinham origem na ignorância do povo somaram-se aos objetivos eugenistas de higienização da raça e levaram, juntamente com a educação bancária explicada por Paulo Freire (FREIRE, 2002), a se constituir como importantes estratégias de normatização da sociedade (SANTA CRUZ, 2002). Diante da afirmação da autora, então, pode-se concluir que a

educação, realizada conforme pensamento hegemônico e higienista, carrega consigo traços de verticalização, autoritarismo e não incorpora saberes e fazeres das classes populares; e muito menos do povo negro.

4. Afrocentricidade: possibilidade da centralidade do negro para pensar a educação em saúde.

A afrocentricidade deve ser compreendida como um tipo de pensamento, prática e perspectiva que percebe os africanos como sujeitos e agentes de fenômenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios interesses humanos (ASANTE, 2009). No que se refere ao paradigma civilizatório negro-africano, para conceituá-lo, dialogamos com o ‘paradigma afrocêntrico’ proposto por Mazama (2009) e Asante (2009).

A ideia afrocêntrica, segundo Asante (2009), refere-se à “proposta epistemológica do lugar”; ou seja, tendo sido os africanos e afrodescendentes (no continente africano ou na diáspora) “deslocados em termos culturais, psicológicos, econômicas e históricos”, qualquer análise e compreensão de suas condições de vida deve ser feita a partir dessa concepção, considerando o lugar do negro como sendo o centro da concepção e método do saber e do fazer, incluindo-se aí também as questões relativas a civilidades e humanidades.

Assim, reafirmamos o paradigma da afrocentricidade como uma perspectiva teórica e prática que pode inovar o campo da saúde coletiva, produzindo um conceito de humanidade, na medida em que visa reorientar africanos e suas culturas de uma posição periférica para uma posição centrada, como ressalta Asante (ASANTE, 2009; NASCIMENTO, 2009). A afrocentricidade concebe os africanos e seus descendentes como sujeitos de sua própria ação, sendo que a ideia de conscientização de si está na centralidade; ou seja, africanos e seus descendentes devem operar como agentes autoconscientes de sua história, cuja autodefinição positiva e assertiva deve partir das culturas africanas (MAZAMA, 2009).

Assim sendo, o desafio que está posto para a saúde coletiva é o de inaugurar um novo processo de escuta e reconhecimento dos diferentes valores e práticas civilizatórias que constituem a sociedade brasileira. Rompendo-se, assim, com o olhar preconceituoso e racista que ainda hoje é lançado às pessoas de ascendência africana, bem como com a perspectiva de desagência e de humanidade de concessão e subalterna até então levados a efeito nas relações étnico-raciais de nosso país.

Nesse contexto, e considerando a base teórica que nos ancora, vislumbramos a inexistência de análise da memória da educação em saúde e a sua contribuição na construção da Política Integral de Atenção à Saúde da População Negra no SUS. Esse artigo vem suprir um pouco essa deficiência historiográfica no tocante aos processos educativos em saúde realizados no SUS, destinados à população negra e aos profissionais de saúde que lidam com a recuperação, promoção e assistência da saúde dessa população.

5. Afrocentricidade, educação popular e dialética.

A afrocentricidade, enquanto teoria, não estabelece necessariamente pontos de diálogos explicitamente com discursos eurocêntricos. Isso nos convida a fazer um esforço e a perceber, a partir do nosso próprio olhar, algum ponto de vista que de alguma maneira as categorias de análises possam ter algum sentido de conexão. E isso o que acontece com a categoria de sujeito.

Mesmo que os pensadores afrocentrados não tragam, em suas obras, referências sobre sujeito a partir do pensamento de Gramsci, diretamente, é possível compreender neles pensamentos que se aproximam desse autor no que diz respeito à construção histórica dos sujeitos e sua cultura. E, assim sendo, apresentam a possibilidade de, a partir de uma matriz africana, articular outros paradigmas epistemológicos possíveis (NASCIMENTO, 2009).

Os teóricos do pensamento afrocêntrico tratam com bastante assertividade o ideário de que o negro precisa construir e reconstruir a sua trajetória histórica, considerando também que tal processo é único e singular. Precisa-se, portanto, de reflexão e teorização desenvolvidas por eles próprios.

O fato é que, como Gramsci compreende que o homem não é uma construção natural, e sim, um construto cultural e histórico, podemos afirmar que há uma singularidade da produção história, econômica e política do povo africano, incluindo a sua dispersão pelo mundo, suas contribuições, suas histórias e legados. Isso pode ajudar no delineamento de nosso olhar, na compreensão ao que se referem ao um modo de entendimento e criticidade do legado cultural e social dos negros em qualquer parte do mundo (NASCIMENTO, 2009).

Neste sentido, negro deve ser compreendido como uma categoria de análise na qualidade de sujeito. Nisto, mesmo considerando as tensões dos lugares dos sujeitos eurocêntricos e afrocêntricos, podemos nos inspirar em Gramsci e a sua ideia acerca de homem sujeito de sua história (GRAMSCI, 1972).

Ainda inspirado em Gramsci sobre a possibilidade da construção de homem negro sujeito, entendemos que, quando pensamos na questão o que viria a ser este homem, de fato, estamos interessados em saber em que o homem pode tornar-se, o que o homem negro ou essa mulher negra pode vir a ser (GRAMSCI, 1972; NASCIMENTO, 2009; RABAKA, 2009).

Queremos refletir se os homens e as mulheres podem construir a sua existência e o seu destino, recriar a si mesmo, criar sua própria vida de forma plena, consciente cidadã (GRAMSCI, 1972). No pensamento afrocêntrico, vamos nos deparar com pensamento parecido, ao nos debruçarmos sobre a premissa em que se afirma que o negro, enquanto objeto de análise e sujeito, é resultante do seu construto histórico (NASCIMENTO, 2009; RABAKA, 2009).

Quando nos referimos ao tema educação em saúde da população negra, percebemos que é ainda é construção histórica

recente, e, portanto, não hegemônico, dado que, ao postularmos sobre essas reflexões, não podemos deixar de nos inspirar em Gramsci, quando ele trata da dimensão contra-hegemônica da educação.

O tema saúde não é um tema em que, em um primeiro momento, poderíamos relacionar com Gramsci. Ele estava preocupado com temas correlatos ao seu tempo histórico e a condição política da sua época. Se olharmos na perspectiva de saúde integral, notaremos conexões com categorias que compõem o repertório do ideário de saúde. Um ponto comum desse autor com a afrocentricidade é que o tema da saúde também não aparece de forma tão explícita.

A compreensão sobre saúde pouco se diferencia do entendimento da educação. Em termos de aproximação teórica, vamos encontrar uma possível conexão com a crítica da história (GRAMSCI, 1972; RABAKA, 2010), quando esse último autor afirma que a teoria crítica africana e diaspórica se alimenta das tradições filosóficas enraizadas na história, cultura e lutas africanas continentais.

Considerando o pensamento de Asante (2010), no tocante à produção cultural dos povos africanos, notamos que Gramsci (1972) apresenta perspectivas que podem servir como referenciais para estudiosos da cultura, da história e educação com o povo negro acerca da necessidade de imbricamento de temas como história, cultura, política, poder, economia, sociedade. As visões sobre esses temas construídas a partir do pensamento dialético da história e ao pensamento afrocêntrico, pode nos orientar para uma compreensão de saúde e educação inteira e conexa, como é explicado pelo materialismo histórico e dialético, ao tratar da indissociabilidade entre história, práxis, política, cultura e processos de formação humana.

Assim, mesmo que consideremos os afastamentos teóricos entre os pensamentos eurocêntricos e afrocêntricos, desenvolvido por Asante, seria possível pensarmos que o contraditório e o movimento, podem ser percebidos nos processos de leituras de suas obras, mesmo que seja em uma tentativa inicial.

6. Considerações

Considerando tanto o postulado sobre a concepção de pesquisa qualitativa no setor saúde quanto a mesma concepção na educação, parece-nos que, nos fundamentos aqui defendidos e as nossas questões de pesquisa, seria possível desenvolver um estudo que contribua para a produção de conhecimentos voltados para os dilemas e os desafios da educação em saúde no SUS.

Notamos o quanto é desafiador produzir reflexões acerca de aproximações teóricas entre distintos pensadores e suas obras. No entanto, são possíveis e desejáveis tentativas, considerando a possibilidade de diálogos de saberes (FREIRE, 2002).

No tocante ao pensamento afrocentrado no campo da educação em saúde, esse é movido por concepções e práticas novas, se comparadas ao ideário de Gramsci, por exemplo, um pensamento antigo. Pois foram construídos ambos em contextos e por sujeitos tão diferentes que é razoável que existam distanciamentos. Por outro lado, acreditamos que, no caso da produção desse artigo, a possibilidade de encontrar aproximações, só foi possível devido à dialética histórica de Gramsci.

Pareceu-nos importante refletirmos sobre as concepções de educação e educação em saúde da população negra, tecendo as críticas possíveis ao pensamento biomédico e a educação bancária na saúde, e nos apoiarmos na educação popular em saúde e no pensamento de Paulo Freire, para tecermos tais críticas.

Podemos arguir que o esforço para produzir reflexões que busquem aproximações entre os campos da educação em saúde, memória e história oral, colocando as possibilidades de diálogos entre si, se deu, mesmo que de forma inicial e incipiente, carecendo, portanto, de revisão do próprio artigo, e assim, incorporar críticas e sugestões.

Acreditamos que foi possível tentar estabelecer um diálogo entre o pensamento afrocêntrico de Asante e a história crítica de

Gramsci, e mesmo que maneira tímida, notamos que se faz necessário o diálogo entre esses distintos pensamentos, colaborando assim, para uma tentativa de diálogo de saberes.

Longe de acreditarmos que podemos tratar desses temas de forma profunda, ou até mesmo, chegarmos a conclusões definitivas, entendemos que seguem inacabados em sua maturação teórica. Isso se dá, em especial, ao processo de imbricamento das ideias e incipiência na articulação entre pensamentos tão distintos.

REFERÊNCIAS

AMORIN, R.; NETO, J. **Memórias e Histórias da Educação**: debates sobre a diversidade cultural no Brasil. Recife: UFPE, 2012.

ARAÚJO, Edna Maria. **Mortalidade por causas externas e raça / cor da pele**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva – ISC). Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2007.

ASANTE, M. Afrocentricidade como Crítica do Paradigma Hegemônico Ocidental. Artigo. **Introdução a uma ideia**. Ensaios Filosóficos, Volume XIV, dezembro de 2016. Trad.: Renato Nogueira, Marcelo J.D Moraes e Aline Carmo. Disponível em: < <https://filosofia-africana.weebly.com>>. Acesso em 21 jul. 2018.

_____. Afrocentricidade: notas sobre uma posição disciplinar. Artigo. In: NASCIMENTO, E. L (Org.). Afrocentricidade Uma Abordagem Epistêmica Inovadora. São Paulo. Selo Negro, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). São Paulo: Ridiel, 2004 _____. MEC. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: MEC, 1996.

_____, MEC. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Vol. 10, Pluralidade Cultural e Orientação Sexual. Brasília, 1996.

_____, MEC. **Programa Nacional de Educação para a Diversidade**. Brasília: MEC, 2007.

_____, SEPPIR. Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: O Ministério, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: O Ministério, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: O Ministério, 2011.

_____. Ministério da Saúde (Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN**. Brasília: O Ministério, 2007.

BERND, Zilá. **O que é negritude**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

BRITO, Ângela Maria Benedita B. **Educação e identidade negra**. Maceió: Edufal, 2004, pp.23 – 98;

CARNEIRO, Edson. **Antologia do Negro Brasileiro**. Rio de Janeiro: Agir Editora, 2005, pp. 27 – 75;

CAVALCANTI, Bruno César. **Kulê Kulê: educação e identidade negra**. Maceió: Edufal, 2004, pp. 42 – 86;

CZERESNIA, Dina. (Org.). O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. Artigo. Promoção da Saúde Pública. **Conceito, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CUNHA, E.M.G.P. Raça, aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil? In: Barata R.B. (Org.). **Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia**. Série Epidemiológica, nº 1. Rio de Janeiro: Fiocruz/ ABRASCO, 1997.

DODEBEI, Vera Lucia Doyle. **O sentido e o significado de documento para a memória social**. 1997. 185 f. Tese. Doutorado em comunicação

da Escola de Comunicação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a óptica de Paulo Freire, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em 30 jul. 2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 33. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

GHIRALDELLI JUNIOR, Paulo. **História da educação brasileira**. 5.ed., São Paulo: Cortez, 2015.

GRAMSCI, A. A formação dos intelectuais. In: **Cadernos do cárcere**. 3. ed. v 2., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

_____. Concepção dialética da história. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1995.

HALBWAACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990.

IOKOI, Zilda Marica Grícoli. **Negro e Negritude**. São Paulo: Edições Loyola, 2006, pp. 17 -167;

LEVY, S.N. et. al. **Educação em saúde**: histórico, conceitos e propostas. In: Conferência Nacional de Saúde ON LINE, 10., 1996, Brasília. ANAIS... Brasília, 1996. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/csn>>. Acesso em 21 jul. 2018.

LOPES, S. Imagens de um lugar de memória da Educação Nova: Instituto de Educação do Rio de Janeiro nos anos de 1930. **Revista Brasileira de Educação**, v. 13, n. 37, 2008.

MAZAMA, A. **A Afrocentricidade como um novo Paradigma.** In: NASCIMENTO, E. L (Org.). **Afrocentricidade: Uma Abordagem Epistêmica Inovadora.** São Paulo. Selo Negro, 2009.

MELO NETO, José Francisco. **Educação Popular – enunciados teóricos.** João Pessoa: Editora Universitária – UFPB, 2004.

_____. **Extensão Universitária: diálogos populares.** João Pessoa: Editora Universitária – UFPB, 2002.

NASCIMENTO, E. L (Org.). **Afrocentricidade: Uma Abordagem Epistêmica Inovadora.** São Paulo. Selo Negro, 2009.

OLIVEIRA, F. **Saúde da População Negra: Brasil ano de 2001.** Brasília – Organização Pan Americana de Saúde, 2003.

PACHECO, R. Educação, memória e patrimônio: ações educativas em museu e o ensino de história. Artigo. **Revista Brasileira de História,** São Paulo, v. 30, n. 60, p. 143-154, 2010.

PEREIRA, Marcio Florentino. **O controle social e a participação democrática nos conselhos municipais da RIDE-DF.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília,

QUEIROZ, Delcene Mascarenhas. **Desigualdades raciais no ensino superior no Brasil, um estudo comparativo.** Salvador: Novos Toques, 2002.

_____. **A pesquisa sobre negro no ensino superior no Norte-Nordeste do Brasil.** In: PIZZI, Laura Cristina; FUMES Neiza de Lourdes Frederico. Maceió: Edufal, 2007.

RABAKA, R. Teoria Crítica Africana. Artigo In: NASCIMENTO, E. L (Org.). **Afrocentricidade Uma Abordagem Epistêmica Inovadora.** São Paulo. Selo Negro, 2009.

SANTANA, Moisés de Melo. **População negra: pesquisa e ações sociais no ensino no Norte e Nordeste do Brasil.** In: PIZZI, Laura Cristina; FUMES Neiza de Lourdes Frederico. Maceió: Edufal, 2007.

SANTOS, J. E. Os nagô e a morte: padeásésé e o culto êgun na Bahia. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

FAUSTINO, D.M; SPIASSI, A.L. Movimento Negro, Vulnerabilidade e Saúde. Artigo. IN: Desigualdades e Iniquidades em Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde** Volume 12 - Número 2 -Agosto de 2010, ISSN 1518-1812 / On Line: 18097529<Disponível:<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacaoLuisEduardo.pdf>. Acesso: 21 jul.2018.

SANTA CRUZ, Maria Verônica Oliveira. **A Educação popular em Saúde e a Prática do Agente de Endemias de Camaragibe**: uma ciranda que acaba de começar. Dissertação (Mestrado em Educação). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2002.

SILVA, José Carlos. **Educação popular em saúde e institucionalização**. Dissertação (Mestrado em Educação). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2006.

SILVA, Aline Gonçalves da; DIAS, Eliane Monteiro de Santana. **Resgate da memória da saúde pública através das coleções especiais da biblioteca de história das ciências da saúde**. JoãoPessoa, 2015. Disponível:<http://www.brapci.inf.br/index.php/article/download/44038>. Acesso em 30.07.2018.

SOUZA, Isabela Pilar Alves de JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Educação em Saúde e suas versões na história brasileira. Artigo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n. 4, 2009.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular em Saúde nos serviços de saúde**. 3. ed., São Paulo: HUCITEC, 1997.

____. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC; Sobral, CE: UVA, 2001.

____. **Educação popular**: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. João Pessoa: mimeo, 2005.

WERNECK, J; BATISTA, L.E; LOPES, F *et Alii* (Orgs). **Saúde da População Negra**. Petrópolis-Brasília: ABPN, 2012.

A LOUCURA E DISPOSITIVOS DA EDUCAÇÃO POPULAR COMO FORÇAS DE LUTA

Liamara Denise Ubessi⁶⁵

Marcos Aurélio Matos Lemões⁶⁶

Roberta Antunes Machado⁶⁷

Priscila Borges Silveira⁶⁸

Michele Neves Meneses⁶⁹

Ivon Fernandes Lopes⁷⁰

Celmira Lange⁷¹

Luciane Prado Kantorski⁷²

-
- 65 Enfermeira, Psicóloga. Educadora Popular. Estudante de Filosofia na Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Ciências- práticas sociais em enfermagem e saúde e Pós-Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Bolsista CAPES pelo Programa Nacional de Pós-Doutorado-PNPD. Integra o grupo de Pesquisa Enfermagem em Saúde Mental e Coletiva – UFPel. Membro da Associação dos Usuários e Usuárias dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas – ASSUMPE e dos coletivos de educação popular Povaréu Sul e Amig@s que Militam Junt@s.
- 66 Enfermeiro. Educador Popular. Especialista em Gestão em Saúde- UFRGS, Doutor em Ciências - práticas sociais em enfermagem e saúde pela UFPel. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Processo saúde doença- Universidade Federal do Rio Grande FURG, membro do Grupo de pesquisa- Núcleo de condições crônicas e suas interfaces- NUCCRIN-UFPel. Pós-Doutorando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem-Bolsista CAPES Programa Nacional de Pós Doutorado-PNPD. Membro coletivos de educação popular Povaréu Sul e Amig@s que Militam Junt@s GT da BRASCO de Educação Popular e Saúde..
- 67 Enfermeira. Educadora Popular. Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS). Especialista em Saúde da Família e Comunidade – Grupo Nossa Senhora da Conceição (GHC). Mestre em Ciências - Práticas Sociais Enfermagem e saúde - UFPel. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – UFPel. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, saúde mental e coletiva-UFPel. Membro do coletivo de educação popular Amig@s que Militam Junt@s.
- 68 Professora de Educação Física. Educadora Popular. Especialista em saúde coletiva: Saúde Mental (ESP-RS). Mestre em Ciências -UFPel. Servidora Pública municipal em Pelotas-RS.
- 69 Educadora Popular. Enfermeira sanitaria na Prefeitura Municipal do Rio Grande. Especialista em Gestão em saúde (UFRGS) Vigilância em Saúde (UFRJ) e Educação Permanente em Saúde (UFRGS). Mestra em Ensino na Saúde (UFRGS). Doutora em Enfermagem (UFRGS). Integrante da ANEPS, do MSP e do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO. michelelmeneses22@gmail.com
- 70 Estudante de Serviço Social, Universidade Católica de Pelotas- UCPEL. Membro da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas- ASSUMPE do coletivo de educação popular Povaréu Sul.
- 71 Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação enfermagem- UFPel. membro do Grupo de pesquisa- Núcleo de condições crônicas e suas interfaces- NUCCRIN-UFPel.
- 72 Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - UFPel, Líder do Grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Mental e Coletiva - UFPel. Coordenação Adjunta da CAPES de Programas Pós-Graduação na Área de avaliação da Enfermagem.

A germinação da força de luta pela educação popular

A loucura é um conceito, se assim pode-se dizer, efeito de discurso em transformações. De um discurso que a reduz à doença, que patologiza a vida para múltiplos sentidos. Neste trabalho, apresenta-se a loucura como uma expressão de intensidades, a partir do que (nos) afeta, que mexe com as forças de vida e se expressa em subjetividade (UBESSI, 2017, p. 57). Também como ato instituinte que rompe com as formas instituídas de normalização da vida.

O discurso hegemônico sobre a loucura foi fabricado no curso da história da humanidade. Nos seus primórdios não era um problema, contudo, principalmente na entrada da idade Clássica, passa a ser alvo de investigação e, sobre a mesma, se produziu um saber – o da psiquiatria (FOUCAULT, 1978). Esse saber foi o que inaugurou a redução da loucura à doença, e as pessoas que apresentam sinais e sintomas definidos por esse discurso tendem a serem rotuladas como loucas. Novo atributo, se não o principal, da identidade.

Além disso, criaram-se as formas de ‘cuidado’ excludentes, no caso, os manicômios, que operam pela segregação, despersonalização e disciplinamento das pessoas internas, bem como com o uso de medicação e práticas violentas, como punições, eletrochoque, dentre outras (GOFFMAN, 2015; FOUCAULT, 1978; BASAGLIA, 1979, ROTELLI, 2001). Suprimiu dessas pessoas sua própria condição humana – a dignidade.

A segregação foi justificada, principalmente, por dois quesitos – o de periculosidade e higienização das cidades –, ao ponto de que bastava ser pobre, questionar ou não se enquadrar nas normas de uma sociedade imperial, patriarcal, racista, que se pretendia branca e heterossexual, e o destino, em muitos casos, também passou a ser o manicômio (FOUCAULT, 1978; AGUIAR, 2000).

A Reforma Psiquiátrica começou em países europeus, principalmente na Itália, mas também na França e Holanda. Foi deflagrada pelo contágio de ideias e práticas, dentre estas, pelas

contribuições de pensadores e usuários(as) como Michel Foucault, Jean-Paulo Sartre, Karl Marx, Gilles Deleuze, Félix Guatarri, Jean Oury e Franco Baságlio, este último que passa a uma das mais importantes ações humanitárias – o fechamento do manicômio em Trieste, na Itália.

Esse contexto sociohistórico influenciou o Brasil. Somado a forças instituintes como o trabalho de Nise da Silveira, a obra de Bispo do Rosário, dentre tantas outras perspectivas, as contribuições de Paulo Freire, Paulo Delgado, Ana Pitta, Paulo Amarante, dentre outros, e as inúmeras denúncias das condições de trabalho e violação dos direitos humanos das pessoas institucionalizadas, deu-se início, em Bauru, ao movimento da Luta Antimanicomial, seguido do processo da Reforma, com a criação e o espraiado de espaços e práticas de atenção psicossocial (BRASIL 2001; 2011).

Contudo, desde 2016, com o golpe de Estado, seguido das políticas de governo em consonância ao mesmo, tem sido desmontado rapidamente o muito do que foi construído na Saúde Mental. Soma-se a isso o discurso hegemônico sobre a loucura e efeito, também, de uma alienação política induzida, principalmente, pelas mídias de massa e formas de educação bancária no país, que não incitam o pensamento crítico, de uma “educação como tarefa dominadora, desumanizante [...] um puro ato de transferir conhecimento” (FREIRE, 2002, p. 116).

Nessa conjuntura social vivida, pessoas que se autodenominam militantes da Luta Antimanicomial pela Reforma Psiquiátrica, assoladas por esses processos de desmontes dos direitos humanos, das políticas públicas, que implica no reforço a manicomialização, medicalização, medicamentação e, por conseguinte, na cronificação de pessoas em situação de sofrimento psíquico, se mobilizaram em formas de resistência.

Os agenciamentos aconteceram via coletivos de educação popular, no caso o Povaréu Sul, os(as) Amigos(as) que Militam Juntos(as) e o Movimento Popular de Saúde (MOPS), no extremo sul do Brasil, os quais utilizaram-se de dispositivos da Educação Popular, no caso as Tendas do Afeto Popular, a amorosidade, a reflexão e o

agir crítico e em diálogo com diversas forças, principalmente com a comunidade, para interpor outras relações com este discurso sobre a loucura, com vistas a que as pessoas se sintam empoderadas para não aceitar passivamente como natural essa lógica do retrocesso. Segundo Freire (2002), ao optar pela mudança, o (a) trabalhador (a) social, não teme a liberdade, pois sabe de sua implicação na conscientização das massas populares oprimidas para transformação radical de uma sociedade.

Esse impulso militante decorre do encontro com a educação popular, que move a operar por esta via, para fins de garantir que ocorra a dialogicidade proposta por Freire, na contramão de uma educação bancária, e que se considere, neste diálogo, vez a todas as vozes. Para Freire (2014), a relação horizontal construída por meio do diálogo alcança como consequência óbvia a confiança, que faz dos sujeitos dialógicos companheiros na pronúncia do mundo. Também, registrar que esses e outros conceitos como autonomia, empoderamento, emancipação e protagonismo, propostos por Freire, foram e ainda são fundamentais ao processo da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Para Freire (2011), a dialogicidade é a essência de uma educação libertadora. O autor considera o diálogo como uma prática humana, onde as palavras estão implicadas com uma práxis, dessa forma, ao pronunciá-las, estamos mudando o mundo. Portanto, a ação e reflexão são dimensões presentes no diálogo, que deve ocorrer de forma horizontal entre as pessoas envolvidas.

Ao horizontalizar o diálogo, Freire afirma que todos os saberes envolvidos devem ser valorizados, uma vez que nos educamos na coletividade, mediante esta perspectiva de horizontalidade é que se conquista a conscientização libertadora e transformadora do mundo. “Quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, graças ao compromisso de transformação que assumimos” (FREIRE, 1980, p. 28).

Essa base conceitual fundamenta a educação popular, que opera como uma ferramenta essencial para o despertar de uma consciência crítica e reflexiva dos sujeitos, empoderando-os de fora para dentro para que possam realizar as mudanças necessárias em si e na sociedade. Parafraseando Freire, a educação não transforma o mundo, mas as pessoas, pois são essas que podem mudar o mundo (FREIRE, 2011).

Ao considerar o exposto, que só há agir com reflexão e esta requer criticidade, da germinação da força de luta que ocorre pela educação popular na problematização da concepção hegemônica da loucura, do contexto sócio histórica e da conjuntura atual, este texto discute as Tendas do Afeto Popular como práxis popular no agir crítico em saúde mental na sua contribuição aos processos de ‘desinstitucionalização’ da loucura, fundamental na produção de outras formas de cuidado, cidadania e dignidade.

A educação popular no caminho: os dispositivos da reflexão crítica e das Tendas

Este trabalho é uma reflexão crítica a partir das práticas de educação popular na relação com a loucura, ocorridas via Tendas do Afeto, na região extremo Sul do Brasil, no período de 2013 a 2018. Também, da tese de doutorado em Enfermagem na UFPel, intitulada “A loucura das águas da não indiferença na produção de diferença – uma estética de reexistências”, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento Docente – CAPES (UBESSI, 2017), a qual registra momentos desta experiência.

A reflexão crítica consiste em um saber produzido com algo que move o pensamento, necessário para que se avance nas práticas com as quais se enreda enquanto se caminha, conforme assinala Oliveira no prefácio da obra “Pedagogia da Autonomia de Freire” (1996). Esta obra é a referência para esta escrita, entre “o saber-fazer da autorreflexão crítica e o saber-ser da sabedoria exercitados

permanentemente podem nos ajudar a fazer a necessária leitura crítica das verdadeiras causas da degradação humana” (OLIVEIRA, 1996, p. 7).

O ato de escrever é um modo de fazer esse exercício da reflexão crítica coletiva, como uma perspectiva de garantir que esta ocorra permanentemente no fazer em que se está implicado, na articulação saber-fazer e vice-versa, considerada a incompletude do ser (FREIRE, 1996, p. 28).

A educação popular é justamente este processo de reflexão dialógica e crítica que contribui para ampliar a humanidade nesse movimento entre prática e conhecimento (FREIRE, 1996), pois faz dialogar com o saber popular, dado que não é vertical, e sim em uma perspectiva horizontal de que todos os saberes são válidos, no movimento de produção de outro saber que faz reforma nos pré-existentes.

Essa foi a perspectiva guia para o pensamento no trabalho com as Tendas do Afeto Popular, que decorrem das Tendas Paulo Freire que acontecem pelo Brasil. Em várias Tendas do Afeto, realizou-se a problematização da concepção de loucura e de seus destinos, dado que o entendimento hegemônico ainda perpetrado no tecido social e da saúde, mesmo com os avanços conquistados na Saúde Mental, ainda tem produzido sofrimento e violação dos direitos humanos e sociais.

Além do mais, as Tendas do Afeto geram afeto, geram produção de vida. De algum modo, estão em consonância ao que apregoa, ao mencionar que a educação para liberdade é ligada aos direitos humanos e precisa ser abrangente, e que tem a ver com o conhecimento crítico e a alegria de viver, pois faz sentido em quem a vive e pratica.

A Tenda, o Afeto e a Loucura

No 10º Mental Tchê, na cidade de São Lourenço/RS, evento alusivo à saúde mental e à luta antimanicomial, foi que se ressignificou

a Tenda Paulo Freire como Tenda do Afeto Popular (UBESSI, 2017). Pode-se dizer que foi nesse evento que se estabeleceu os princípios das ações da Tenda do Afeto Popular no extremo Sul do Rio Grande do Sul; porquanto, as mesmas têm em sua essência a produção de saúde e saúde mental na relação intrínseca com os direitos humanos e da produção de cidadania pelo engajamento de seus e suas proponentes

As Tendas do Afeto, como são popularmente conhecida, são um espaço-dispositivo ‘itinerante’ de Educação Popular que atua em diálogo com os preceitos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS SUS). Trazem a compreensão de que a Educação Popular se faz como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais (BRASIL, 2013).

A Tenda é uma invenção coletiva que leva em consideração sugestões, discussões e produção de consensos, ao que se reconhece como a expressividade do que se deseja e como veículo para a feitura das militâncias na defesa da vida, como a saúde e a saúde mental.

A mesma atua como dispositivo de agenciamento de movimentos com o trabalho na saúde e viabiliza o acontecimento, em ato, de Educação Popular e Permanente, e é deste modo que as Tendas têm se constituído (Figura 1), pois, enquanto espaço de encontros, passam a ser uma proposta na revisão de “si” e nos processos de produção de soluções coletivas populares e na formulação de políticas públicas.



Figura 1 – Roda Ampliada da Comissão de Integração de Ensino e Serviço- CIES-RS da 3a região de saúde Regional de Saúde na Tenda do Afeto Popular, Mental Tchê, São Lourenço do Sul, RS, 2015.

É um espaço de constituição de diálogos em conjunto com os movimentos sociais na formulação e implementação das políticas públicas. Constitui-se na possibilidade de circulação ampla que visa construir caminhos que desencadeiam processos de reconhecimento e constituição de sujeitos, mobilizando entidades nas práticas de Educação Popular (Figura 1, Figura 2).



Figura 2 - Tenda do Afeto Popular referente à mobilização contra os retrocessos nas políticas públicas e direitos trabalhistas. Pelotas, RS, 2017.

As Tendas se movem, circulam, contornam, cirandam e tecem por meio de roda de conversação que trabalham questões de saúde e saúde mental, direitos humanos, educação, meio ambiente, alimentação sustentável, entre outros (Figura 3). Entende-se que, quanto mais formação de base política efetivada, mediada pelos afetos de alegria, amorosidade, parceria, solidariedade, respeito, reciprocidade entre outros, as pessoas também podem se mover, a espriar essa discussão de modo rizomático, principalmente contra moralismos e assumindo a vida como um valor ético político.

E esse processo viabiliza-se com e pelos afetos. Essa foi a 'loucura' de produzir diferenças no que já havia, pois é só os(as) 'loucos(as)' o bastante que se autorizam a fazer diferente e a abrir brechas; que se lançam a tecer o que não conseguem prever e nem saber no que vai reverberar, e muito menos é essa a intenção. E foram nos encontros que o afeto circulava e gerava novas possibilidades existenciais, de lidar, inclusive, com a própria condição humana, na sua dobra tão (des)conhecida – a loucura (Figura 3).



Figura 3 - Tenda do Afeto Popular realizada no dia 18 de maio, alusiva ao dia da Luta Antimanicomial em Rio Grande, RS, 2015.

Deste modo, as rodas de discussão mediadas pelos afetos foram importantes porque permitiram a ‘experenciação’ de práticas de cuidados possíveis, e é nessa experiência-ação que há a aprendizagem significativa, que reforça a ideia de que aprender não se faz somente com a ‘cabeça’, mas de corpo inteiro, com vibrações, sentimentos, cores e sabores que nos afetam e aos outros e outras (Figura 4).



Figura 4 - Roda de discussão no Mental Tchê na Tenda do Afeto Popular, São Lourenço do Sul, RS, 2015.

Mais ainda, nesses espaços, dos e nos encontros, inevitavelmente, são modos de subjetivação que produzem novas subjetividades (Figura 4, Figura 5).



Figura 5 - Tenda do Afeto Popular na Vila da Quinta, Rio Grande-RS, 2014. Atividade com crianças da comunidade. Educador: Lairton Bueno Martins.

Para além desta produção subjetiva, instaura-se no diálogo a confiança, que, por sua vez, é movida pela esperança. “Em *Pedagogia da Esperança*, tem-se a impressão que ela dá sustentação aos fios que se ligam para compor a existência individual, a história e a própria prática educativa [...] em *Pedagogia da Autonomia*, Freire associa a alegria como exigência do ensinar. Homens e mulheres como seres da esperança, estão diante da possibilidade de criar outro futuro” (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2017, p. 161). A esperança move para a busca e, consequentemente, impulsiona para transformação. “Eu espero na medida em que começo a busca, pois não seria possível buscar sem esperança” (FREIRE, 1979, p. 29).

O (im)pensável – brotos e contornamentos pela educação popular na relação com a loucura

Após a recriação da Tenda no Mental Tchê, muitas outras foram sendo construídas, dentre elas as Tendas do Afeto Popular - da ‘Loucura’, realizada em Pelotas, 2014 (Figura 6); o Março Lilás em várias comunidades de Rio Grande, 2015, 2016, 2017; com Agentes de Endemias, Vigilância Sanitária em Rio Grande, 2016; com Trabalhadoras e Trabalhadores na Estratégia de Saúde da Família em Rio Grande, 2015 e 2016.



Figura 6 - Primeira Tenda da Loucura com movimentos sociais da área de saúde mental em Pelotas, RS, 2014.

A da ‘Loucura’, realizada no 18 de maio, em Rio Grande, 2015 (Figura 7), na Unidade Básica de Saúde Rural no Bairro Bolaxa em Rio Grande, 2016; no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), em Rio Grande, no componente curricular Estágio de Saúde Mental de Técnicos em Enfermagem, 2014 e na Mostra de Trabalho do IFRS, 2015.



Figura 7 - Tenda da 'Loucura' realizada no dia 18 de maio, em Praça central no município do Rio Grande, RS, 2015.

Também, com trabalhadores e trabalhadoras de Saúde na 3ª CRS disparada por quem se sentiu contagiada, com vistas à discussão do Teto de Gastos com Saúde e Educação, em Pelotas, 2015, 2016; na Mostra da Atenção Básica regional Sul, realizada no município de Pelotas, 2015; no Loukolóquio, em Pinheiro Machado, 2015.

No ano de 2015, a Tenda do Afeto Popular foi incorporada no calendário oficial da Prefeitura Municipal do Rio Grande para integrar o “Março Lilás”. Foram realizadas quatro Tendas, uma em cada sábado do mês de março, em comunidades da periferia da cidade do Rio Grande. Houve a participação das servidoras do município, além da comunidade em geral, inclusive com muitas crianças que se encantaram pelas atividades, dinâmicas e sensibilizações realizadas na Tenda.

Também aconteceram no evento ‘Não Tchê Loukeie’ em Arroio Grande, 2016 (Figura 8); no Mentais Tchês subsequentes, de 2015, 2016, e no da Resistência em 2017; na Colônia Z3, no processo de mobilização contra a Emenda Constitucional 95 que está desmontando a saúde, a educação e outros direitos sociais na comunidade do Guabiroba, em Pelotas, no processo de mobilização contra esse desmonte, em 2016.



Figura 8 - Tenda do Afeto Popular no evento Não Tchê Lokeie, com aplicação de Reiki, município de Arroio Grande, RS, 17 de agosto de 2016.

Ainda, a Tenda aconteceu no II Seminário da Mulher do Campo e da Cidade de São Lourenço do Sul, 2016 (Figura 9); no dia 08 de março alusivo ao Dia Internacional da Mulher, das mulheres no seu protagonismo e marcação como dia de luta em Pelotas; várias Tendas no decorrer do ano de 2016 referente à mobilização 'Fora Temer'.



Figura 9 - Tenda do Afeto Popular no II Seminário da Mulher do Campo e da Cidade de São Lourenço do Sul, RS, 2016.

No final do mês de março de 2017, na vila da Quinta em Rio Grande, RS, também na perspectiva do saber popular de mulheres que produzem terapêuticas caseiras para o cuidado em saúde, e Tendas alusivas à Luta Antimanicomial e os Direitos Humanos em 2018, Pelotas-RS (Figura 10).



Figura 10 - Tendas da Loucura alusivas a Luta Antimanicomial e Direitos Humanos, Pelotas-RS, 2018.

Foi via Tendas que os Coletivos de educação popular na região sul denunciaram o ‘mau tempo’ (Golpe de Estado e avanço do neoliberalismo) e a criação também de estratégias de resistência. Essa é a loucura que move os Coletivos envolvidos neste processo (Figura 11).



Figura 11- Mística montada com anúncios do que foi nominado de ‘mau tempo’ em atividade realizada no município do Rio Grande, 2017.

As Tendas sempre contaram com a participação de pessoas vinculadas a Associação de Usuários e Usuárias dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas (AUSSMPE), por entender que o repensar a loucura deve ser construído nessa ação coletiva. E muitas foram as Tendas e ainda o são.

O envolvimento de pessoas usuárias na realização das Tendas, direta e indiretamente, mesmo com outras temáticas, mostra que a liberdade é o melhor remédio (Figura 12) no fazer juntos de recuperação, empoderamento, de pintar com as cores da singularidade de cada pessoa, louco do preconceito é aos olhos de quem vê, olhos fabricados a verem deste modo pelo processo histórico e cultural (FOUCAULT, 1978; 2000).



Figura 12 - Primeira Tenda da Loucura, com movimentos sociais da área de saúde mental, Pelotas, RS ano 2014.

As Tendas nas suas versões colocam em evidência que a loucura associada à doença estigmatiza e que, porquanto, provoca que se desnude o broto de outras loucuras, tais como a da resistência, cheia de potência de vida. Loucura, pois resistir implica em coragem e em romper com as formas instituídas. Então, a loucura é uma força motriz da vida.

Dos encontros, das trocas, das relações horizontais todos(as) são sujeitos envolvidos e comprometidos com as Tendas e o que nelas

produzem “Educador e educando (lideranças e massas), cointencionados à realidade, se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvelá-la e, assim, criticamente conhecê-la, mas também no de recriar este conhecimento” (FREIRE, 2014, p. 77).

Nas Tendias, acontece a valorização da singularidade, empoderamento, voz e vez, o sentir-se cuidado por alguém, sentir-se no cuidado de alguém e de coletivos, na militância em saúde mental, no enfrentamento do estigma com a oferta de outras possibilidades para a produção de saúde mental. Ocorrem pelas rodas de conversa Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), espiritualidade, que fomentam autonomia, e o protagonismo das pessoas que não são o que a biomedicina lhes atribui – o rótulo de doentes mentais.

De modo geral, as Tendias ocupam-se com temas que afetam a todas as pessoas, como, por exemplo, a importância do feminismo, pautar as situações de violência que envolvem as mulheres e propiciar nas comunidades essas discussões, de que tal cuidado com a mulher não se restringe somente a um mês, para disparar diálogos sobre a existência desta no contemporâneo e o quanto a violência e as discriminações são um problema de todos (as), porquanto social. A partir disso, saúde mental é a produção de vida no cotidiano, e não ‘ausência de doença’. E a loucura é justamente essa, escapar por todos os lugares daquilo que tenta aprisionar em conceitos e/ou instituições as pulsações do viver.

As experiências de educação popular por meio das Tendias, de certo modo, são contornamentos viáveis, na medida em que buscam outras formas de promover a autonomia das pessoas, de dar voz aos que se calam socialmente por serem considerados loucos e, deste modo, se praticar e anunciar uma outra sociedade com respeito a dignidade humana, singular ao tratar o outro em sua completude, com suas vivências, com sua própria condição de existência.

As Tendias, de modo geral, propõem rodas de conversas e práticas de cuidado com várias intervenções, através de cartazes, sarau de poesia, oficina de mandalas, ciranda de rodas, oficina de autocuidado, diálogo e práticas da Espiritualidade, saberes ancestrais, de plantas medicinais,

Aromaterapia, Biodança, Reiki, Acupuntura, yoga, entre outras atividades (Figuras 13).



Figura 13- Tenda da 'Loucura', realizada no 18 de maio, com atividades de Yoga, município do Rio Grande, RS, 2015.

Eis a prática com aromaterapia (Figura 14), na qual se trabalha com cheiros diversos, de várias plantas e aromas, passado de pessoa a pessoa e, após, é aberto para discussão sobre essa experimentação.



Figura 14 - Tenda do Afeto Popular com atividade de aromaterapia, município de Pinheiro Machado, RS, 2015.

Então, nas Tendas, sempre há espaço para o impensável acontecer, pois, através do diálogo, “encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado” (FREIRE, 2014, p. 109), é possível reformar concepções que se tem sobre as coisas, como, no caso, a loucura, cujo destino não deveria ser o manicômio, medicamentação da vida, os modos manicomialis de cuidado, e sim, nesse andar coletivo construtor de Tendas com as pessoas, com quem não se imagina encontrar, com quem não se espera compartilhar, e aprender e tecer outras possibilidades existenciais.

Tal como assinala Freire, de que o “papel fundamental dos que estão comprometidos numa ação cultural para conscientização não é propriamente falar sobre como construir uma ideia libertadora, mas convidar os homens (e as mulheres) a captar com seu espírito a verdade de sua própria realidade” (FREIRE, 1980, p. 91). Desta forma, o afeto vai contagiando, dado que “como presença consciente no mundo não posso escapar à responsabilidade ética no meu mover-se no mundo” (FREIRE, 2013, p. 20), jeito de fazer as Tendas, que sempre mobiliza muitas pessoas e movimentos sociais (Figura 2, 9 e 10).

As Tendas começavam antes mesmo de acontecerem. São rizomáticas, são feitas de ‘bordados’ coletivos, que tecem muitas redes enquanto se caminha. E as Tendas em si levam como lema que se façam valer processos que possam produzir empoderamento, como “eixo que une consciência e liberdade [...] para transformar as relações sociais de dominação” (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2017, p. 147), que facilitem a autonomia, enquanto “processo de decisão e de humanização que vamos construindo historicamente a partir de várias, inúmeras decisões que vamos tomando ao longo de nossa existência” (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2017, p. 53).

Na produção de empoderamento e autonomia, brotam produções de subjetividade e o impensável acontece. São destas experimentações que brotam outras relações com a loucura, por colocá-la em questão, ressignificando-a como potência, como coragem

de fazer e tentar tecer uma nova humanidade, construída na política do cotidiano. Loucura é a força que move e que se expressa na defesa da vida, pois coloca em xeque as normas, o dito como 'normal', os modos instituídos de fazer e viver, e se expressa como criação (Figura 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14 e 15)



Figura 15 - Tenda do afeto popular, um convite a (re)inventar a vida, as práticas de educação popular, e se questionar: Qual é a sua loucura?

As Tendas possibilitam a produção do conhecimento como uma prática indissociada da teoria e vice-versa no tempo em que acontecem, no processo de produção de subjetividades e realidades (GUATTARI, 1992), no caso percebido pelos movimentos realizados pelas pessoas, na capacidade de criar, (re) inventar, combater e alterar valores sociais, principalmente no que se refere à loucura. Essa produção de subjetividade produzida pela via da educação popular no que se refere à produção de outro sentido e relações quanto à loucura.

Por fim, a loucura e a educação popular como forças de luta

A problematização dialógica pode contribuir para produção de outro entendimento da loucura como algo inerente à subjetividade humana ou a qualquer outra significação que se queira atribuir a mesma, desde que libertária, bem como na produção de outra relação com a mesma, desconstruindo o invólucro em que foi colocada, de que a pessoa nestas condições é um incapaz e oferece perigo à sociedade, de que a segregação seria o melhor destino.

A educação popular é uma importante aliada nessa produção de outras relações com a loucura, pois é no diálogo de saberes diferentes que todas as pessoas podem se reformar em suas concepções e ações, e isso pode contribuir para fortalecer a luta antimanicomial e a mudança de modelo de atenção em saúde e da sociedade, com vistas a caminhar na garantia do direito à liberdade, da cidadania e, principalmente, da dignidade humana.

Referências

AGUIAR, Neuma. Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. **Soc. estado.**, Brasília, v. 15, n. 2, p. 303-330, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922000000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas** - uma arqueologia das ciências humanas (1926 - 1984). Trad.: Salma Tannus Muchail. 8ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade**. 9a, Paz e Terra. (O Mundo, Hoje, v. 10), 2002d.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire / Paulo Freire; [tradução de Kátia de Mello e Silva; revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintra]. – São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

_____. **Educação e Mudança** / Paulo Freire; tradução de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martins. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979 Coleção Educação e Comunicação vol. 1

_____. **Pedagogia do oprimido** /Paulo Freire 56ª ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. **Pedagogia dos sonhos possíveis** /Paulo Freire; Ana Maria Araújo Freire organizadora. – São Paulo: Editora UNESP, 2001.

OLIVEIRA, E. C. Prefácio. In.: FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOFFMAN, Erving. LEITE, Dante Moreira (tradução). **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GUATTARRI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Trad. Ana Lúcia Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Ed. 34, 1992.

GUIMARAES, A C A; VERAS, A B; CARLI, Alessandro D. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 10, n. 1, p. 91-103, abr. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177>. Acesso em 20 nov. 2018.

FERNANDES, A. M. D. & Joca, E. C. O 18 de maio como espaço de investigação e formação. **Psicologia & Sociedade**; 23(n. spe.), 170-176, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a20v23nspe.pdf>

LOPES, L A; DEUSDADO, M M. da S, LAGE, Allene Carvalho. A reforma psiquiátrica na perspectiva da construção da autonomia dos portadores de transtornos mentais. 2012. IV fiped- Forum Internacional de Pedagogia. Paraíba- BR. Editora Realize, 2012. Disponível em http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/5.07.pdf - acesos em 20 nov. de 2018.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. – 3. ed. 1. reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

UBESSI. Liamara Denise. A loucura das águas da não indiferença na produção de diferença - uma estética de resistências! **Tese de Doutorado**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas – UFPel, agosto de 2017.

LA SUBJETIVACIÓN EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA. EXPLORANDO UNA LECTURA

*Ricardo Zúñiga B.*⁷³◆,

Introducción a la presentación

Este texto, preparado con anterioridad para el Congreso, fue modificado en la presentación para situarlo tanto en el contexto de las presentaciones y de los intercambios de los dos días previos, y para tener en cuenta el tiempo disponible para su presentación oral.

Como prólogo, quisiera decir que mi punto de vista está anclado en el Quebec actual, en el que trabajo. Esta nación latina, de lengua francesa, es una provincia en el Canadá — una comunidad latina que no es fácilmente visible del resto de la América Latina : estamos. Como nación, ella se ha dado como lengua oficial el francés, a diferencia del resto del Canadá anglosajón. En el sistema federal del país, el Quebec tiene control de sus programas de salud, educación y justicia.

Y este país y esta nación son tierra de inmigrantes. Italianos, griegos, vietnamitas, chilenos ; y haitianos, dominicanos, colombianos ; más recientemente, tierra de acogida de kosovares, hindúes, Sikhs, norafricanos, eslavos — y aún más recientemente, de chinos y

73 □ Conferencia pronunciada el 27 de Diciembre de 2002 en el V Congreso Internacional de Psicología Social de la Liberación, tenido en la ciudad de Guadalajara, Estado de Jalisco, México. La dirección postal del autor es : École de service social, Université de Montréal, C. P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal, Québec, Canada H3C 3J7. Dirección electrónica : ricardo.zuniga@umontreal.ca o ricardozuniga@hotmail.com

Universidad de Montreal, Quebec, Canadá

argentinos. Trabajo con una Asociación Latinoamericana de servicios a los inmigrantes — una asociación que ha ido evolucionando y tal vez captando mejor su vocación, que es la de defender los derechos humanos de todo inmigrante, independiente de su origen o procedencia : los derechos humanos de acceso a los servicios de Estado, al trabajo, y al derecho a ser comprendidos... Me parece importante subrayar estos caracteres para explicar mejor el sentido de estas reflexiones.

1. La pregunta del ¿ Qué hacer ?

La acción comunitaria confronta una tarea difícil para definir sus metas concretas. La legitimidad social frágil de un espacio social reconocido a regañadientes por las voces que hablan a nombre de la sociedad, su propio rechazo de las imposiciones que se presentan como consensos sociales, los recursos limitados de los que dispone, su vulnerabilidad frente a políticas estatales : la pregunta necesita de una respuesta que no se puede deducir de marcos generales de interpretación, pero que tampoco puede limitarse a un análisis de coyuntura, necesariamente reactivo... Este trabajo es sólo un esbozo de un camino de respuesta, que enfoca sobre todo la lógica de la elección de un camino, utilizando la experiencia personal, las lecturas y las experiencias de trabajo comunitario actual en el Quebec.

2. El acercamiento del sujeto y el actor

Como psicólogo social, llevo ya hartos años esperando la llegada de una visión que *no* nos definiera profesionalmente a partir de la oposición conceptual del individuo a la sociedad. Ya he vivido los debates de los Estados Unidos sobre la autonomía en la sociedad de masas, sobre el individuo en traje gris, sobre el nuevo hombre industrial, sobre el modelo universal de desarrollo. Pude participar a la crisis oficialmente reconocida de nuestra disciplina de los años setenta, con las búsquedas de elementos de comprensión en las

raíces cristianas y en las lecturas marxistas. Trabajé en los intentos de desarrollar una psicología dialéctica, de buscar un fundamento a una ciencia relacional en la segunda tesis contra Feuerbach ; pero, cada vez que veo aparecer un nuevo manual en francés, me encuentro con una traducción al francés de un texto norteamericano o con una paráfrasis o una exégesis. Hojeo el índice, y sigo encontrando el individuo bombardeado por estímulos sociales, que no consiguen romper su espléndido aislamiento como mónada intrapsíquica (Zúñiga, 2002^a). Después de absorber lo poco que he podido de la psicología comunitaria y de la liberación, ahora escarbo diligentemente el trabajo reflexivo de los comunitaristas anglosajones como Selznick (2002), Etzioni (1998, 1995) y Taylor (1989).

Como profesor en una escuela de trabajo social exclusivamente francófona en un país y en un continente en que el francés tiene tan poco espacio político como científico en el Citation Index y en la lista de publicaciones de Current Contents, la pregunta del *¿ qué hacer ?* está encuadrada en un esquema bastante constrictivo. Si consigo pensar como quebecois, todavía me queda el trabajo de contribuir a que ese pensamiento sea generador de una acción transformadora.

La pista que quisiera explorar refleja esta búsqueda. Es una lectura de una situación concreta, la de los debates de la acción comunitaria en el Quebec actual ; es una lectura que es *mi* lectura, en la que no puedo separar claramente los autores que he leído de las experiencias que he vivido (Zúñiga, 1996). Los libros que leo los escriben otros, pero *yo* los elijo, *yo* los pago y *yo* los subrayo...

Empiezo con la perspectiva de Touraine, que ha sido para mí la más fecunda para crear el espacio de una acción comunitaria.

Lo esencial, hoy en día, es el oponerse a toda absorción de uno de los dos elementos de la modernidad por el otro [la racionalidad instrumental y la autonomía del sujeto]. Ello solo se consigue recordando que *el triunfo exclusivo de la razón instrumental lleva a la opresión, y que el de la subjetividad lleva a la falsa conciencia*. El pensamiento solo es moderno cuan-

do renuncia a la idea de un orden general, natural y cultural, del mundo, cuando combina determinismo y libertad, lo innato y lo adquirido, la naturaleza y el carácter de sujeto (Touraine, 1992, p. 252).

Nada debe apartarnos de nuestra afirmación central : *el sujeto es un movimiento social*. El sujeto no se constituye en la conciencia de sí mismo, sino en *la lucha contra el anti-sujeto*, contra las lógicas de los aparatos sociales — sobre todo cuando estas son industrias culturales o, a fortiori, cuando sus objetivos son totalitarios (Touraine, 1992, p. 317).

La introducción del sujeto en la acción social es así un llamado a la acción, no al ensimismamiento, en una acción que se gesta en el rechazo y en la afirmación alternativa :

Es el gesto del rechazo, de la resistencia, el que crea el sujeto. Lo que nos hace vivir a cada uno de nosotros como sujeto, es la capacidad de distanciarnos de nuestros propios roles sociales, el sentido del no pertenecer totalmente a estructuras sociales, y la necesidad de cuestionar. Y la subjetivación es siempre el polo opuesto a la socialización, a la adaptación a status y roles sociales — pero ello, siempre que esto no signifique encerrarse en una contracultura de la subjetividad sino, por el contrario, *comprometerse en la lucha contra las fuerzas que destruyen activamente el sujeto*. (Touraine, 1992, p. 318 ; itálicas en el texto).

La tarea exige buscar una identidad en el registro de la modernidad. Tal como la plantea Taylor (1989),

La identidad se plantea espontáneamente como :
¿ Quién soy yo ? Pero la respuesta no está en un nombre ni en una genealogía. La respuesta está

en comprender qué es lo que para nosotros es de importancia crucial. Saber quién soy es un subtema de saber cuál es mi toma de posiciones. Mi identidad la definen mis compromisos y mis identificaciones, que me proveen del marco de referencia para determinar caso a caso qué es bueno, valioso, que debiera hacer, qué apoyo o qué opongo ; en otros términos, mi identidad es el horizonte de sentido que me permite tomar posiciones [27]

Los obstáculos que hacen la tarea vagamente quijotesca siguen siendo las confusiones entre un proceso de subjetivación que es autoconstrucción del sujeto y la crítica del subjetivismo como distorsión epistémica. La tarea por delante sigue siendo subversiva, porque denuncia la fragilidad de una ideologización que sólo puede justificar un orden dado como un dato natural : un positivismo alienante, una globalización que es la hegemonía de una nación, una productividad que sólo es imperio. Y sigue requiriendo una presencia de un sujeto que sea una dinámica de acción. No puedo evitar el desafío planteado por Bourdieu :

Un trabajo de objetivación sólo es controlado científicamente en el grado de la objetivación a la que se haya sometido al sujeto que hace la objetivación. Por ejemplo, cuando trabajo para objetivar un objeto como la universidad francesa de la que formo parte, tengo como objetivo — y debo estar consciente de ello — objetivar todo un aspecto de mi inconsciente específico que podría obstaculizar el conocimiento del objeto, ya que todo progreso en el conocimiento del objeto es también un progreso en el conocimiento de la relación al objeto [...]. En otros términos, más probable es que pueda ser objetivo mientras más haya objetivado mi propia posición (social, universitaria, etc.) y también los intere-

ses, especialmente los propiamente universitarios ligados a esta posición (Bourdieu, 2001, pp 180-181).

Dicho en otros términos, tal vez más accesibles, la posibilidad de un conocer anclado en la objetividad depende de la conciencia que tenga de ser el sujeto que la ilumina...

3. Experiencia personal y lecturas plausibles

Siguiendo la admonición de Bourdieu, tendría que decir que mi experiencia es una que no puedo sino entender con el sentido que le doy *hoy*, pero que sigue siendo una historia personal y una historia social.

Educado en Chile en un colegio privado británico, obligado a hablar inglés en recreaciones, deportes y actividades extra-académicas, sigo algunos años estudiando Medicina. En ambas, me fascina el sentido de respeto a la estructura social, a la persona como funcional a un sistema de relaciones. En el colegio, el hombre ideal era el caballero cristiano británico, el representante de esa cristiandad musculosa, que glorificaba Rudyard Kipling. El individuo se definía por el proyecto social, que era el Imperio Británico : la subjetividad tenía poco que contribuir. La Medicina fue para mí un cambio importante. Me encontré fascinado por una visión de una medicina social, que compartían las militancias de izquierda y demócratas cristianas : *la salud describía una colectividad más que un individuo*. La visión que Allende había hecho conocida era la de los sectores conscientizados, y ponía el proyecto de sociedad al centro de la definición de la tarea médica. Fueron compañeros de curso provenientes del Colegio de San Ignacio que me llevaron de la Medicina de reparación a la Medicina de la visión de sociedad... y que me llevaron a abandonar en cuarto año de Facultad, para entrar a la Compañía de Jesús. Fue allí donde empecé a estudiar Psicología ; ahí, también, me tocó compartir un tiempo con Ignacio.

Y ahí encajó mi entrada a Harvard, en una época de la gran teoría, en que la orgía sistémica había llevado a la conclusión que era absurdo seguir pensando en Psicología, Sociología, Antropología y Lingüística como disciplinas autónomas : fui admitido a un “ *Departamento de Relaciones Sociales* “, que fusionaba la formación fundamental de las cuatro y que todavía me orienta (Zúñiga, 2001^b). Esos fueron años de transición de estudiante jesuita a psicólogo social, que se convirtió en la tarea que elegí. En los años en que estuve en la Compañía terminaron de asentarse convicciones profundas : *un sentido de la persona humana como autonomía y proyecto, pero que eran libertad y asunción de un proyecto colectivo, de un sentido de caminar juntos, buscando un bien común.*

De la psicología social sistémica, funcionalista de mis maestros, de Talcott Parsons y de Gordon Allport, a través del sentido de identidad histórica de Erik Erikson, del hombre industrial de Inkeles, del temor de David Riesman de una sociedad que perdía el sentido de la autonomía en una “Muchedumbre solitaria”, de la motivación logro de McClelland, del constructivismo de Rosenthal, con su efecto Pígmalión y su lectura escéptica de las objetividades científicas, volví a Chile, a vivir tranquilamente como psicólogo social académico, en una torre de marfil que me resultaba muy atrayente.

Llegué cuando Allende acababa de ser elegido presidente, con la sorpresa de muchos y con la mayoría dividida entre los de la alegría desbordante y los del pánico irracional. Llegué al Instituto de Sociología de la Universidad Católica, que era la fuente de reclutamiento y la escuela de cuadros de uno de los partidos marxistas de la Unidad Popular. Me integré como militante, y hasta allí llegó la vida tranquila de académico.

Chile era un campos de fuerzas incompatibles, incommunicables. Recuerdo haber revisado con mi esposa nuestra vida social, para descubrir que en los tres años de nuestro matrimonio no habíamos incluido entre nuestros amigos o círculo social ningún derechista ni ningún demócrata cristiano — dos tercios del país. Del funcionalismo

a los estructuralismos, la ruptura social encontró su fundamento epistemológico : Althusser y Lévy-Strauss, Hinkelammert, Mattelart y Dorfman abrieron nuevos campos de análisis ; pero la pérdida de lo que los filósofos jurídicos llaman et espíritu de sociedad limitó nuestras posibilidades de confrontar nuestras propias convicciones. Éramos enemigos irreconciliables, luchábamos por proyectos sociales radicalmente incompatibles, no hablábamos el mismo idioma, no cabíamos en un mismo país. Todos éramos agentes de cambio — pero los cambios eran incompatibles (Zúñiga, 1975).

Cuando tuve que salir del país con cierta premura, un par de semanas después del golpe militar, aterricé primero en Estados Unidos, gracias a mis profesores que me ayudaron a ubicarme, enseñé en la Universidad de la Ciudad de Nueva York y en el College del Sindicato de Empleados Municipales, y tres años después obtuve un puesto en una escuela de trabajo social en Montreal, en la que estoy hasta este día, trabajando sobre todo en evaluación comunitaria (Zúñiga 2002^b, 2002^d, 2001^a). Humanismo estructuralista, psicología social funcionalista que se reconstruye como psicología marxista, militantismo leninista, inserción inmigrante en una sociedad con raíces católicas tradicionales con un fuerte sentimiento de comunidad... Tratar de entenderse es tratar de entender, tratar de entender es tratar de entenderse — y eso explica mi fascinación con el pensamiento actual de Alain Touraine.

Cuando Touraine describe ahora su propio camino intelectual lo hace en cuatro pasos, que creo son tan importantes para mí como para una comprensión adecuada de la evolución de la sociología :

- sus primeros trabajos, centrados en el estudio de *la sociedad como entidad*, como un sistema funcional,

- a *la sociedad como movimiento histórico en construcción*, la conciencia que las estructuras presentes en una sociedad sólo son la consagración de las fuerzas que la moldean y la transforman, de los *movimientos sociales* de hacen que la autoproducción de la sociedad sea una transformación continua,

– a “*substituir una sociología del sistema social por una sociología del actor*”, que es situar los movimientos sociales más explícitamente como la acción de personas y grupos, que son los que le imparten su realidad, y en una cuarta y última etapa

– a *entender los actores no sólo en términos de su función social, sino como personas productoras de sentido* (más allá de considerarlas simplemente como futuros creyentes o futuros militantes : “*en vez de explicar sus conductas en función del sitio que ocupan y de sus intereses en el sistema, busco, más bien, a evaluarlos como actos de creación o de destrucción de su capacidad de acción autónoma*” — y esta acción es la de un sujeto, “es decir, la auto-producción del actor” (Touraine y Khosrokhavar, 2000, 7). ¿ Qué vino primero ; su experiencia personal o su lectura en términos de una teoría que llega a proponer o imponer un orden de significación ? No creo que su respuesta sea clara ; en mi caso, ni siquiera trato de responderlo.

4. El Quebec comunitario actual

Demasiado largo de desarrollar y demasiado local para los fines de esta presentación, prefiero resumir la historia del Quebec en forma brutalmente simplificada e interpretada.

Para mí, la historia de esta nación francesa de inmigrantes bretones es una del diálogo entre la Iglesia Católica que los encuadró y el Estado que ella favoreció y apoyó como base para un pacto de fusión de intereses.

En el primer par de siglos desde la llegada de colonos, la Iglesia se vio como la defensora de la fe es un mundo controlado por una mayoría anglófona, muy estrechamente integrada al Imperio Británico. La Iglesia era el baluarte de la tradición, de su fundamento católico y de su acerbo cultural. Fue la Iglesia la que produjo y cultivó el nacionalismo como una expresión militante de los valores, y lo hizo a través de dos armas. El francés apareció como el símbolo central del nacionalismo, tanto instrumento de cohesión como muralla china

frente a una amenaza protestante, que era la mayoría del país ; y la natalidad fue predicada como moral y estrategia. Tal vez, puesto en términos algo brutales pero que explican mucho de la sociedad actual, el arma política de la Iglesia y de la comunidad que ella alimentó y organizó, no fue la metralleta, sino el cuerpo de la mujer. La que se conoció oficialmente como “la batalla de las cunas” fue la promoción de la familia la más numerosa posible con una meta explícita de aumentar el peso demográfico del Quebec en un país que tomaba muchas de sus decisiones políticas en términos de porcentajes relativos de población. Durante muchas décadas, el Quebec mantuvo su peso demográfico por encima del 25% de la población del Canadá — y gozó de los beneficios de esta ponderación.

Es sólo en los años sesenta que la conciencia nacional tiene una evolución política en la que el proyecto nacional comienza a ser la preocupación primera del Estado. El Estado, que había dejado los valores a la Iglesia, comienza a incorporarlos a su discurso y al fundamento de sus políticas. La que se llamó “la Revolución Tranquila” de los años sesenta es una afirmación nacional que ya se plantea en términos más explícitamente políticos, y que el Estado hace explícita en un sinnúmero de “encíclicas laicas” : informes, libros blancos, programas políticos que cubren la educación, la salud, la familia, la investigación científica, todos basados en un hábil juego de identificación del Estado a la comunidad nacional, en un subrayar que *“ciencia e investigación deben ser comprendidas como actividades sobre las que la colectividad tiene derechos democráticos”*, que *“la ciencia es una riqueza colectiva de la que tanto su gestión y su desarrollo están arraigados en el espacio y tiempo de un país, de una economía, de una cultura y de una estructura social y política... sentido en el que es falso sostener que la ciencia no conoce fronteras”*. Las dos afirmaciones llevan a un corolario político característico : *“el gobierno será el defensor y el promotor de las prioridades colectivas en sus relaciones con la comunidad científica del Quebec”* (Gobierno del Quebec, 1980).

La segunda nota que caracteriza esta definición autoritaria y paternalista del Estado québécois es importante para los debates que tengamos sobre la acción comunitaria. Al subrayar la estructura política, esta lógica favorece el identificar la comunidad a lo local, a utilizar las connotaciones particularistas para limitarla a lo que el gobierno llama “el enfoque local” — la traducción política de la parroquia como una comunidad de vida cerrada en sí misma, restringida a lo interpersonal, a la beneficencia. Es esta concepción de “la comunidad” que sigue siendo el obstáculo principal a su politización, descomponiéndola en islotes locales. El tema, materia de un debate que aún no ha tenido lugar, está planteado por Selznick como la tarea necesaria de acercar las vivencias particularistas y universalistas. Me tomo la libertad de incluir una larga cita, por la importancia de su contribución a los debates sobre qué sea la comunidad :

De los dos, el particularismo es el más seguro y el más primario. [...] La identificación con un grupo de pertenencia es un impulso poderoso, fácilmente explicable por el apoyo psíquico que ofrece y por el poder social que lo apoya. Se puede decir, así, que el particularismo está sobredeterminado, que es el producto de variadas causas convergentes, cualquiera de las cuales bastaría para mantener un alto nivel de compromisos con los familiares, la localidad y la comunidad primaria.

El universalismo es más precario — y más distintivamente humano. El punto de vista impersonal es un resultado de, 1, la capacidad de razonar, y 2, la experiencia de cooperación y de reciprocidad. La capacidad de razonar crea exigencias (del propio ser como de los otros) de consistencia y de justificación. Ellas se convierten en rasgos característicos de la interacción humana. Como resultado, el argumento moral colorea la vida cotidiana. Es en todas partes un elemento importante del orden simbólico que llamamos cultura (110–111).

El particularismo y el universalismo pueden ser comprendidos útilmente como polaridades contrastantes, como modos de relacionarse a sí mismo y a los otros que son muy diferentes y aún incompatibles. Definen moralidades distintas y tal vez formas de vida diferentes. El universalismo calza bien con valores centrados en la consecución de metas y con modos de pensar y actuar que son instrumentales más bien que expresivos. El particularismo, por su parte, es la ética característica de una sociedad tradicional : lo que cuenta es quién seas, no lo que puedes hacer o cuáles son tus metas.

Sin embargo, ambas moralidades coexisten, además de competir entre ellas. Ello es en parte porque el universalismo es un acompañante natural de la formación de comunidades. A medida que las oportunidades de cooperar aumentan y que se perciben sus beneficios, el altruismo no queda limitado a un pequeño grupo de parientes cercanos. El particularismo se diluye a medida que la comunidad se expande. Más y más gente son reconocidas, primero como semejantes y luego como colegas o miembros del mismo grupo al que pertenecemos [in-group]. En el estado-nación moderno, las connotaciones particularistas de ciudadano no se pierden, pero se atenúan mucho. La experiencia de ciudadanía favorece perspectivas más amplias y disminuye la importancia de lazos primordiales de familia, tribu, religión y localidad. El patriotismo y el nacionalismo siguen existiendo, como expresiones benignas o virulentas del impulso particularista.

Las exigencias cotidianas de la vida grupal garantizan la coexistencia de ambas perspectivas. La ética del particularismo puede primar en la familia y en muchos grupos comunales, pero no puede satisfacer plenamente las necesidades psíquicas de los miembros o las exigencias de una organización social eficiente. En la división del trabajo, así como en la distribución de los recursos, las concepciones de lo justo aparecerán, aún allí donde los vínculos primarios son fuertes ; los criterios de mérito y de realización son demasiado útiles para ser descartados ;

las reglas y los principios son hechos explícitos, porque la gente espera consistencia y exige justificaciones (Selznick, 1995, 110-111)

Y es a esta sociedad que llegamos nosotros, los inmigrantes, a la sociedad todavía construida sobre una imagen comunitaria de un “ nosotros ” homogéneo pero sin rechazos xenofóbicos fuera de la urticaria anti-británica y anti-Canadá inglés. Esta sociedad, que es una que guarda los valores de solidaridad y de voluntad igualitaria, confronta la necesidad de buscar una independencia cultural en una independencia económica, que lleva a aceptar las reglas del juego norteamericano : se comienza a hablar más o menos en broma del “Quebec sociedad anónima”, *se comienza a medir el orgullo nacional en indicadores económicos*. Mas o menos en broma. Quedó un sentido de comunidad, de solidaridad, de social-democracia, un sentido que defiende hasta hoy la gratuidad total de los servicios de salud, la educación cercana a la gratuidad ; pero que observa con aprehensión los costos y los déficits, que socavan las bases que legitiman el un proyecto independentista. El nacionalismo québécois sabe que la liberación de Toronto y del poder central federal de Ottawa necesita de la bendición de Wall Street.

No es fácil asimilar los inmigrantes, no es fácil asimilarlos. Los políticos clásicos nos ven como obstáculo a la homogeneidad cultural necesaria para asegurar la estrategia heredada. Ya no se habla de los “franco-canadienses” : ahora se habla de los Québécois. Pero quién es verdadero québécois : sólo el francófono de origen, el bretón católico, o todo francófono de nacimiento ? O todo habitante del Quebec, independiente de la lengua, del color de la piel, de su raigambre reciente ? La sociedad actual exige que la acción comunitaria busque sus acciones colectivas en los intereses y en los anhelos que expresen su identidad en sus reivindicaciones ; pero las identidades son múltiples, se superponen, oponen las ideologías identitarias integristas a las adaptativas que fracturan las identidades y las pertenencias heredadas, que se encarnan en tensiones familiares y

en cismas culturales. Me parece muy claro que en el Quebec actual, la acción comunitaria pasa por la aceptación de una sociedad culturalmente heterogénea. El desafío es definir esta “aceptación” : ¿ realidad factual, interpretación selectiva ?

[Y el desafío es de talla. En el organismo comunitario de ayuda a los inmigrantes, con el que colaboro, reviso las estadísticas : las 2 500 personas acogidas en año pasado provenían de 100 países diferentes, con un 30% de árabes, 24% de latinoamericanos, un 10% de eslavos, amén de los provenientes de países hindúes, de sudafricanos, y de un 4% solamente de países de la Europa del Oeste]. Para nosotros, ahora, pensar comunidad es pensar confluencia — Estado, empresa privada y movimientos comunitarios reconocidos — y también confluencia de culturas, de religiones y de hábitos que nunca se vivieron relativizados. A la reunión emocionante del par de miles de familias que han adoptado con grandes esfuerzos chinitas de los orfelinatos se yuxtaponen las guerras de gangs en algunas escuelas secundarias, en que vietnamitas y dominicanos hacen sudar a las autoridades de la escuela y de la policía comunitaria...

He querido tratar del Quebec como un ejemplo *particular*, que puede ser iluminador más allá de su singularidad, pero que es difícilmente iluminado por estudios comparativos o por generalizaciones universalistas. Mi problema de inmigrante, de saber si soy un verdadero québécois va de la mano con el de saber si tengo derecho estricto de considerarme un psicólogo social latinoamericano... *[... o vasco. En Bilbao, tuve una experiencia que, para mí, fue muy emocionante. Cuando me presentaron como un profesor canadiense a un colega, el rostro se le iluminó ; Zúñiga... pues, hombre, ¡ Yo también soy de Navarra ! Un Zúñiga es un vasco y un navarro, pasen los siglos que pasen, viva donde viva...]*

5. Una respuesta más asentada

Este es el camino que quería ilustrar : el de la confluencia de sujetos y actores individuales y colectivos. Es un camino resbaloso, que no puede caer en la tentación retórica de crucificar la dicotomía

actor y sujeto y reemplazarla con una relación que es en parte distinción y en parte fusión confusa. Me encuentro trabajando con grupos comunitarios que se orientan a trabajar con inmigrantes y con naciones autóctonas, y con grupos de inmigrantes que rechazan la integración que trata de imponer el gobierno, que no se reconocen en el DSM-4. El derecho humano al respeto comienza con el derecho a ser comprendido, y los servicios sociales y sanitarios tratan de ofrecer servicios de intérpretes para todos los idiomas — tarea siempre difícil. La búsqueda del empleo escaso, el reequilibrio familiar con una igualdad para la mujer, una autonomía para los hijos y un control estatal de la violencia familiar son inquietantes para muchas culturas, incluyendo la local. En la escuela más cercana a la universidad, que se llama incongruentemente San Pascual Bailón, el catastro reconoce la necesidad de comunicación en los 82 idiomas que hablan las familias del barrio, que muchas veces no hablan otro idioma que el propio : refugiados políticos hutus, familias de kurdos, niños en la maternal sin otro punto de referencia que el del único idioma que comprenden y en el que se sienten comprendidos...

El instrumento con que contamos para la acción comunitaria no puede ser el de una acción militante centrada en reivindicaciones genéricas ; tampoco puede ser una mezcla de beneficencia y psicoterapia universalista. La evidencia del potencial social de todo sufrimiento se funde con su cara personal, recordada por cada velo musulmán, cada turbante Sikh y cada indumentaria tradicional Hassidica [los problemas de las escuelas incluyen largas discusiones sobre el velo musulmán, del cual una muchacha hacía la reflexión que en las escuelas católicas, sólo la Virgen María tenía derecho a usarlo, y sobre el derecho masculino de llevar el kukri o cuchillo tradicional Sikh a la vista... y el espectáculo simpático de los miembros Sikhs de la Policía Montada, que tienen el derecho religioso a desfilar reemplazando el sombrero plano por el turbante y la barba frondosa hasta el pecho].

La pista seguida en esta reflexión es la de *la subjetivación creciente en la acción comunitaria en mi mundo de adopción*. Pero

entendámonos. Subjetivación no es subjetivismo : el precio de la acción comunitaria autónoma no puede ser el psicologismo individualista ni el colectivismo homogéneo. Estamos hablando de *actores sociales* que son plenamente los *sujetos autónomos de su acción*. Personalmente, sigo viviendo consciente de estar en el sótano económico de los Estados Unidos, en el traspatio intelectual de la Francia. Ni uno ni otro nos toman demasiado en serio. Pero vivo en buena compañía. Con gente honesta, directa, con un profundo sentido de respeto y de solidaridad social con el otro, sean cuales sean sus raíces. Esta conciencia de habitar sótano y traspatio no son tanto frustraciones como balizas para una acción comunitaria que debe resignificar géneros, grupos etarios y culturas, buscando el desarrollo de los valores de una comunidad (Selznick, 2002). Y este proceso de hacer su propia historia, que Charles Taylor sitúa como lo medular de la construcción identitaria me hace pensar en una imagen un poco violenta pero no menos real. Cuando me pienso, entiendo mi identidad como una identidad de perro vago. La definición no se hace por la raza, por la estirpe, por la clase social ; tampoco se hace por la pertenencia geográfica — ni, menos aún — como identidad con el propietario. Resonancia lejanas de la canción salvaje de Facundo Cabral o de Jorge Cafrune, la identidad moderna se rebela a ser definida por pertenencias impuestas. El perro vago, el campesino itinerante no sólo negación de pertenencias impuestas : son, más esencialmente, afirmaciones del derecho a constituirse en sujeto, a elegir libremente entorno y relaciones, a construirse como sujeto en el proceso de construir su mundo colectivo.

Volvamos a nuestro problema : ¿ *Qué hacer* ? La reflexión comunitaria lidia con la definición estatal de la ciencia. Mi trabajo en la evaluación de organismos comunitarios es un esfuerzo continuo por buscar la autonomía que se les reconoce en el papel (Québec, 2001) y acercarla a una responsabilidad que hace de ella un instrumento de acción social efectiva (Colloque UQÀM, 2001 ; René et al., 2001). Una ciencia a la Latour (1999) al servicio de un proyecto colectivo

a la Touraine... Este me lleva algunos años más, pero me identifico e identifico mi trabajo con su etapa actual, en la que quiero terminar :

No pienso haber llegado al final de mi camino intelectual, a un pensamiento perfectamente integrado. Al contrario, estoy persuadido que si tuviera una cuarta etapa en mi vida, ella sería diferente de la que vivo hace diez años. *Iría probablemente cada vez más hacia el sujeto mismo, daría cada vez mayor prioridad al proceso de la creación y de la destrucción del sí mismo.* Siento que consagro espontáneamente la mayor parte de mi tiempo a reflexiones sobre los acontecimientos, que las hago por análisis de tipo histórico, político y otros — y no tengo ganas de renunciar a ello. Continuaré, especialmente a interesarme a la América Latina. Pero también siento que debiera utilizar los años que me quedan a alejarme más de los acontecimientos mundiales y consagrar lo principal de mi tiempo al estudio de las relaciones personales, *a buscar el sujeto personal en la experiencia individual en todas sus formas.* Me imagino que esta fase de mi vida no se realizará ; pero si debiera haber una evolución en mi vida, ella sería la de tratar de conocer *cómo una persona concreta vive su vida.* Si el sujeto es el tema de la tercera etapa de mi vida, el tema de la cuarta, si llego a realizarla, deberá ser la experiencia de sí mismo (Touraine, Khosrokhavar, 2000, 134).

Referencias

BOURDIEU, P. (2001) *Science de la science et réflexivité*. Paris, Raisons d'agir.

COLLOQUE UQÀM (2001) *L'évaluation en milieu communautaire : expériences pertinentes, outil stratégique, enjeux politiques*. Université du Québec à Montréal, Services aux collectivités.

ETZIONI, A., Ed. (1998) *The essential communitarian reader*. Lanham, MD, Rowman & Littlefield.

ETZIONI, A., Ed., (1995) *New Communitarian Thinking. Persons, Virtues, Institutions, and Communities*. Charlottesville, University of Virginia.

LATOUR, B. (1999) *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona, Gedisa.

PHILLIPS, K. (2002) *Wealth and Democracy. A Political History of the American Rich*. New York, Broadway Books.

RENÉ, J-F, D. FOURNIER, M. DUVAL, S. GARON (2001) *Les organismes communautaires au Québec. Des pratiques à la croisée des chemins*. Rapport de recherche sur la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et les transformations dans les pratiques des organismes communautaires. Montréal, Centre de formation populaire, Relais-femmes.

SELZNICK, P. (2002) *The Communitarian Persuasion*. Washington, Woodrow Wilson Center Press, Johns Hopkins University Press.

TAYLOR, C. (1989) *Sources of the self : The making of the modern identity*. Cambridge, Mass. : Harvard.

TOURAINE, A., KHOSROKHAVAR, F.(2000) *La recherche de soi. Dialogue sur le sujet*. Paris, Fayard

TOURAINE, A (1995) La formation du sujet. Dans DUBET, F, WIEWIORKA, M., dirs. de l'éd. (1995) *Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine*. Colloque de Cerisy. Paris, Arthème Fayard. P. 21-45.

TOURAINE, A. (1992) *Critique de la modernité*. Paris : Fayard.

QUÉBEC, Gouvernement (2001) *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec.
<http://www.mess.gouv.qc.ca>

QUÉBEC, GOUVERNEMENT DE (1980) *Un projet collectif. Énoncé d'orientations et plan d'action pour la mise en œuvre d'une politique québécoise de la recherche scientifique*. Québec: Éditeur officiel.

ZÚÑIGA, R. (2002^a) Las resonancias prácticas de la metateoría en psicología social. En MORALES, J. F., D. PAEZ, A. L. KORNBLIT, D. ASUN (Eds.). *Psicología Social*. Buenos Aires :Prentice-Hall. Cap. 3, pp. 39–56.

ZÚÑIGA, R. (2002^b) El psicólogo social en la evaluación social de programas. En MORALES, J. F., D. PAEZ, A. L. KORNBLIT, D. ASUN (Eds.). *Psicología Social*. Buenos Aires :Prentice-Hall. Cap. 20, pp. 503–524.

ZÚÑIGA, R. (2002^c) La recherche qualitative appliquée et la reconstruction de l'ordre. Présentation au Colloque de l'Association de la recherche qualitative, ACFAS 2002. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca>

ZÚÑIGA, R. (2002^d) *La evaluación en la acción social. Autonomías y solidaridades*. A ser incluido en <http://www.erudit.org>

ZÚÑIGA, R. (2001^a) L'évaluation et le publique : science, éthique et politique. *Cahiers de recherche sociologique* (Université du Québec à Montréal), 35, L'évaluation sociale : un enjeu politique, 15–30.

ZÚÑIGA, R. (2001^b) Psicología, ciencias y profesiones : los diálogos interdisciplinarios e interprofesionales. Sociedad Interamericana de Psicología, XXXVIII Congreso, Santiago de Chile. A ser incluido en <http://www.erudit.org>

ZÚÑIGA, R. (1996) El trabajador social como actor y sujeto. *Perspectivas. Notas sobre intervención y acción social*. Universidad Católica Blas Cañas, Santiago de Chile, Año 2, N° 4, pp. 7-21.

ZÚÑIGA, R. (1975) The experimenting society and radical social reform: the role of the social scientist in Chile's Unidad Popular experience. En M. Bulmer et D. P. Warwick (éds.) *Social research in developing countries*. John Wiley & Sons, 1983, 331-348. (Versión abreviada del artículo). Traducido con el mismo título en I. Martín-Baró, editor (1976, tercera edición 1985), *Problemas de Psicología Social en América Latina*. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, San Salvador, El Salvador UCA Editores. Pp. 21–51. *American Psychologist*, 1975, 30, 2, 99-115.

