

EDUCAÇÃO POPULAR E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

IDEIAS, SABERES E EXPERIÊNCIAS

José Augusto de Sousa Rodrigues
Pedro José Santos Carneiro Cruz
(ORGANIZADORES)



**EDUCAÇÃO POPULAR E
PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
IDEIAS, SABERES E EXPERIÊNCIAS**



EDUCAÇÃO POPULAR E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA IDEIAS, SABERES E EXPERIÊNCIAS

José Augusto de Sousa Rodrigues
Pedro José Santos Carneiro Cruz
(organizadores)

Editora do CCTA/UFPB
João Pessoa
2020



REITORA
VALDINEY VELOSO GOUVEIA

VICE-REITORA
LIANA FILGUEIRA CAVALCANTE



Diretor do CCTA
ULISSES CARVALHO DA SILVA

Vice-Diretor
FABIANA CARDOSO SIQUEIRA



Conselho Editorial
CARLOS JOSÉ CARTAXO
GABRIEL BECHARA FILHO
MAGNO ALEXON BEZERRA SEABRA
JOSÉ FRANCISCO DE MELO NETO
JOSÉ DAVID CAMPOS FERNANDES
MARCÍLIO FAGNER ONOFRE

Editor
JOSÉ DAVID CAMPOS FERNANDES

Secretário do conselho editorial
PAULO VIEIRA

Laboratório de jornalismo e editoração coordenador
PEDRO NUNES FILHO

Diagramação e Design da Capa
AMANDA PONTES

Copyright © 2020 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: Programa de Extensão e de Pesquisa "Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica" (PINAB) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Apoio: Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da UFPB, Área de Saúde Coletiva do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB, Departamento de Nutrição da UFPB, Linha de Educação Popular do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPB, Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Economia Solidária e Educação Popular (NUPLAR) da Pró-Reitoria de Extensão da UFPB e Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde.

Crédito das imagens: Luiz Gonzaga Gonçalves

Ficha catalográfica elaborada na Biblioteca Setorial do CCTA da Universidade Federal da Paraíba

E24 Educação popular e promoção da saúde na atenção primária: ideias, saberes e experiências [recurso eletrônico] / Organização: José Augusto de Sousa Rodrigues, Pedro José Santos Carneiro Cruz. - João Pessoa: Editora do CCTA, 2020. – (Coleção PINAB)

Recurso digital (7,68MB)

Formato: ePDF

Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN: 978-65-5621-119-0

1. Educação e Saúde. 2. Educação Popular. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Rodrigues, José Augusto de Sousa. II. Cruz, Pedro José Santos Carneiro.

UFPB/BS-CCTA

CDU: 37:614

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
ÁREA DE SAÚDE COLETIVA**

Professores(as)

ALDENILDO ARAUJO DE MORAES FERNANDES COSTEIRA
ALEXANDRE JOSE DE MELO NETO
ANDRE LUIS BONIFACIO DE CARVALHO
ANDRE PETRAGLIA SASSI
DANIELLA DE SOUZA BARBOSA
DANILO FERNANDES COSTA
DANYELLA DA SILVA BARRETO
DILMA LUCENA DE OLIVEIRA
EDUARDO SIMON
ERNANI VIEIRA DE VASCONCELOS FILHO
FELIPE PROENCO DE OLIVEIRA
GABRIELLA BARRETO SOARES
HELOISA MOREIRA ESTRELA
ISAUNIR VERISSIMO LOPES
JANINE AZEVEDO DO NASCIMENTO
JULIANA SAMPAIO
LUCIANO BEZERRA GOMES
MARIA DO SOCORRO TRINDADE MORAIS
PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ
RICARDO DE SOUSA SOARES
WLADIMIR NUNES PINHEIRO

Grupo de Condução da Saúde Coletiva

ANDRE LUIS BONIFACIO DE CARVALHO
DANILO FERNANDES COSTA
ERNANI VIEIRA DE VASCONCELOS FILHO
JANINE AZEVEDO DO NASCIMENTO

Coordenação da Residência de Medicina de Família e Comunidade

FELIPE PROENCO DE OLIVEIRA
DILMA LUCENA DE OLIVEIRA
ANDRE PETRAGLIA SASSI
ANDRE LUIS BONIFACIO DE CARVALHO

Coordenação do Programa de Extensão e de Pesquisa PINAB

ANA CLAUDIA CAVALCANTI PEIXOTO DE VASCONCELOS
DANIELLA DE SOUZA BARBOSA
PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
-------------------	----

Andre Luis Bonifacio de Carvalho

Danilo Fernandes Costa

Ernani Vieira de Vasconcelos Filho

Janine Azevedo do Nascimento

PRÉFACIO - ENTRE ENCONTROS E REFLEXÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	16
---	----

Felipe Proença de Oliveira

ENFOQUES SOBRE EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	27
--------------------------------------	----

Eduardo Navarro Stotz

EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE.....	51
-------------------------------	----

Maria Waldenez de Oliveira

MOVIMENTOS SOCIAIS E EDUCAÇÃO POPULAR: CONSTRUINDO NOVAS SOCIABILIDADES E CIDADANIA.....	72
--	----

Maria do Socorro Xavier Batista

AS REDES DE APOIO SOCIAL E A EDUCAÇÃO POPULAR: APERTANDO OS NÓS DAS REDES.....	88
--	----

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS POBRES OPRIMIDOS E MARGINALIZADOS E O AMOR...111	
--	--

Eymard Mourão Vasconcelos

COMO APRENDI A ABORDAR AS QUESTÕES SOCIAIS COM OS PRINCÍPIOS FREIRIANOS...151	
---	--

Pedro José Santos Carneiro Cruz

CONHECER ATRAVÉS DE ATITUDES POPULARES HUMILDES: UMA EPISTEMOLOGIA NO ATO DE RISCO DE APRENDER CAMINHANDO NAS INCERTEZAS ESPIRITUAIS E FÍSICAS.....	167
---	-----

Hélène Laperrière

CAMINHOS DE CONSTRUÇÃO INICIAL DO VÍNCULO COM O TERRITÓRIO: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE UMA RESIDENTE.....	186
<i>Marina Stabile do Patrocínio</i>	
TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS E CAMINHOS TECIDOS POR RESIDENTES À LUZ DE UMA PERSPECTIVA POPULAR.....	196
<i>Bruno Oliveira Carreiro</i>	
<i>Rodrigo Diniz de Sá</i>	
<i>Alinne Urquiza de Medeiros Dias</i>	
<i>Isaunir Veríssimo Lopes</i>	
<i>Pedro José Santos Carneiro Cruz</i>	
SIGNIFICADOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA UNIDADE EM JOÃO PESSOA-PB-BRASIL.....	218
<i>Alinne Urquiza de Medeiros Dias</i>	
<i>Pedro José Santos Carneiro Cruz</i>	
<i>Kátia Suely Queiros Silva Ribeiro</i>	
<i>José Augusto de Sousa Rodrigues</i>	
A AGENDA DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COM RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: O ESTUDO DE CASO DA EQUIPE II DO GROTÃO EM JOÃO PESSOA-PARAÍBA-BRASIL.....	245
<i>Hélio Batista de Araujo Terceiro,</i>	
<i>André Luis Bonifácio de Carvalho</i>	
SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS.....	268
SOBRE OS ORGANIZADORES.....	274
SOBRE O AUTOR DAS IMAGENS.....	275
COLEÇÃO PINAB.....	276



Autor: Luiz Gonzaga Gonçalves (2020).

APRESENTAÇÃO

*Andre Luis Bonifacio de Carvalho*¹

*Danilo Fernandes Costa*²

*Ernani Vieira de Vasconcelos Filho*³

*Janine Azevedo do Nascimento*⁴

No momento em que o Departamento de Promoção da Saúde (DPS) da UFPB completa 50 anos de sua existência, nossa universidade enfrenta um contexto de grandes desafios políticos e institucionais, ao mesmotempo em que reitera a importância do esforço científico na superação dos grandes problemas da nossa sociedade. É tempo de celebração pela história e importância do DPS. No entanto, as comemorações não têm sido festivas, mas em forma de lutas e enfrentamentos pela necessidade de respostas a tantas adversidades. É neste contexto que surge o livro, Educação Popular e Promoção da Saúde na Atenção Primária: ideias, saberes e experiências, celebrado como um dos frutos do trabalho persistente de

1 Fisioterapeuta, Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Condução da Saúde Coletiva.

2 Médico, Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Condução da Saúde Coletiva.

3 Médico, Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Condução da Saúde Coletiva.

4 Médica, Professora do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Condução da Saúde Coletiva.

professores da área de Saúde Coletiva do DPS, junto com os estudantes e parceiros na comunidade de João Pessoa.

Esta obra traz consigo a marca do pioneirismo deste departamento que, sendo um dos mais antigos da UFPB, sempre esteve sintonizado com as questões mais pertinentes e atuais da vida e da comunidade científica, assim como também sempre buscou uma relação parceira e próspera com os interlocutores locais, nacionais e internacionais na área de saúde pública.

Como bem destacado na apresentação dessa importante obra, a educação popular constitui uma concepção educacional voltada à transformação das relações entre os atores, tornando o momento de ensino um espaço de compartilhamento crítico e reflexivo de saberes, com valorização do outro como um ser que possui uma sabedoria de vida e tendo em conta que os educandos são, efetivamente, sujeitos e protagonistas no processo de aprendizagem.

As abordagens trazidas nos textos aproximam muito a saúde da educação e esta da saúde, propiciando que sejam construídos caminhos e pontes capazes de desvelar um conjunto de situações inerentes ao enfrentamento cotidiano de desafios que tem como pano de fundo os espaços reais onde nascem, vivem, se desenvolvem e padecem brasileiros e brasileiras que possuem o direito constitucional de ter saúde como direito de todos e dever do estado.



*Imagem 1: Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

A obra reúne produções atuais, como também traz de volta conteúdos publicados anteriormente e que envolvem o campo da Educação Popular, socializando trabalhos produzidos no âmbito da Atenção Básica em nosso Estado, articulando saberes e práticas presentes no cotidiano dos serviços ou das comunidades, propiciando uma reflexão crítica no que tange aos processos de cuidado, gestão, formação e participação social.

Cabe destacar a pertinência dessa obra quando celebramos os 32 anos do Sistema Único de Saúde onde o direito à saúde foi inserido no título da ordem social, em seu Art. 6º, estabelecendo como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e no Art. 196, onde a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Texto que traz em sua essência a expressão de lutas sociais, onde a participação de atores estratégicos, vinculados aos movimentos sociais e as classes populares, foi fundamental para a garantia da oferta de ações e serviços de saúde de maneira equânime e com qualidade.

Sendo assim, o SUS destaca-se pela construção de uma rede de instituições de serviços, ensino e pesquisa, possibilitando a circulação de um conjunto de valores, habilidades, saberes, conhecimentos e práticas que propiciam a análise, discussão e intervenção sobre um conjunto de situações críticas que envolvem a produção de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

A agenda da educação em saúde na Atenção Básica ocupa espaço estratégico no sentido de estimular a autonomia dos sujeitos envolvidos no compreender e no lidar com temas e situações vinculados a sua saúde e a dos seus familiares, propiciando

também aos profissionais e equipes de saúde um maior conhecimento sobre costumes e hábitos da vida cotidiana nas comunidades, onde o saber popular precisa ser amplamente valorizado na construção do cuidado em saúde.

Para o campo da Saúde Coletiva as temáticas da Educação Popular em articulação com os aspectos centrais da Atenção Básica são estratégicas, pois carregam uma lógica multidisciplinar construída na interface de conhecimentos, conteúdos e práticas permeadas por temáticas biomédicas e das ciências sociais, onde a leitura dos determinantes sociais do processo saúde-doença se dá com o objetivo de ampliar a abordagem sobre situação de saúde das populações mais vulneráveis e invisibilizadas.

Para o grupo de condução da área de Saúde Coletiva, instituído em meados de 2019, junto ao Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB, é uma honra tecer comentários sobre essa obra que com certeza trará profundas reflexões para seus leitores e leitoras, mobilizando e instigando reflexões e a construção de práticas e ações que tem como base os elementos centrais da política de educação popular em saúde, com ênfase no diálogo e no encontro de conhecimentos delineados historicamente e culturalmente por sujeitos, em sua intersubjetividade, na perspectiva de ampliar o conhecimento crítico sobre a realidade, contribuindo assim com os processos de humanização.

Outro aspecto que a publicação traz é a aproximação à prática da amorosidade, a qual possibilita a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa por meio de trocas emocionais. Articulados a esses dois princípios iniciais, os textos propiciam uma leitura que envolve a problematização que nos instiga à construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade das comunidades por meio da construção compartilhada do conhecimento, onde os processos comunicacionais

e pedagógicos propiciam compreensão e transformação das práticas e ações de saúde em suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

Por fim, os textos trazem elementos vinculados a busca da emancipação onde vemos que o espaço da Atenção Básica possibilita as condições para que pessoas e grupos se posicionem frente a inúmeros desafios, vinculados a discriminação e ao adoecimento, onde é patente o necessário compromisso com a construção de projetos pedagógico-assistenciais que tem na solidariedade um eixo norteador tendo como protagonistas sujeitos, grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Sendo assim, o livro se apresenta como um meio de disseminarmos conteúdos da Saúde Coletiva por meio de solhares, falas, gestos e práticas de docentes, pesquisadores, alunos de graduação, residentes e equipes gestoras do SUS em nosso Estado, criando estímulo para ampliarmos o diálogo em torno da construção de estratégias e caminhos para o fortalecimento da educação popular em saúde como catalizadora dos princípios orientadores da atenção básica, desta como campo e espaço de prática e fortalecimento da educação popular, e de ambas como propulsoras de práticas qualificadoras de ações e serviços no âmbito do SUS.

Vamos a leitura e a reflexão!!!!

PREFÁCIO

Entre encontros e reflexões na Atenção Primária à Saúde

Felipe Proença de Oliveira

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para que os sistemas de saúde tenham melhores resultados em diversos indicadores e para garantir mais equidade no cuidado com as pessoas. Ao falar em APS muitos se remetem aos seus princípios já consagrados e que de fato trazem a possibilidade de identificar a sua repercussão ao redor do mundo. Porém, penso que este livro consegue ir além dos conceitos mais difundidos e traz a APS como o local obrigatório do encontro e do respeito.

Sim, estamos falando do local do encontro. Falando da vivência única que é acolher a pessoa que procura um serviço de saúde e buscar desvendar conjuntamente como se manifesta e qual é o motivo do seu sofrimento. O modelo hegemônico de atenção à saúde, bem denominado como médico-privatista, gerou a falsa ideia de que as pessoas devem procurar a unidade básica de saúde com um rol limitado e repetitivo de sintomas que geram a necessidade de determinados procedimentos.

Diariamente as equipes de saúde da família buscam subverter essa lógica limitada (e consumista) para cuidar das pessoas e entender

a abrangência quase ilimitada de necessidades de saúde. É nessa ressignificação que a pessoa que foi procurar um comprimido e um raio-x para dor de cabeça acaba se sentindo a vontade para chorar e desabafar sobre a saudade da família. A mulher que queria um ultrassom transvaginal consegue conversar sobre a situação de violência doméstica. O pai que está desempregado percebe que não é um hemograma que dará conta de pensar a complexidade da situação de insegurança alimentar de sua família.

São vários encontros diários, individuais e coletivos que possibilitam exercer a plenitude do significado do que é saúde enquanto instrumento de transformação social. E esse livro é um encontro generoso desse significado ao reunir autores que são grandes referências nesse campo e ao mesmo tempo reunir experiências de residentes de medicina de família e comunidade. É um encontro único gerando vários novos belos encontros.



*Imagem 2. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Encontros esses pautados pelo respeito. É necessário um compromisso ético profundo para tratar da dor do outro. Para entrar na casa dessa pessoa e enxergar além dos cômodos apertados aonde vivem mais pessoas do que parece que seria possível reunir nesse local. Aonde lógicas pretensamente universais são refutadas pela realidade, como falar de um certo padrão que se deva seguir para ter uma vida saudável e balanceada.

O respeito de compreender que todos estão em constante aprendizado e que não há uma hierarquia de conhecimento entre o saber científico e o saber popular. Um exercício difícil, já que a formação em saúde ainda é extremamente permeada pela fragmentação, pela despersonalização, pela ideia de que o profissional de saúde deve ter o controle, de que não há espaço para a incerteza. O respeito permeia esse livro desde a seleção cuidadosa dos temas a serem trabalhados até a linguagem acessível que faz com que conceitos complexos sejam trabalhados de uma forma a possibilitar compreensão e reflexão.

O diálogo do encontro e do respeito é um passo fundamental para superar as ações meramente prescritivas e medicalizantes. Costumo dizer para os estudantes em módulos de atenção à saúde da família e residentes que deve ser muito chato entrar em uma certa rotina na APS. Achar que só se lida sempre com o mesmo número limitado de problemas de saúde, baixar a cabeça ao invés de olhar e escuta a pessoa e usar carimbos com o mesmo rol de procedimentos e medicamentos para situações diferentes que quase sempre tem como desfecho o exame ou o encaminhamento.

Compreender que a APS é exatamente o contrário disso é perceber os diferentes interesses que permeiam um sistema de saúde. Estimular o pensamento sobre esse tema é mais uma contribuição importante desse livro. Em uma época de um verdadeiro bombardeio de informações, as próximas páginas merecem uma leitura cuidadosa e desconectada dos estímulos tecnológicos excessivos.

O bombardeio atinge níveis impressionantes no âmbito da saúde. Tenta-se construir um conceito que normaliza a culpabilização das pessoas que não atingem um padrão chamado de saudável. Que desconsidera todos os determinantes sociais em saúde para simplificar a conduta do atendimento em saúde para uma única pergunta: por que você não se cuida? Por que não fez atividade física e agora está com o colesterol alto? Por que não comeu o que eu mandei e agora está com a diabetes descompensada? Por que não fez o que disse para fazer?

Porque a vida é complexa e as pessoas constroem os seus rumos em interações coletivas. Essa poderia ser uma parte da resposta, mas o problema está na pergunta. E o livro ajuda a desvendar a necessidade dessa construção mais abrangente em saúde. A entender que não podemos reduzir à individualidade questões que também são coletivas. A entender que não é possível entrar numa lógica em que todos são potencialmente doentes e que se não se submeterem a uma rotina desnecessária de check ups deixarão de ser saudáveis.

É o encontro e o respeito à coerência entre os espaços da formação que deve se dar na realidade. Muito se fala dos limites de métodos pedagógicos restritos à exposição em sala de aula. Mas nem sempre se consegue traduzir essa crítica em mudanças reais. Ver as experiências descritas neste livro abre novas possibilidades de pensar a formação. É nesse sentido, por exemplo, que a residência de medicina de família e comunidade deve ser pensada como uma estratégia importante de educação permanente e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

O momento de formação que a residência representa também deve ser pensado enquanto um momento de encontro com realidades muito duras. Soma-se a isso as dificuldades estruturais e de insumos, agravadas pelo congelamento dos investimentos na saúde e percebe-se a necessidade de saber lidar com as mais diversas adversidades. Apesar desses elementos, este livro consegue demonstrar a motivação

do trabalho no setor público e a resiliência dos profissionais nesse setor pelo compromisso com as classes populares.

Temos mais esse encontro, da Educação Popular em Saúde e o profundo compromisso com o Sistema Único de Saúde. É através desse olhar que passa a ser possível pensar as estratégias e propostas tão bem apresentadas. Em um contexto adverso é necessário agregar iniciativas que fortaleçam a ideia de que são necessárias políticas públicas para transformar uma realidade de exclusão e de dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

Com isso conseguimos perceber no livro como se cruzam os caminhos de formação através da Educação Popular em Saúde e nos últimos textos a sua relação com a residência através da sua experiência da educação pelo trabalho. É uma soma que agrega peculiaridades de formação e traz sentidos para o cotidiano de quem está na APS.

Desse modo, o livro torna-se leitura obrigatória para a residência, assim como estímulo que os residentes escrevam mais e se insiram no processo de reflexão da prática, problematização gerando um novo conhecimento e principalmente de sistematização. Muito além disso, deve estar na cabeceira de estudantes, professores, trabalhadores, lideranças comunitárias, movimentos sociais e todos comprometidos com a construção diária da APS e do SUS.

Boa leitura e reflexão!

INTRODUÇÃO

A presente obra reúne textos de importante valor teórico para a alimentação do debate sobre os aspectos da Educação Popular no Brasil e sua importância nas lutas sociais e implantação de políticas públicas, especialmente nas vias de atender as necessidades daqueles que são excluídos e oprimidos socialmente.

A educação popular teve suas primeiras formulações teóricas nos anos de 1950, e o pioneiro na sua formulação e sistematização foi Paulo Freire, em especial a partir do livro *Pedagogia do Oprimido*, uma grande contribuição para redefinir a maneira de fazer educação e fazer com que os educandos e educadores se libertassem das amarras de um modelo de educação conservador e voltado a promoção das elites econômicas e políticas da nação.

A educação popular constitui uma concepção educacional voltada a transformação da relação entre os atores, tornando o momento de ensino em um espaço de compartilhamento crítico e reflexivo de saberes, com valorização do outro como um ser que possui uma sabedoria de vida, e com isso tornando os educandos, efetivamente, sujeitos e protagonistas no processo de aprendizagem, mobilizando nesses o senso crítico para o

enfrentamento diante da busca pela plena realização de seus direitos sociais.

As teorias da educação popular servem de base para a aplicação e o desenvolvimento em trabalhos sociais inscritos nas mais diversas áreas do saber. Uma delas é a Saúde, pois, assim como a educação, essa possui um grande impacto na maneira de viver das pessoas, e em volta disso existem inúmeras lutas sociais para que as classes populares tenham acesso garantido, de qualidade e com humanização nos serviços de saúde no nosso País.

Certamente, uma das lutas sociais mais importantes enfrentadas no Brasil nas ultimas décadas foi a redefinição do sistema de saúde, que, por meio de lutas das classes populares da sociedade, pôde ter no SUS a garantia de que o estado ofertaria serviços de saúde mais equânimes para toda a população e não só para os que tinham maior poder aquisitivo. Na atenção primária a saúde (APS), que foi uma estratégia implantada a partir da necessidade de se reduzir os números de morbimortalidade, aumentar a resolutividade de problemas de base e desafogar os níveis mais altos de atenção a saúde, observa-se que a participação da população tem grande importância, pois é lá que as ações de saúde tem maior efetividade, uma vez que estando em rigorosa, profunda e cotidiana convivência com os pensares, sentires e agires da população e os contextos sociais, econômicos e políticos que condicionam e determinam diversos processos de saúde e doença.

As políticas públicas do SUS têm definido, nas últimas décadas, que a educação em saúde na APS deve ser desenvolvida para estimular ao público a ter maior autonomia sobre a sua saúde, de modo que os profissionais de saúde possam ter maior conhecimento sobre os hábitos de vida na comunidade. Porém

para que essas ações possam ser efetivas, não se pode negar a sabedoria que essa população já utiliza para cuidar de sua saúde.

Especialmente nos contextos dos territórios da APS, o saber popular e os saberes de experiências feitas que as erveiras, rezadeiras, parteiras, lideranças comunitárias, possuem são substanciais e carregados de sentidos que podem contribuir efetivamente na construção de ações coerentes com a realidade comunitária e fazer do trabalho da equipe na APS um processo de colaboração solidária para as lutas, enfrentamentos e iniciativas que as comunidades historicamente já vêm mantendo não apenas para terem saúde, mas para conquistar a cidadania expressa em sua condição emancipatória, humanizadora, representadas por um estar no mundo que está encharcado de bem viver e de plenitude.

Historicamente, a concepção da Educação Popular apresenta-se como uma possibilidade para que os sujeitos da APS se dediquem a criação e ao aperfeiçoamento de contextos de diálogo e de espaços formativos a partir dos quais movimentos, grupos e práticas promotoras da humanização, da cidadania e da emancipação humana são construídas.



*Imagem 3. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

O presente livro reuniu textos anteriormente publicados em diferentes obras do campo da Educação Popular, tendo por objetivo socializar para trabalhadores atuantes na APS algumas das principais ideias, dos saberes e das práticas inscritas pela EPS e que podem, estando presentes na comunidade, incrementar significativamente os processos de cuidado, de gestão, de formação e de participação social.

Espera-se que as palavras contidas nessa obra possam mobilizar ações, reflexões e novas ações orientadas para o estabelecimento de processos de construção compartilhada em saúde, pela aproximação da dinâmica da vida da comunidade com as demandas sanitárias locais, mediatizadas pelo trabalho coletivo e pelo fortalecimento do vínculo das equipes dos serviços com os protagonistas populares e toda a comunidade.

Os organizadores

Enfoques Sobre Educação e Saúde⁵

Eduardo Navarro Stotz*

A palavra "enfoque" tem o sentido explícito de por algo em foco, de fazer voltar a atenção para algo ou alguma coisa. Ao adotar este entendimento da palavra, o texto que o leitor terá a oportunidade de ler a seguir pretende ser uma aproximação à área de saber denominada Educação e Saúde, com a intenção de apresentar os diferentes enfoques ou modos como esta área lida com os problemas de saúde da população.

O que se entende por educação e saúde e quais são os seus fundamentos

A **Educação e Saúde** é, do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para "instrumentalizar" o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas.

O aspecto principal desta orientação reside na apropriação, pelos educadores - profissionais e técnicos em saúde - do conhecimento científico-técnico da biomedicina (ou medicina ocidental contemporânea)

5 Texto publicado originalmente em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf.

sobre os problemas de saúde que são, a seguir, repassados como normas de conduta para as pessoas.

O modelo explicativo dos problemas de saúde vigente atualmente é o da multicausalidade do processo de adoecer e morrer, mas as respostas encaminhadas assumem, via de regra, o sentido da causalidade linear. Assim, embora se saiba que as pessoas se tornam diabéticas em razão de problemas que são tanto imunológicos, como emocionais e sociais, estes são reduzidos à sua dimensão fisiopatológica. É por isto que um autor (Vuori, 1987) afirmou que a educação sanitária (termo que aqui vai ser usado no duplo sentido de educação em saúde e de educação para a saúde) define-se como um ramo ou método da medicina preventiva.

Em texto escrito em 1990, afirmamos (STOTZ, 1993) que "embora nem todos possam concordar com essa afirmação, parece caber razão ao autor quando observa que a maioria dos educadores sanitários, em muitos países, adota as bases filosóficas da medicina. Esse domínio da medicina sobre a educação sanitária expressa-se, segundo o mesmo autor, no conteúdo da formação, posto que 'os problemas são definidos sob o ponto de vista médico e os diagnósticos proporcionam o ponto de partida. As atividades de educação sanitária são afins a esse padrão de problemas medicamente definidos que freqüentemente terminam em programas e campanhas fragmentadas, focalizadas em um problema apenas'."

Vale dizer ainda que as bases filosóficas da biomedicina compreendem, de acordo com o autor citado, os seguintes princípios componentes:

- a. o homem como manipulador da natureza, com direito a manipulá-la em seu próprio proveito;
- b. o homem separado do seu meio ambiente e elevado a objeto exclusivo de investigação médica;

- c. uma visão mecanicista do homem que exige enfoque manipulador de engenharia para restaurar a saúde e que enfatiza o papel das ciências naturais no estudo do homem e suas doenças;
- d. o conceito ontológico da doença que fundamenta o estudo das doenças sem ter em conta os fatores relacionados com o hospedeiro.

Figura 1: Mecanização da vida



Fonte: <https://pixabay.com/pt/photos/steampunk-o-cora%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nico-5129279/>

No artigo *A biomedicina*, Kenneth Rochel de Camargo Junior ressalta um princípio que Vuori não contempla explicitamente, a saber, o de que a biomedicina implica, por sua vinculação ao imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica "...a produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais..." (CARMARGO JR,1997).

Este caráter generalizante das proposições da biomedicina leva, por outro lado, à exclusão das racionalidades médicas alternativas ou concorrentes, como a homeopatia e outras medicinas holísticas.

O modelo de ser humano da biomedicina é o organismo humano, uma abstração analítico-mecanicista construída ao longo do tempo da modernidade, isto é, da organização da sociedade fundada no modo de produção capitalista e no desenvolvimento correspondente das práticas científicas, políticas e institucionais que lhe deram forma e legitimidade a partir do século XVII até os nossos dias.

Do ponto de vista filosófico, a visão que acompanha estas transformações é a do racionalismo, proposta na França, por Descartes, na Inglaterra por Hobbes e na Holanda por Spinoza durante o século XVII.

Na obra *Discurso sobre o Método*, de Descartes, a razão é transformada no critério decisivo sobre a variação infinita da realidade e dos nossos juízos sobre ela. Ao dizer que somente não posso duvidar de que penso, Descartes disse algo mais: que sentimos o mundo com o corpo, mas a mente é que produz o conhecimento sobre o mundo. A separação entre mente e corpo proposta pelo filósofo já implicava a idéia de que somos um complexo mecanismo. O poder conferido à razão implicava na formulação da idéia de verdade e erro, de ciência e senso comum e estava associada à idéia de política como expressão da ação racional dos seres humanos.

Esta concepção somente foi possível porque pressupunha, por outro lado, uma compreensão do próprio homem como um indivíduo livre de qualquer dependência pessoal, uma compreensão radicalmente nova que estava nascendo como resultado do comércio de longa distância entre as cidades em várias regiões da Europa e o resto do mundo, desde fins do século XV e inícios do XVI.

Michel Foucault destacou no pequeno e instigante ensaio "O nascimento da Medicina Social", a vinculação entre o indivíduo abstrato e racional dos filósofos e a idéia de corpo e de organismo dos médicos, amparada na anatomia e fisiopatologia, somente pode desenvolver-se quando o problema da saúde surgiu no nível do controle da força de trabalho industrial, na Inglaterra em meados do século XIX (FOUCAULT, 1985).

Deve-se lembrar também que a sociedade organizada sob o modo de produção capitalista gerou movimentos antagônicos, na medida em que o crescimento da força de trabalho assalariada, ao expressar-se em termos de reivindicação por redistribuição da riqueza e participação política, suscitou a oposição da classe capitalista. Os séculos XIX e XX foram marcados por convulsões e revoluções sociais que colocaram em questão o domínio absoluto das leis do mercado capitalista.

Uma corrente de esquerda surgiu no campo da saúde, emergindo com as primeiras manifestações revolucionárias da classe operária: Guérin, na França e de Neumann e Virchow, na Alemanha foram os pensadores sociais da saúde cujos nomes aparecem vinculados às jornadas revolucionárias que atingiram seu ponto culminante em 1848. Quase um século depois, este pensamento foi retomado por Sigerist, nos Estados Unidos anos 30 -40 e por Juan César Garcia, na América Latina. Esta corrente de pensamento da esquerda socialista na área da saúde tornou-se conhecida como Medicina Social. Para estes pensadores, os fenômenos do adoecimento e da mortalidade sempre foram

biológicos e sociais e as intervenções para enfrenta-las deviam contemplar estes determinantes.

A Medicina Social foi, contudo, uma corrente de oposição minoritária dentro da sociedade capitalista. O que prevaleceu foi a biomedicina e a Educação e Saúde foi tributária dos pressupostos desta racionalidade médica.

Os sinais individuais e coletivos do sofrimento

Do ponto de vista das implicações técnicas das ciências da saúde, quer dizer, para o controle dos doentes e a prevenção das doenças, o conceito mais importante é, sem dúvida, o de normal e de patológico (CAMARGO JR, 1997). Esta distinção - que para Georges Canguilhem, um dos primeiros mestres da Filosofia da Ciência do século XX, é operacional e não conceitual - foi o resultado da afirmação do saber científico sobre a experiência da doença, da ciência sobre o senso comum, possível graças a conceitos genéricos como os de meio interno, de homeostase e de metabolismo, vinculados ao modo de funcionamento do organismo. O organismo, por sua vez, foi visto como um conjunto de sistemas, cada qual com funções próprias, como o sistema nervoso e o digestivo. As disciplinas foram se constituindo para analisar cada aspecto do funcionamento dos sistemas específicos, como a neurologia e agastroenterologia.

A Educação e Saúde, na medida em que é, como vimos, um saber técnico, incorpora em seu arcabouço outros saberes disciplinares, contribuições de outras ciências. Assim, veja-se a seguinte análise (CORDEIRO apud FLEURY, 1985) da contribuição da sociologia funcionalista de Talcott Parsons para o controle dos doentes e a prevenção dasdoenças:

"Como elemento central no processo de definição da doença, e por conseqüência, das formas de consumo de saúde, está a delimitação da normalidade, sendo esperado que os indivíduos desviantes adotem certas condutas destinadas a restaurar o padrão normal."

O doente é um "desviante" que precisa assumir o seu papel de paciente e que, ao seguir a prescrição médica, pode retomar a sua condição normal.

É evidente que a redução dos problemas de saúde à sua dimensão biopsicológica traz como conseqüência a possibilidade de culpabilizá-lo pelo seu sofrimento, possibilidade tanto maior quanto maiores as "evidências" da medicina baseada em estudos epidemiológicos de que os problemas de saúde atuais têm sua causa nos chamados comportamentos individuais de risco (vida sedentária, consumo de gorduras, açúcares, álcool, fumo, etc.).

Mas em que medida esse tipo de correlação é correto?

Vale abrir aqui um parêntese sobre a relação entre o individual e o coletivo no processo saúde-doença, aproveitando o texto anteriormente citado (STOTZ, 1993): A saúde e a perda da saúde são fenômenos ou processos referidos a indivíduos normalmente representados por um estado de 'bem-estar' e de felicidade que em certo momento se transforma em sofrimento e infelicidade. Para os indivíduos, o sentimento associado a tais representações é o de poder físico e mental, e de dignidade ou, inversamente, de perda de poder e de controle sobre si próprios.

No texto procura-se chamar atenção para o fato de que a doença, fenômeno intimamente ligado à vida privada dos indivíduos, raramente é um caso isolado posto que "processos semelhantes verificam-se em outras pessoas e são expressão de dificuldades sociais em suas vidas".

O problema é que as relações entre os problemas percebidos no nível individual e os de sua relação mais ampla

e determinação ou condicionamento social não são facilmente percebidas e compreendidas pelos indivíduos:

A própria percepção da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referência dos indivíduos. Há sinais que são identificados como doenças, vistos como expressão desviante de uma normalidade biológica; outros não. E mesmo quando identificados enquanto doenças, os sinais nem sempre são reconhecidos nos indivíduos doentes e tampouco seu caráter coletivo é assumido. Se, como afirma ainda Berlinguer, os sinais podem ser tanto ocultados como distorcidos, fica mais difícil estabelecer espontaneamente os possíveis nexos entre os distúrbios vivenciados e as condições sociais nas quais vivem os indivíduos (STOTZ, 1993).

Daí a importância de se entender as dificuldades que as pessoas têm de andar sua própria vida, vinculando, por meio da escuta e do diálogo, as experiências com as formas de enfrentar o adoecimento - a hipertensão arterial, o diabetes, os transtornos mentais leves - via de regra decorrentes da desorganização da vida em razão de desemprego, insuficiência de renda, violência social, perda de ou rupturas na relação com pessoas queridas. Sim, porque há itinerários percorridos pelas pessoas em busca de solução para os seus problemas e que ajudam a formular diagnósticos prévios, a incorporar terapêuticas e a afirmar valores de vida saudável.



*Imagem 4. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

O papel dos serviços de saúde

Contudo a medicina institucionalizada nos serviços de saúde não pode agir desta forma de modo espontâneo. E, no seu interior, a educação em saúde, assim denominada porque, na preposição "em" afirma-se o vínculo com os serviços de saúde, foi destinada a desempenhar um importante papel em termos de controle social dos doentes e/ou das populações "de risco".

O âmbito da educação em saúde é relativamente amplo. Inclui desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas - lidar com o abandono do tratamento, com a "negociação" da prescrição médica pelos pacientes - até aquelas outras, orientadas para a prevenção de comportamentos "de risco", a exemplo da gravidez precoce, o consumo de drogas legais (álcool, tabaco) e ilegais (maconha, cocaína), a falta de higiene corporal, o sedentarismo e a falta de exercício físico.

As condições e as razões que levam as pessoas a adotar estes comportamentos ou atitudes ficam à margem das preocupações da maioria dos profissionais dos serviços e dos técnicos com responsabilidade gerencial. São dimensões que estão "fora" do setor saúde. Aplica-se simplesmente a norma: você tem isso, deve fazer aquilo. A solução consiste em seguir a norma, no caso, consumir medicamentos, cumprir prescrições.

O raciocínio vale igualmente para situações epidêmicas, como podemos observar a partir da primeira epidemia de dengue ocorrida na cidade do Rio de Janeiro, em 1987: o problema é o vizinho descuidado (geralmente uma pessoa pobre), porque não tampa os reservatórios de água para evitar a entrada e deposição dos ovos do mosquito *Aedes Aegypti*. A falta de água corrente não entra neste raciocínio, bem como não se consideram os grandes criadouros do mosquito, a saber, os terrenos baldios, as piscinas

sem tratamento, os cemitérios, os depósitos de automóveis e ferros-velhos abandonados.

Compensar, no nível individual, problemas de caráter social - eis o papel fundamental a que os serviços de saúde são chamados a desempenhar. Os serviços de saúde são como Singer, Campos e Oliveira (1988) denominaram serviços de controle social, cuja finalidade consiste em prevenir, suprimir ou manipular as contradições geradas pelo desenvolvimento capitalista no âmbito da vida social, contradições que aparecem sob a forma de "problemas" de saúde. O sistema de atenção médica funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde. O que acarreta, objetivamente, a legitimação da ordem social capitalista (NAVARRO, 1983).

O valor social da saúde

o papel dos serviços varia conforme os valores sociais da saúde e que orientam a perspectiva de atuação dos profissionais de saúde. Assim, é importante constatar que o ideal da saúde como *um estado de bem estar físico, psíquico e social dos indivíduos* proposto pela Organização Mundial da Saúde em 1946, era expressão de um imaginário coletivo em busca de uma sociedade de bem-estar social, uma vez que qualquer indivíduo, independente de cor, situação sócio-econômica, religião, credo político, *devia* ter saúde e, para tanto, a sociedade tinha a *obrigação* de mobilizar seus recursos para promovê-la e preservá-la.

Entretanto, desde meados dos anos 1980, em consequência da precarização dos vínculos no mercado formal de trabalho e do enfraquecimento dos estados-nacionais, principalmente na periferia do sistema capitalista, ao lado da ênfase no papel dos indivíduos

em prover uma vida mais saudável, a concepção de saúde adquiriu crescentemente o sentido de um *projeto* que remete aos usos sociais do corpo e da mente.

Do ponto de vista histórico, passamos a viver numa época em que a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual. Neste projeto admite-se a impossibilidade de uma plenitude, deixando patente que os indivíduos devem conviver, de acordo com a sua posição social, seus pertencimentos de gênero, etnia ou raça, ou seja, suas *diferenças*, com diversos graus de sofrimento, incapacidade ou mesmo de doença. A concepção de saúde (a noção do que deva ser saúde) passou a ser socialmente demarcada, em termos positivos, pelas aspirações individuais ou de grupos, construídas consensualmente ou impostas, em torno de ideais de vida saudável e, no limite negativo, pela doença, incapacidade ou sofrimento admitidos de acordo com os papéis e status dos indivíduos.

Esta noção de saúde é a expressão ideológica do liberalismo. A saúde tem de ser um *quid pro quo*, um valor de troca ou um bem mercantilizável, o que implica o abandono dos processos estatais de proteção ou de recuperação da saúde prestada de modo universal e gratuita. O paradoxo da época em que vivemos é exatamente deixar para o âmbito da proteção estatal – sob a forma de políticas focalizadas – a situação especial dos grupos que vivem nos limites da marginalidade social, estruturalmente incapazes de prover sua própria subsistência numa sociedade de mercado. E isto, vale lembrar, tomou o nome de *equidade emsaúde*.

Diferentemente do que acontece na maioria dos países nas Américas, entre nós brasileiros, o valor da saúde é formal e institucionalmente definido como um direito social. No Brasil, contudo, vivemos o paradoxo do direito à saúde ser um direito social, definido em termos do princípio da solidariedade social que, como diz o artigo 196 da Constituição, exige políticas sociais

e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e outros agravos à saúde, enquanto o sistema organizado para garantir este direito responde (precariamente, com baixa resolutividade) à doença no plano individual.

Enfoques de educação e saúde

Nesta seção vamos examinar os enfoques educativos, lançando mão da tipologia proposta por Tones, um autor usado no texto escrito em 1990, citado acima (STOTZ,1993).

O enfoque educativo predominante nos serviços de saúde, durante décadas praticamente exclusivo, é o *preventivo*.

Os pressupostos básicos desse enfoque são o de que o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas (crônico-degenerativas), comportamento visto como fator de risco (dieta, falta de exercício, fumo etc.) e também o de que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo-benefício.

Nesse enfoque, não obstante a crítica de que a medicina curativa teria fracassado em lidar com os problemas de saúde comunitários, a educação orienta-se segundo o “modelo médico”. De fato, dada a associação entre padrões comportamentais e padrões de doença, cabe, nessa perspectiva, estimular ou persuadir as pessoas a modificar esses padrões, substituindo-os por estilos de vida mais saudáveis. Elaboram-se uma série de programas cujo conteúdo é extraído da clínica médica e/ou da epidemiologia. A educação sanitária preventiva lida com “fatores de risco” comportamentais, ou seja, com a etiologia das doenças modernas. A eficácia da educação expressa-se em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos. O

repassa de informação, normalmente por meio da consulta ou, em grupos, de palestra seguida ou não de perguntas e respostas é o procedimento típico do preventivismo.

O preventivismo fundamentado na clínica serve para justificar métodos de controle que, além de desconhecer os pacientes como sujeitos, inferiorizam-nos com a generalização do método da administração supervisionada de dosagem (DOT), oriundo dos tratamentos psiquiátricos. Os programas de controle da tuberculose passaram a adotar este procedimento estrito, mas quando se vê que o financiamento das ações de controle da hipertensão arterial se baseia no número de grupos que ouvem palestras, têm consultas agendadas e recebem medicamentos, percebe-se a presença da mesma lógica.

Com a instituição do Programa de Saúde da Família em 1994, com a proposta de ampliar a cobertura de serviços e de mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil, o preventivismo deixou de ser exclusivo. Pode-se dizer que um novo enfoque começou a ser desenvolvido, o chamado enfoque **da escolha informada** que enfatiza o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde. Nos sistemas municipais onde houve a preocupação em humanizar o atendimento, o profissional de saúde preocupou-se praticamente em compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre saúde, bem como discutir suas implicações. É importante assinalar que a eficácia do enfoque **da escolha informada** pressupõe simplesmente a demonstração de que o usuário tenha uma compreensão genuína da situação.

Em alguns casos, tentativas de promover a saúde de grupos populacionais como a dos idosos, levou alguns profissionais a assumir o enfoque de **desenvolvimento pessoal** que adota, em linhas gerais, as mesmas proposições do *educativo*, aprofundando-as no

sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo. Assume-se ser fundamental, facilitar a eleição informada, desenvolvendo destrezas para a vida, a exemplo da comunicação, do conhecimento do corpo, da gestão do tempo para cumprir a prescrição médica, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos. Certamente tais destrezas incrementam a capacidade individual para controlar a vida e a recusar a crença de que a vida e a saúde estão controladas desde o “exterior” (destino, homens poderosos).

Estes últimos enfoques reconhecem, ainda que não de modo cabal e com todas as conseqüências, as dificuldades para uma eleição informada. De um modo geral, porém, os dois enfoques pressupõem indivíduos livres e em condições ‘de realizar a “eleição informada” de comportamentos ou ações. Sabemos, entretanto, que a maioria absoluta da população (no caso de países como o nosso) ou uma parcela ponderável desta (nos países desenvolvidos) não se encontra em condições de fazer tal eleição. Tomemos o exemplo do tabagismo: para os indivíduos de classe média, com uma prevalência de algo em torno de 25% de homens fumantes, é bastante plausível supor uma predisposição para valorizar a substituição de um prazer imediato pela promessa de uma vida mais saudável no futuro. Essa possibilidade está inscrita nas suas condições de vida. O mesmo não se dá com os operários não especializados, onde a prevalência do tabagismo alcança 60%.

Os enfoques até aqui analisados baseiam-se na assunção da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem através da educação. Vuori afirma que enfoques desse tipo têm características individualizantes, parciais e corretivas frente a problemas que requerem predominantemente soluções sociais e holísticas.

Este tipo de enfoques de Educação e Saúde acaba por contribuir, portanto, para que os governos enfrentem os limites da assistência médica em lidar com os problemas de saúde da população

e reforça a própria ordem social, pois transferem aos indivíduos a responsabilidade por problemas cuja determinação se encontra nas relações sociais e, portanto, na própria estrutura da sociedade.

Alternativamente a estes, o enfoque **radical** parte exatamente da consideração de que as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde. Os seus defensores são os herdeiros da medicina social do século XIX (NEUMANN, VIRCHOW E GUÉRIN), que se colocam, via de regra, na perspectiva educativa orientada para a transformação das condições geradoras de doenças. A educação sanitária é vista como uma atividade cujo intuito é o de facilitar a luta política pela saúde. O âmbito da ação, sendo o da luta política, envolve o Estado. E a intervenção deste, através de medidas legislativas, normativas e outras, pode modificar as condições patogênicas. Somente dessa forma, acreditam os defensores do enfoque radical, é possível apoiar escolhas que conduzam à saúde (Vuori) ou superar posturas que culpabilizam a vítima (Navarro). Observe-se que, em função das próprias premissas, o enfoque radical assemelha-se ao preventivo quanto à relevância da persuasão como princípio orientador da ação educativa.

Como pertinentemente observa Tones, promover mudanças políticas, econômicas e sociais pode ser uma “tarefa gigantesca”, embora nem sempre implique, como supõe o autor, posturas pouco operacionais ou compromissos de nível subversivo.

Por outro lado, o enfoque **radical** desconhece a dimensão singular dos problemas de saúde, na medida em que não resolve adequadamente a dialética do individual e do social no campo da saúde pública. A dimensão do sofrimento individual e do direito da pessoa à saúde não pode ser secundarizada (ou mesmo esquecida) pela ênfase dada ao caráter social da doença e da necessidade das políticas públicas na área da saúde. Gastão Wagner Campos, citando a colocação de Lilia Schraiber e outros autores de que para a epidemiologia a tuberculose é um “objeto singular” e não

“plural”, observa que a abordagem deveria partir de uma “relação mais dinâmica entre o individual e o coletivo” e não, como fazem os autores, “de preconceitos que tentam anular a relação entre essas *duas* dimensões”; ademais, a constituição desse “objeto” (a tuberculose) depende da relação entre indivíduos, grupos e classes sociais com os serviços de saúde, o sistema produtivo e de consumo, o saber médico-sanitário etc. É por isso mesmo a tuberculose nunca é apenas um “objeto singular” mas “um fenômeno *também* plural, como é o caso clínico em cada contexto específico” (CAMPOS,1991).

As necessidades de saúde são, portanto, necessidades de milhões de *indivíduos* e, ao mesmo tempo, necessidades *coletivas*. Ademais, estas necessidades somente podem ser satisfeitas como necessidades sociais. A questão está em saber, então, como organizar as práticas de saúde de modo a contemplar a dialética do individual e do coletivo.

A educação popular e saúde

A opção por qualquer desses enfoques depende, evidentemente, da posição de cada um a respeito do que considera social e politicamente relevante e cientificamente fundamentado. Mas na vida nem sempre uma opção exclui totalmente as outras. A não-medicalização de certos problemas humanos é um dos exemplos de possível aproximação entre os enfoques de ***desenvolvimento pessoal*** e ***radical***. Alguns dos esforços centrados no ensino de atitudes para proporcionar saúde são motivados pelo desejo de libertar as pessoas da dependência dos médicos e de capacitá-las a fazer coisas que provavelmente farão melhor do que (ou tão bem como) por meio dos profissionais de saúde. A luta contra a medicalização aparece no enfoque radical

relacionada ao desenvolvimento da consciência sobre as condições que estão - como se diz no jargão - nos “limites do setorsaúde”.

A **educação popular e saúde** é outro dos enfoques que, a nosso ver, traz elementos da síntese apontada no parágrafo anterior. Mas, como observa Eymard Vasconcelos, trata-se menos de uma teoria do que de uma reflexão que se desenvolve a partir de práticas diversas, ao longo dos últimos 30 anos (VASCONCELOS, 2001). Não por acaso o autor denomina a educação popular e (em) saúde como um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde.

Este movimento, composto de diferentes correntes de pensamento (cristianismo, humanismo, socialismo) cuja convergência é dada pelo compartilhamento dos princípios da Educação Popular formulados por Paulo Freire, apóia-se numa diversidade muito grande de experiências, recolhidas e sistematizadas a partir de problemas de saúde específicos no âmbito dos serviços de saúde, dos locais de moradia, dos ambientes de trabalho.

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 com a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos, na maioria das vezes 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).

O traço fundamental da **educação popular e saúde** está no método: o fato de tomar como ponto de partida do processo

pedagógico o saber anterior das classes populares. Na saúde isto significa considerar as experiências das pessoas sobre o seu sofrimento e dos movimentos sociais e organizações populares em sua luta pela saúde nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia. Ponto de partida significa reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir um outro saber, tão válido no âmbito do diálogo quanto o sabertécnico-científico.

Como ressalta ainda Vasconcelos (2003), apesar do conhecimento fragmentado e pouco elaborado que as pessoas comuns têm sobre a saúde, a valorização do saber popular permite a "superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro".

Do que se está a falar? Das incompreensões e mal-entendidos, dos preconceitos, das opiniões divergentes que caracterizam as relações entre profissionais de saúde e usuários, entre técnicos e população. Na raiz deste processo está o "biologicismo, o autoritarismo do doutor, o desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que dominam na medicina atual".

É importante entender também que o próprio conhecimento técnico-científico é limitado, seja porque desconhece as causas de boa parte das doenças crônico- degenerativas, seja porque os tratamentos propugnados não acarretam cura e ainda provocam, em muitos casos, efeitos adversos.

Daí a relevância da problematização que, no enfoque da educação popular, implica a identificação de questões de modo inseparável dos meios ou recursos de que tanto os serviços como grupos populares envolvidos dispõem para tentar responde-las. Na medida em que estão em interação grupos sociais distintos inclusive pela forma de conhecer, uma abordagem comum dos problemas de saúde implica na elaboração de uma base conceitual comum

para pensar estes problemas. A noção de cuidado em saúde é um dos conceitos com maior poder de integração, mas certamente os movimentos e organizações não-governamentais é que propõem pensar tais cuidados em termos das relações das pessoas, dos pertencimentos e identificações no meio das comunidades nas quais se incluem.

Por último, vale chamar atenção para o fato de que a saúde no nível dos indivíduos, das populações e ambiental tem características de complexidade em termos de estudo, de incerteza quanto às soluções propostas e de elevado impacto sobre a vida que não pode mais ser vista como uma área restrita ao domínio dos cientistas e técnicos. Esta é a proposta para uma "ciência pós-normal" que já não pode desconhecer "as questões mais amplas de natureza metodológica, social e ética suscitadas pela atividade [da ciência] e seus produtos" (FUNTOWICZ E RAVETZ, 1997; p.222). A ampliação desta comunidade para incluir entre outros pares, pacientes e seus familiares, organizações dos portadores de patologias, movimentos que militam na área da saúde e representantes dos usuários nos conselhos desaúde.

Em consequência destes compromissos, os participantes do movimento da **educação popular e saúde** precisam aprender a desenvolver formas compartilhadas de conhecimento entre técnicos, profissionais, pesquisadores e população (CARVALHO, ACIOLI E STOTZ, 2001). Várias técnicas podem ser usadas a serviço deste processo. Porém, mais importante do que o uso das técnicas é o processo em si, a possibilidade das pessoas manifestarem-se como sujeitos e de sentirem-se capazes de ajudar a encontrar novas soluções ali onde muitas vezes as certezas absolutas tornam-se obstáculos para o desenvolvimento das possibilidades da própria vida.



*Imagem 5. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Certamente o alcance de iniciativas de educação popular será tanto maior quanto mais estiveram articuladas em redes sociais. A interação social e, portanto, a comunicação dialógica, tornou-se uma necessidade imprescindível para lidar com a complexidade, a incerteza e o elevado impacto das ações de saúde.

O resultado deste processo no âmbito dos serviços e do sistema de saúde será a produtividade social, porque os recursos públicos, orientados de modo a garantir ações de saúde integral, resultarão de fato nas melhores formas de encaminhar os problemas de saúde e de garantir qualidade de vida à população.

Uma advertência final sobre os riscos de assumir uma defesa abstrata de qualquer enfoque de educação e saúde, inclusive da educação popular, aparece na seguinte passagem do texto de Eymard Vasconcelos (2003, sp):

Educação Popular não é veneração da cultura popular. Modos de sentir, pensar e agir interagem permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir. Na formação de pessoas mais sabidas, devem ser criadas oportunidades de intercâmbio de culturas. E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver. Certamente não pretende formar pessoas mais sabidas quem tenta impor uma cultura pretensamente superior. Mas também é muito conservador quem, desejando preservar um modo popular idealizado de viver, deseja parar o mundo, privando as pessoas e grupos do contato com outras pessoas e grupos portadores de marcas biológicas e culturais diferentes e, por isso mesmo, enriquecedoras. Ao educador popular caberá o investimento na criação de espaços de elaboração das perplexidades e angústias advindas do contato

intercultural, denunciando situações em que a diferença de poder entre os grupos e pessoas envolvidas transforme as trocas culturais em imposição.

Referências bibliográficas

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Lutar com a palavra**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo, Hucitec, 1991

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo, Hucitec, 1988.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de, ACIOLI, Sonia e STOTZ, Eduardo Navarro. . O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: Vasconcelos, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**. São paulo: Hucitec, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

MARX, Karl. **Elementos fundamentais para la critica de la Economia Política (Borrador). Volume I**. Introdução. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores S.A.,1971.

NAVARRO, Vicente. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. in; Programa de Educação Continuada/ENSP; ABRASCO. **Textos de Apoio - Ciências Sociais 1**. Rio de Janeiro: julho de 1983.

SAN MARTÍN, Hernán. **Salud pública y medicina preventiva**. Barcelona: Masson, S.A.,1989.

SCHRAIBER, Lilia Blima. (org.) **Programação em saúde hoje**. São Paulo, Hucitec, 1990.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V. V. e Stotz, E.

N. (org.) **Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, 11-22.

TONES, B. R. Educación para la salud: prevención o subversión? In: **Tendencias actuales en educación sanitária**. *Quadern CAPS*, marzo 1987.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública** 14 (supl. 2) : 39-57, 1998.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**. São paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. 2003. **Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde**. Texto publicado na página da internet: www.redepopsaude.com.br, novembro de 2003.

VUORI, H. El modelo médico y los objetivos de la educacioón para la salud. In: **Tendencias actuales en educación sanitária**. *Quadern CAPS*, marzo 1987.

Educação Popular e Saúde⁶

Maria Waldenez de Oliveira¹

A busca do diálogo, elemento tão caro à educação popular, é descrita por Brandão (2001) como parte da aventura da educação, sendo, este não uma simples metodologia de trabalho, mas “...o fim e o sentido de uma educação conscientizadora” (p.25). O diálogo se dá no encontro entre seres humanos que pronunciam o mundo e o re-pronunciam após problematizá-lo, um ato de criação e recriação (FREIRE, 1980). Ampliar a compreensão de si e do mundo, na dimensão do diálogo, é pronunciar o mundo entre sujeitos. Portanto, é reconhecer que o outro também é sujeito, tem sua história, trajetória, valores. Sujeitos em construção, pois são seres humanos.

⁶ Texto publicado originalmente em: Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v. 6, p. 73-83. Jan./dez. 2007.

Figura 2-Dialogo



Fonte: <https://pixabay.com/pt/illustrations/homem-mulher-ponto-de-interroga%C3%A7%C3%A3o-2814937/>

Para que o diálogo ocorra, são necessárias motivações políticas e existenciais, afetividade, gostar de estar na comunidade, adicionadas a outro elemento chave: o “convívio” (OLIVEIRA, 2003). Conviver é estar junto, olhar nos olhos, conversar frente-a-frente. Conviver é mais do que visitar; e não é algo que possa ser delegado, requer um envolvimento pessoal, observando, perguntando e conversando. A convivência permitirá perceber o que cotidianamente aflige as pessoas, repensando o trabalho coletivo e elaborando conjuntamente políticas públicas mais condizentes com a concretude do cotidiano (OLIVEIRA, 2003).

Educação é

[...] o ato de construir o nosso modo próprio de ser, juntamente com quem convivemos, ao assumirmos com eles os destinos de nosso grupo, nossa classe social, nossa comunidade. E vivência... Nesse processo, cada pessoa incorpora a cultura de sua comunidade, grupo, classe...num trabalho sempre criador (SILVA, 1987, p. 65).

Com histórias de vida e condições materiais de existência diferentes daquelas dos grupos de culturas letradas ou eruditas, as classes populares são sujeitos de conhecimento e de experiência. Na diversidade cultural, na convivência, nas práticas sociais, constroem “saberes de experiência feitos”:

Uma educação que procure o diálogo pressupõe a visão do outro como sujeito, a compreensão de que os saberes da população “... são elaborados sobre experiência concreta, sobre vivências distintas daquelas do profissional” (VALLA 1998), portanto saberes apenas diferentes, mas não inferiores. Trata-se de reconhecer que os saberes são construídos diferentemente e quando da interação entre sujeitos, estes possam ser compartilhados, e não hierarquizados (CARVALHO, ACIOLI e STOTZ, 2001).

Conhecimento é construído no diálogo entre sujeitos, pois conhecimento aqui é consciência da realidade e da condição humana. Diálogo entre sujeitos é educação não alienada e não alienante. Mesmo algumas propostas de participação “popular” podem partir de uma visão alienada ou, no mínimo, equivocada sobre onde reside o motor das desigualdades. Valla (1998) nos alerta que o chamamento à participação de grupos marginalizados, por vezes, parte do princípio de que a maioria da população encontra-se fora da sociedade, e que isso acontece devido à sua ignorância e passividade. Para adentrar, precisariam ser animados, esclarecidos. Esses grupos, porém, não estão fora, mas dentro de uma sociedade desigual. Não há marginalização da sociedade, mas há violência aos direitos desses seres humanos dentro de uma ordem onde certo modo de viver, pensar e ser é tido como natural, normal e vital para a manutenção desta mesma ordem opressora. A difícil inserção das comunidades nos serviços públicos é diferente de sua participação, pois, além da sua capacidade de ação, esta participação supõe o envolvimento e o poder dessas pessoas nas tomadas de decisões e na implementação de programas (LAMMERINK e WOLFFERS, 1994; VALLA, 1998).

Práticas desumanizantes ainda permanecem em nossa realidade e são gritantes para alguns e invisíveis para outros. São heranças de um pensamento colonizador que promoveu a exploração e a morte de diversos povos da América Latina. Precisamos ter isso claro ao falarmos do trabalho com classes populares. Temos uma herança colonial que insiste em atribuir a algumas pessoas valores “mais” humanos do que a outras, por sua vez, entendidas como incapazes por natureza, imorais, sem conhecimento, sem escolaridade, enfim, como pessoas sem cultura. Estamos mergulhados dos pés à cabeça nessa história, mas que não é única, pois, como nos alerta Freire: desumanização, “mesmo que um fato concreto na história, não é, porém, destino dado” (FREIRE, 1987, p.30, grifo do autor). São vários os exemplos no decorrer da história da América Latina em que vemos povos colonizados, escravizados, explorados resistirem a desumanização.

A desvalorização do “popular” se expressa na relação desigual entre diversas culturas em nosso cotidiano, notadamente entre a cultura escolarizada - historicamente européia - e a não escolarizada - historicamente, índia, negra, mestiça -; relação desigual entre os conhecimentos científicos e os populares, entre as formas de expressão acadêmicas e as populares. Luc Boltanski, no livro “As classes sociais e o corpo” (1984), apresenta vários diálogos entre médicos e pacientes, ilustrativos dessa desvalorização. Um deles é particularmente elucidativo:

[...] a doente: (uma mulher de 76 anos, ex-operária de fábrica de cintas) estou com dor na ponta do fígado, doutor.

o médico: e onde é o seu fígado, minha senhora?

a doente: (rindo com um ar embaraçado) não sei.

o médico: como é que a senhora pode dizer que está com dor no fígado se nem sequer sabe onde fica o fígado!

a doente: (tateando a parte direita do ventre, na altura da cintura) sinto doraqui, doutor, na ponta do fígado.

o médico: (com um tom douto e exasperado) mas o fígado não tem ponta, minha senhora (p. 55).

Percebe-se a resistência da mulher à humilhação, a insistência em permanecer na consulta, muito provavelmente pela urgência do diagnóstico, do tratamento, da solução para sua dor. Numa avaliação rigorosa de seus limites e possibilidades, a mulher mantém-se firme durante a consulta.

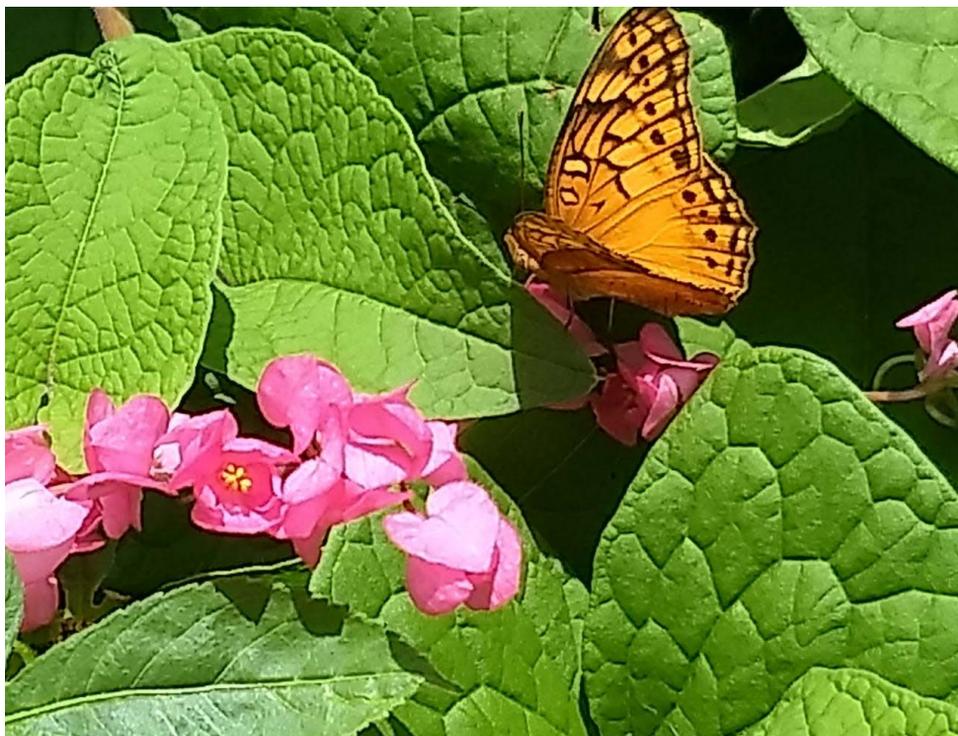
Diante desse universo em contradição, seres humanos tomam posições opostas: alguns trabalham na manutenção das estruturas desumanizantes, outros em sua mudança. Nesta segunda direção, vêm trabalhando, entre outras, pessoas envolvidas com a Educação Popular. Na Saúde, são várias frentes, espaços e formas de trabalho por uma sociedade mais justa. A Educação Popular e Saúde apresenta-se como um campo de ação e reflexão que toma o popular como político na construção da equidade e da justiça na saúde.

A práxis da educação popular e saúde

nos anos 1960, pessoas que pensavam a cultura popular como um momento de processo político, em sua dimensão objetiva e subjetiva, entre elas, Paulo Freire, compartilhavam o que Brandão (2001) chama de “supostos”. O autor nos apresenta dois deles: o primeiro é que a cultura se constrói na história e é obra humana resultante de interações mediatizadas entre trabalho e a comunicação de consciências. Outro suposto, complementar a esse, é que “... em sociedades desiguais, regidas por interesses e conflitos de/entre classes sociais, culturas humanas são construções de práticas da vida, de regras e códigos de relações e de sistemas de sentidos que obedecem a tais interesses e procuram tornar ocultos ou desvelam as origens sociais das desigualdades e as razões

ideológicas e políticas dos conflitos” (p. 22). Nesse sentido, a cultura alienada se referia à realização simbólica dessa relação desigual e a uma das classes, a dos oprimidos. A educação popular, nessa época ainda não com este nome, propunha processos intencionais e ordenados de uma educação libertadora, uma cultura “verdadeiramente popular” (BRANDÃO, 2001). Para tornar efetiva essa educação conscientizadora, entram em cena idéias, propostas e métodos de trabalho e contribuições, tais como a do ensino centrado no aluno e na dinâmica de grupos. Tais idéias são repensadas, recriadas, e não meramente adaptadas, são “... transformadas em ‘armas pedagógicas’ de franco valor de crescimento de posturas críticas e de motivações a uma participação popular” (BRANDÃO, 2001).

Podemos dizer que as iniciativas de educação popular no campo da saúde iniciam-se no Brasil na década de 1970, quando a educação popular, de inspiração freireana, começa a ser posta em prática em outras esferas além da escolar. Nos anos 1960, apesar de o Movimento de Educação de Base ter se aproximado da medicina popular, ainda eram raras as atividades de “saúde popular”, aqui incorporando-se à educação popular (BRANDÃO, 2001; VASCONCELOS, 2001). Após o corte brusco e violento feito pelo golpe militar de 1964, há, nos anos 1970, um renascimento dos programas de educação popular com novos rostos e roupagens (BRANDÃO, 2001). Nesse momento, são os próprios movimentos sociais populares que convocam os educadores populares, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, artistas, cientistas sociais, entre outros. Muitos profissionais se engajam em experiências de atenção à saúde inseridas no meio popular, onde passam a conviver com os seus movimentos e sua dinâmica interna. O olhar para os serviços de saúde vai se tornando mais crítico a partir dessa convivência, percebe-se a lacuna entre os serviços e a população e novos modos de atenção são pensados e experimentados, dialogando-se com a cultura e interesses populares (STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005).



*Imagem 6. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

No entanto, a formação profissional não acompanhava esse mesmo ritmo, continuando a produzir distanciamentos entre as práticas populares e a medicina biomédica, que se refletiam e ainda se refletem nos serviços (STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005). As iniciativas de inserção nos serviços de outras medicinas ou práticas não eram incorporadas à política pública de atendimento e de formação profissional. Recentemente, a Política Nacional de Medicinas Integrativas tenta estabelecer um outro patamar integrando várias “medicinas”, normatizando a inclusão no SUS da Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo, Social-Crenoterapia e Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura (BRASIL, 2006). Espera-se que, decorrente dessa legislação, os currículos dos cursos profissionalizantes em saúde contemplem o debate e a formulação de estratégias de atuação profissional com vistas a que a integração entre essas medicinas possa, efetivamente, ocorrer nas práticas do SUS.

A integração entre saber científico e saber popular e entre iniciativas de técnicos e de pessoas de movimentos e práticas populares, no campo da Educação Popular e Saúde, tem resultado na construção compartilhada de soluções criativas e mobilizadoras na saúde (STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005). A Educação Popular e Saúde constitui-se como espaço de produção crítica de saberes e práticas onde os conhecimentos sobre Saúde Pública, em suas várias vertentes teóricas, são construídos no diálogo teórico e metodológico com outras áreas, buscando aportes na Educação, nas Ciências Sociais, na Psicologia, entre outras áreas de conhecimento que dizem respeito à Saúde Humana.

Grande parte das experiências de educação popular e saúde estão hoje voltadas para a “... superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não-governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado, e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento

e de cura do mundo popular” (VASCONCELOS, 2001). Nelas, articulam-se e confrontam-se, em amplos pactos, no movimento social pela saúde, grupos de origens e classes distintas (SOUZA, 2001). No contexto da América Latina, de profundas desigualdades sociais, numa segmentação entre sistema público e privado de saúde, falar de saúde é falar dos vários fatores que operam nos processos de adoecimento e cura nas várias esferas da vida. Lutar pela saúde, diz documento da ANEPS3 (2007), é “... uma luta política que não se limita aos serviços de saúde uma vez que implica a superação das condições sociais que estabelecem dificuldades de se ter uma vida saudável” (p.1).

A característica que dá singularidade à Educação Popular, portanto, também à Educação Popular e Saúde, é a opção clara pelas classes populares, pela cultura popular como possibilidade de transformação e do trabalho com as pessoas destas classes; não no sentido vertical, mas horizontal, em que todos ampliam sua compreensão de mundo no processo educativo e juntos vão dando forma e conteúdo (crítico) a um mundo mais justo. Educação que se faz na práxis, na reflexão e na ação, pois, como nos alerta Freire, a reflexão sem ação é “blá-blá-blá” e a ação sem reflexão é basismo (1987). Como nos diz Hurtado (1993):

Educação popular é o processo contínuo e sistemático que implica momentos de reflexão e estudo sobre a prática do grupo ou da organização; é o confronto da prática sistematizada com elementos de interpretação e informação que permitam levar tal prática consciente a novos níveis de compreensão. É a teoria a partir da prática e não a teoria ‘sobre’ a prática. Assim, uma prática de educação popular não é o mesmo que ‘dar’ cursos de política para a base, nem fazer ler textos complicados, nem tirar os participantes por muito tempo de sua prática, para formá-los, sem tomar a própria realidade (e a prática transformadora sobre essa realidade) como fonte de reconhecimentos, como ponto de partida e de chegada

permanente, percorrendo dialeticamente o caminho entre a prática e sua compreensão sistemática, histórica, global e científica sobre esta relação ‘entre teoria e prática’ (HURTADO, 1993.p. 44-45).

São vários os espaços coletivos organizados em Redes, Grupos de Pesquisa, Articulações ou Listas, em que a Educação Popular e Saúde tem sido divulgada, gestada, debatida. Stotz, David e Wong-Un (2005) apontam os Encontros Nacionais de Experiências em Medicinas Comunitárias, em 1979 e 1981, como uma das experiências mais antigas originada dos movimentos sociais. Um outro movimento, iniciado na década de 1990, é a Rede de Educação Popular e Saúde. A Rede é uma articulação de profissionais, pesquisadores e pessoas de movimentos populares (por vezes, um participante identifica-se com uma combinação desses aspectos), que, em suas reflexões e práticas, buscam reorientar a assistência à saúde e lutar por melhores condições de vida e de saúde da população. Idealizada em 1991, como Articulação, constituiu-se como Rede em 1998. Com a estruturação da Rede, seus protagonistas passaram a estar presentes nos Congressos de Saúde Coletiva, em entidades como a ABRASCO - Associação Brasileira de Pesquisa em Saúde Coletiva (GT Educação Popular em Saúde) e na interlocução com o Ministério e Secretarias de Saúde, defendendo os princípios da Educação Popular como instrumento de gestão das práticas sanitárias (REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2005). São vários eventos científicos, Boletins e um livro “A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde” (VASCONCELOS, 2001 b), além do site (w”. redepopsaude.com.br), onde encontramos reflexões teóricas, relatos de pesquisassistematização de experiências de Educação Popular e Saúde.

Além da Rede, podemos mencionar outras articulações mais recentes em torno da Educação Popular e Saúde. Uma delas é a ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de

Educação Popular e Saúde. A ANEPS tomou forma em 2003, através do trabalho conjunto da Rede de Educação Popular e Saúde, a Direção Nacional Executiva dos Estudantes de Medicina (DENEM), o Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase (MORHAN), Projeto Saúde e Alegria, vinculado ao Grupo de Trabalho da Amazônia (GTA), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), o Movimento Popular de Saúde (MOPS), o Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR) e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)⁴.

A ANAPS foi se constituindo nos estados brasileiros na perspectiva de construir, a partir das diversas experiências, espaços de sistematização das práticas educativas no campo da saúde e de reorientação e democratização das políticas de saúde, acreditando no potencial humano reunido em torno das iniciativas populares e na possibilidade de repensar inovadas formas de lutar por saúde. Constitui-se como um espaço não institucional de encontro entre as práticas de educação popular em saúde. Nesse percurso, vem construindo interfaces com movimentos populares, movimento estudantil, alguns espaços universitários, Secretarias Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, no sentido de problematizar as práticas educativas no campo da saúde, incorporando o jeito popular de educar através da capacidade de escuta, diálogo, humanização e construção coletiva do conhecimento. A ANEPS realizou dois Encontros Nacionais, com centenas de participantes, onde toda a diversidade e riqueza das práticas e movimentos de educação popular e saúde se fizeram presentes.

Uma outra articulação que tem apresentado como frente de trabalho na Educação Popular é a ANEPOP - Articulação Nacional de Extensão Popular - que aglutina extensionistas universitários, movimentos sociais e organizações comunitárias. Mesmo articulando-se em torno de um campo mais amplo, da

Extensão Popular, a ANEPOP tem sido um espaço fértil de debates e práticas de extensão popular no campo da Saúde.

A Educação Popular e Saúde vem acontecendo também em articulação entre Universidade, movimentos sociais, serviços e gestores. Em Fortaleza, numa articulação entre a Universidade Estadual do Ceará, a Secretaria Municipal de Saúde e a ANEPS, criou-se o Espaço EKOBÉ/Oca da Cultura. O espaço Ekobé dinamiza a articulação e a interação entre práticas populares de cuidado e promoção à saúde - produzidas nos movimentos populares -, as experiências dos serviços públicos de saúde e o saber do espaço acadêmico, na perspectiva da educação permanente em saúde. O Espaço EKOBÉ foi construído em área estratégica do Campus da Universidade Estadual do Ceará funciona de forma permanente sob a coordenação da ANEPS e dos movimentos que a constituem. A amplitude e a diversidade dos movimentos e práticas de cuidados em saúde, à luz da educação popular, interagem mais próximas do movimento acadêmico a partir do Espaço Ekobé, na interface com o saber científico. Essa interação caminha na direção do fortalecimento do SUS - Sistema Único de Saúde - nos processos de educação permanente, dentro da lógica da humanização e do acolhimento necessários ao desenvolvimento da saúde pública como direito dos cidadãos e dever do Estado. Sob a ótica da integralidade, o Espaço Ekobé vai promover esta integração entre os movimentos e práticas que constituem a ANEPS no Estado do Ceará, a articulação com o saber acadêmico e as políticas públicas de saúde⁶.

Em Sergipe, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) existe desde 1989 com o objetivo de articular os grupos de base na luta por uma saúde pública de qualidade e o resgate das práticas culturais e populares. Lá, temos uma outra iniciativa de Educação Popular e Saúde articulada entre movimento social, universidade e serviço. O texto de divulgação do projeto de Aracajú⁷ advoga que o

E...] acesso aos medicamentos é um componente essencial de inclusão social, de busca da equidade e de fortalecimento do SUS (Sistema Único de Saúde). [...] É necessário aumentar o acesso da população aos serviços de saúde e aos insumos terapêuticos, particularmente os medicamentos. Para isso, faz-se necessária a formulação de políticas públicas que assegurem esses direitos constitucionais. A fitoterapia como medicina alternativa ou complementar é um fenômeno social no mundo atual, caracterizada por suas inter-relações biológicas, sociais, culturais e econômicas. Ao mesmo tempo em que as ciências da pós-modernidade ressaltam uma mudança de paradigma, saindo do modelo cartesiano e reducionista para um modelo holístico com a valorização do todo. Nele incluindo: a relação do homem com a natureza e a utilização de recursos naturais de forma sustentável. Assim, vemos que o uso de plantas medicinais fitoterápicas é estimulado, principalmente, nos movimentos sociais em decorrência da valorização da cultura popular pelos usuários do sistema de saúde.

Nesse contexto, o projeto de Aracajú tem como objetivos:

- 1- Articular o saber científico popular nas práticas de saúde envolvendo conhecimento das plantas medicinais e a produção de produtos naturais, orientando para aspectos de conservação da natureza, cuidados na coleta das ervas, e desenvolvendo práticas de manejo sustentável.
- 2- Reestruturar o Coletivo de Práticas Culturais e Populares de Saúde do (MOPS) Sergipe.

O projeto se concretiza, entre outras formas, por meio de um Curso de Fitoterapia ministrado por um fitoterapeuta popular e formalizado como curso de extensão universitária.

Em São Carlos (SP), outra iniciativa congrega movimento social e universidade com objetivo de promover o

diálogo entre as diversas racionalidades médicas na atuação profissional (MASSARI e outros, 2007). O projeto Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde, de iniciativa da ANEPSSP, concretizou-se em um projeto de pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e, posteriormente, num curso de extensão, que se encontra, em 2007, em sua oferta-piloto.

Na pesquisa, mapeou-se tais práticas em um bairro periférico da cidade junto a 3 agentes do PSF e 66 moradores que freqüentam um Centro Comunitário do Bairro. Revelou-se que os moradores do bairro dão diversos encaminhamentos para seus problemas de saúde como: Posto de Saúde do bairro (enfermeira, médico Clínico Geral e enfermeira do PSF), a Assistente Social do Centro Comunitário, a Pastoral da Criança, o Pronto-Socorro, Benzedeiros, Erveiros, Igrejas Católicas (Santa Rita, Santo Expedito, São João Batista), Centros Espíritas, Grupos de Oração, Igrejas Evangélicas e Igreja Adventista do Sétimo Dia.

Das práticas populares, o benzimento é o mais mencionado. Elaborou-se um roteiro de entrevista com os praticantes, contendo as dimensões constitutivas da racionalidade médica (LUZ, 2003). Foram convidados os praticantes para participarem como facilitadores na formação profissional de pessoas da área da saúde e de ação social do município. Para a elaboração dessa formação, consultamos profissionais da Rede de Saúde e de Ação Social do Município, estudantes dos cursos de Saúde da UFSCar e praticantes da comunidade. Previa-se que apenas ao final do curso houvesse debates e construção de material pelos participantes sobre possibilidades de práticas dialógicas com essas diversas racionalidades nas atividades nas Unidades de Saúde e nos demais espaços de atuação. No entanto, já durante o curso, temos movimentos de participantes

na direção de construção desse espaço em uma UBS. Quatro participantes do curso engajaram-se em outras formações em Educação Popular. Vários estão em um Grupo de Estudo sobre Paulo Freire, no qual nos desafiamos a estudar suas obras e, ao mesmo tempo, fazermos pontes com nossa prática nos diversos lugares de atuação (serviços de saúde, docência etc.) e insistimos na pergunta: “como colocar em prática?”.

É dessa riqueza e dessa diversidade que falamos ao nos referirmos à Educação Popular e Saúde. O espaço é pouco, a escolha de alguns trabalhos para aqui expor é arbitrária. Os anais do II Encontro de Educação Popular e Saúde, realizado em março de 2007, trazem mais de uma centena de outras experiências, práticas, pesquisas. São vários grupos de pesquisa que têm a Educação Popular e Saúde como área formal, explícita, de pesquisa e formação de pesquisadores (FIOCRUZ, UFPb, UFSCar, UERJ, para mencionar algumas instituições). Uma gama de trabalhos sérios, comprometidos, rigorosos academicamente e socialmente, que nos faz ampliar a compreensão e a prática da Educação Popular e Saúde.

Temos muito que caminhar

com a consolidação do Programa de Saúde da Família (criado em 1994), e recentemente com a Política de Educação Permanente, além das políticas de participação e controle social (conselhos, conferências de saúde), vemos expandir as possibilidades de ações de educação popular e saúde nos serviços. Expansão que é um ganho histórico do movimento sanitário entre outros movimentos da saúde. Marco importante na luta desses movimentos foram as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988, que contém um

capítulo dedicado exclusivamente à saúde. Contudo, vários aspectos dessa luta continuam requerendo nossa atenção. Por exemplo, os espaços de participação e controle social em saúde. Mesmo sendo espaços importantes, os conselhos, por exemplo, ou mesmo as conferências ainda precisam avançar no que se refere à participação popular.

Os segmentos populares presentes nesses espaços, em geral, têm sido chamados a indicarem necessidades de avanços de atendimento ou de comunicação (intersetorialidade) ou outros aspectos para a consolidação do SUS e do atendimento à saúde de forma mais geral. Fazem recomendações a políticas já existentes, quase que num “dar indicações ao gestor” ou um “fiscalizar” o serviço de saúde. A participação popular na formulação e gestão de políticas públicas ainda é um caminho que está sendo construído. Dilemas na composição e funcionamento do conselho gestor (que atuam no nível local, compostos por usuários, funcionários e gestores das Unidades Básicas de Saúde - UBS) ainda estão por ser resolvidos (BARBOSA e OLIVEIRA, 2005). Participar, na perspectiva dialógica, não é fazer o que outros decidem que cabe a mim, e muito menos responder burocraticamente ou apenas formalmente pela participação, é ser sujeito desta participação (OLIVEIRA, 2003). Ferramentas participativas como o diagnóstico participativo vêm se mostrando como grandes aliadas na construção da participação popular na definição de prioridades, estratégias e soluções para problemas que afligem a população.



*Imagem 7. Traços vivos na Cidade Verde. Autor:
Luiz Gonzaga (2020).*

Um outro desafio, entre tantos, já era anunciado nos primórdios da Educação Popular no Brasil; é um desafio constante, que exige de nós, educadores populares, muito trabalho, persistência e criticidade. Sobre ele, nos falou Emanuele Fiore ao prefaciar, no final da década de 1960, a primeira edição do livro de Freire, “Pedagogia do Oprimido”, afirmando que o método Paulo Freire é fundamentalmente um método de cultura popular, não absorve o político no pedagógico (FREIRE, 1987). Depreende-se desse alerta que se movimentar em direção à cultura popular não é reduzi-la à estratégia pedagógica, no seu sentido mais estreito, mas tomá-la como estratégia política. Na primeira direção estaria, por exemplo, nos valermos, em uma UBS, de elementos da cultura popular, como a roda (para debatermos nos conselhos locais ou fazermos orientações em sala-de-espera, por exemplo) ou como o atendimento por um praticante de cultura tradicional (por exemplo, uma rezadeira) com o intuito de dar uma conotação popular ao serviço e podermos, assim, acessar os populares e seu conhecimento para “inserir” (mas, não, incluir) o popular no sistema (no caso, de Saúde). Importante fazer a roda e ter o praticante, porém ainda é necessário ir além.

Um outro exemplo: fazer um anexo à UBS onde as práticas populares aconteçam, sem dúvida, é um avanço, mas ainda é um anexo. E depois do anexo? Podemos avançar mais, para um “puxadinho”, como se diz nas classes populares, quando a família expande um pouco mais uma casa. Aproximando um outro, procurando a convivência, os estranhamentos, no diálogo. Pós-“puxadinho”, veríamos um farmacêutico “da UBS” no anexo, junto com os fitoterapeutas populares, trocando conhecimento sobre as propriedades químicas e terapêuticas das ervas. Veríamos uma massoterapeuta “do anexo” na UBS junto à pediatra e conversando com uma usuária sobre os problemas de insônia de filho. E o gestor, preocupado com a participação popular, indo ao bairro junto aos mais velhos e experientes, que nos ensinam culturas tradicionais, tais

como as africanas indígenas, procurando construir conjuntamente os rumos daquela UBS. E assim, UBS anexo, cultura letrada e popular, academia e classes populares, vão dialogando e construindo um serviço de saúde politicamente popular.

Trata-se de investigar a cultura popular para, na sua centralidade, entender como os processos ali desenvolvidos, desencadeados, construídos, podem ampliar a compreensão de saúde e humanizar as práticas de saúde no serviço e a formulação, gestão e avaliação das políticas de saúde. Como nos diz Fiore, "... a cultura popular se traduz por política popular; não há cultura do Povo, sem política do Povo" (FREIRE, 1987, p. 21). Conscientizar-se é politizar-se.

Referências

ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde. 2007. **Contribuições da ANEPS para as Conferências de Saúde:** retomar a mobilização popular. Documento preliminar elaborado para a Oficina da ANEPS em Salvador, junto ao IV Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais em Saúde, promovido pela ABRASCO. Cópia.

BARBOSA, Ana Maria G., OLIVEIRA, M. Waldenez. Processos educativos presentes nas Comissões Locais de Saúde no município de Piracicaba-SR In: **1 Seminário de Dissertações e Teses do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFSCar**. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos. 2005, v. 1. p. 1-1.

BOLTANKSI, Luc. 1989. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRANDAO, Carlos Rodrigues. A Educação Popular na Área da Saúde. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos**

gestos - reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.21-26.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. 2006. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema único de Saúde.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha; ACIOLI, Sonia; STOTZ, Eduardo Navarro. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, p.101114.

FREIRE, Paulo. **Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes. 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

HURTADO, Carlos Nufies. **Educar para transformar, transformar para educar**. Petrópolis: Vozes. 1993.

LAMMERINK, Marc R; WOLFFERS, Ivan (Orgs.). **Selección de algunos ejemplos de Investi-gación Participativa**. Haya/Holanda: Programa Especial de Investigación del Ministério de Relaciones Exteriores. 1994.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: Estudos sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**. São Paulo: HUCITEC. 2003.

MASSARI, Maria Teresa R. et al. Práticas de saúde alternativas num bairro de São Carlos, interior de SP. In: **Anais do III Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde**. Rede de Educação Popular e Saúde/Universidade Federal de São Carlos. p.96.

OLIVEIRA, Maria Waldenez. **Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades:** perspectivas de diálogo entre saberes e sujeitos. Relatório de Pós - doutorado. Departamento de Endemias "Samuel Pessoa", Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

SILVA, Petronilha B. Gonçalves. **Educação e identidade dos negros trabalhadores rurais do Limoeiro.** Tese. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1987.

SOUZA, Eliane S. Educação popular e saúde: cidadania compartilhada. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.30-32.

STOTZ, Eduardo N., DAVID, Helena, M.S.L; WONG-UN, Julio. Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.8, n. 1, jan/jun, 2005. p.49-60.

VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (sup2): 7-18. 1998.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC. 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001 b. p.11-19.

Movimentos Sociais e Educação Popular: onstruindo Novas Sociabilidades E Cidadania⁷

Maria do Socorro Xavier Batista

Introdução

Este ensaio resulta das discussões e estudos que realizamos no projeto de pesquisa Educação e movimentos sociais: a cidadania em construção, da Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE), do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba que aglutina e integra as diversas temáticas dos pesquisadores professores e estudantes. Caracteriza-se como um estudo exploratório, de natureza teórica/emprírica que tem como objetivos suscitar aportes ontológicos, epistemológicos e teóricos para compreensão da educação popular que se realiza nos movimentos sociais; analisar a contribuição da educação popular vivenciada nos movimentos sociais na constituição de uma pedagogia de seres humanos com capacidade crítica e emancipadora; destacar o papel da educação nos movimentos sociais na construção de novas

⁷ Texto publicado originalmente em: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra 16, 17 e 18 de Setembro de 2004.

sociabilidades e cidadania. O trabalho foi estruturado nos seguintes tópicos: Os movimentos sociais e a educação popular construindo cidadania, Educação popular em movimentos sociais construindo novas sociabilidades e indicações conclusivas. Busca-se refletir sobre os movimentos sociais no contexto atual e a importância desses movimentos como instituintes de práticas educativas de novas sociabilidades, de busca e de afirmação da cidadania para os setores excluídos da sociedade capitalista no Brasil.

Os movimentos sociais e a educação popular construindo a cidadania

Figura 3-Lutas Sociais



Fonte: <https://pixabay.com/pt/vectors/protesto-demonstra%C3%A7%C3%A3o-comunismo-155927/>

Desde as décadas de 1970 e 1980 os movimentos sociais se evidenciam como importantes atores na cena política brasileira, como consequência da organização, das mobilizações dos setores excluídos, das conquistas que lograram. A partir da década de 1990

esses movimentos, apesar de vivenciarem uma crise, em consequência da conjuntura instaurada pela nova ordem mundial, cada vez mais mundializada, dos desdobramentos políticos, sociais, éticos, culturais, diante das relações de exploração e de poder, os sujeitos sociais que compõem os segmentos mais atingidos pelos efeitos nefastos desse capitalismo predatório engendram novas formas de resistência constituindo uma rede de movimentos sociais que vem desenvolvendo diversas ações coletivas de protestos, de organizações que oferecem alternativas e propostas para uma nova sociedade, formando um verdadeiro movimento que questiona o capitalismo globalizado. Tal movimento se manifesta contra os constantes ataques do capital contra os direitos sociais, o avanço da miséria e das desigualdades que vêm crescendo desde os anos 1980, contra as repercussões desse modelo nos países pobres, da América Latina, da África e no Brasil, onde se manifesta de forma mais dramática e onde os problemas globais tomam dimensão catastrófica especialmente no que diz respeito às questões ambientais, de direitos humanos, democráticos e trabalhistas, da produção cultural, da violência, as drogas e a contravenção. Segundo Leite (2001, p.2), "*generaliza-se a percepção de que qualquer combate ao sistema que pretenda eficácia tem que se articular internacionalmente*".

As estratégias utilizadas pelos movimentos sociais combinam ações de resistência e de enfrentamento como protestos, passeatas, onde se aglutinam os diversos segmentos ou categorias de classe, que contam com o apoio e a solidariedade de amplos setores, até a vivência e a troca de variadas experiências concretas e pulverizadas, de alternativas ao modelo capitalista de produzir e de viver, que são realizadas nos mais variados locais. Destacam-se a criação do Fórum Social Mundial e o Fórum Mundial de Educação como momentos ímpares de encontro de pessoas dos mais diversos movimentos, que propiciam trocas e intercâmbios de experiências

e conhecimentos dos diversos setores populares que formam uma ampla rede mundial.

Nos movimentos e nas lutas por eles empreendidas são reivindicados direitos e vivenciadas experiências e propostas de educação popular, destacando-se as experiências de escolas comunitárias, as milhares de experiências e programas de educação popular em ONGs, associações comunitárias, práticas de economia solidária, e as propostas e programas de Educação dos Movimentos sociais, especialmente do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra(MST).

Os movimentos sociais podem ser considerados como ações coletivas que se desenvolvem numa esfera sociocultural, onde sujeitos coletivos interagem, criam espaços de solidariedade, praticam uma cidadania em processo, vivenciam práticas educativas que propiciam múltiplas aprendizagens, reivindicam direitos e buscam mudar a sociedade em que vivem. Eles são como salienta Camacho (1987, p.217),

uma dinâmica gerada pela sociedade civil, que se orienta para a defesa de interesses específicos. Sua ação se dirige para o questionamento, seja de modo fragmentário ou absoluto, das estruturas de dominação prevalecente, e sua vontade implícita é transformar parcial ou totalmente as condições de crescimento social.

Como elemento constitutivo da sociedade moderna a cidadania tem-se diferenciado entre o projeto hegemônico, liberal que circunscreve-se a uma cidadania restrita, formalizada perante a lei, mas negada na realidade de exclusão e as aspirações universais e alargadas das populações subalternas que incluem a alteridade, as identidades interculturais, os direitos civis, políticos, sociais, a igualdade econômica e social. A construção da cidadania é um projeto que tem dimensões éticas e políticas e está associada à construção de uma sociedade democrática,

na perspectiva do projeto de modernidade capitalista e suas forças hegemônicas, como salienta Scherer Warren (1998, p.2)

O que denominamos de "construção da cidadania", é um valor cultural da modernidade, que tem uma dimensão ética e outra política. A democracia, e seu correlato – a cidadania – têm se colocado na contemporaneidade frente a um aparente paradoxo: surge enquanto um princípio universal e, ao mesmo tempo, como um anseio de autodeterminação das minorias. Isto exige uma resolução através de um processo dialógico que contemple a diversidade (especificidades das minorias) e o princípio universal da igualdade.

No tocante as dimensões educativas dos movimentos sociais destacam-se desde as várias experiências sócio-educativas em projetos de educação comunitária; o sentido pedagógico do movimento de uma educação da/do cidadã/cidadão, as práticas educativas, a educação popular, a educação não formal, expressões utilizados para falar das experiências vividas no cotidiano dos movimentos sociais e das aprendizagens que a participação nos movimentos propicia, com suas múltiplas dimensões: políticas, culturais, subjetivas, simbólicas, afetivas, que trazem novas matrizes discursivas para aeducação.

No cenário de lutas vai-se forjando uma educação da polis, da rua, da praça, como arena onde se exercita a cidadania, uma cidadania planetária; reafirma-se o movimento social como princípio educativo da formação humana, retomam-se práticas pedagógicas, aprendizagens ligadas aos "*processos de luta pela transformação social e pela recuperação da dignidade humana*" (CALDART, 2000:1).

Educação Popular em movimentos sociais construindo novas sociabilidades

O fazer-se humano comporta espaços e dimensões múltiplas, faz-se num aprendizado contínuo e coletivo e os movimentos sociais representam espaços privilegiados de vivências para construir novas sociabilidades e novos seres humanos que se constituem como sujeitos culturais, sociais, éticos, coletivos, espaciais, históricos, afetivos, políticos, cidadãos.

A educação popular vivenciada nos movimentos sociais proporciona processos educativos e de produção de saberes entre iguais, entre pessoas que comungam de objetivos e identidades comuns, mediados por práticas organizativas e discursivas em que todos são sujeitos do processo. Os variados procedimentos e linguagens utilizadas como a música, o teatro, a mística, os símbolos, os textos escritos, a linguagem oral e todos os recursos utilizados formam uma rica contribuição para a formação de sujeitos e podem apontar educação escolar práticas pedagógicas enriquecidas pelas experiências desses movimentos. As estratégias de luta e de organização, as análises de conjuntura, o reconhecimento e a luta por direitos contribuem para uma educação política, para a identidade social dos sujeitos e para a construção da cidadania.

Ressalta-se a importância dos movimentos como instituintes de práticas educativas, de novas sociabilidades, de busca e de afirmação da cidadania para os setores excluídos da sociedade capitalista no Brasil. A realidade e as pesquisas que vimos realizando têm revelado uma ampla e diversificada teia de experiências de educação popular, empreendidas pelas ações coletivas nas cidades e no campo.



*Imagem 8. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Entendemos que a educação vivenciada nos movimentos sociais caracteriza-se por ser um processo de produção, apropriação e partilha de conhecimentos sobre a realidade social, política, econômica, cultural e ontológica. Nos movimentos e nas lutas empreendidas pelos setores das classes populares são vivenciadas experiências e propostas de educação popular, destacando-se as experiências de educação popular em ONGs, associações comunitárias, as práticas de economia solidária, e as propostas e programas de Educação dos Movimentos sociais, especialmente do MST.

A participação nos movimentos sociais rurais no Brasil no contexto atual ilumina a cena da questão social da exclusão, denuncia a negação da cidadania que se manifesta nas condições precárias de vida, da fome, da violência. Ao mesmo tempo em que questiona a propriedade da terra como instrumento de mercado e de especulação a qualifica como valor social.

Caldart (2000, p. 3) salienta a necessidade de se pensar *“movimento social como uma das matrizes pedagógicas fundamentais na reflexão de um projeto educativo que se contraponha aos processos de exclusão e desigualdade social, e que ajude a reconstruir a perspectiva histórica e a utopia coletiva de uma sociedade com justiça social e trabalho para todos”*. Aspecto importante no contexto de avanço da globalização e da disseminação do ideário neoliberal em todas as instancias sociais e na educação, em que se avolumam os processos de exclusão social.

A participação no movimento social propicia "um processo de *fazer-se humano na história* que está produzindo e sendo produzido em um *movimento de luta social*, que também se constitui como parte de um *movimento sociocultural* mais amplo" (CALDART,2000,p.3). Nos espaços dos movimentos estão se construindo novas relações sociais/humanas com base na cooperação, na solidariedade, na cidadania, novos sujeitos gestam-se na compreensão de que são sujeitos históricos construtores da

história, de uma sociedade onde o humano deve prevalecer sobre o capital, sobre o mercantil. Mas esses sujeitos vivem e se formaram e introjetaram os valores do dominador, vigentes numa sociedade onde são fortes as relações de poder entre dominantes e dominados, em que o individualismo, a competição estão presentes e não são extirpados senão num processo educativo que se vai ao longo da vida (BATISTA, 2003 p.3).

A educação nos movimentos sociais abrange desde a chamada educação informal, que são as práticas educativas, as aprendizagens que ocorrem no decorrer da participação nos eventos, nas estratégias de organização e de lutas como as experiências de educação formal que são implementadas nos assentamentos da reforma agrária. Como pensa o MST a educação.

Para nós a Educação acontece em processo, desde a participação das crianças, das mulheres, da juventude, dos idosos, construindo novas relações e consciências, até a participação nas marchas, assembléias, cursos, caminhadas, trabalhos voluntários, gestos de solidariedade, ocupações, mobilizações, reunir-se para aprender e ensinar o alfabeto, e mais que isso, o ato de ler e escrever a realidade e a vida (MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM-TERRA, 2002).

O caso mais destacado se dá nos acampamentos e assentamentos do MST. Nos assentamentos existem cerca de 1.800 escolas de Ensino Fundamental, que contam 160 mil crianças e adolescentes freqüentando e onde trabalham cerca de 3.900 educadores. Nos acampamentos existem as escolas Itinerantes². Além disso, existem mais 250 educadores que trabalham nas Cirandas Infantis³, na educação de crianças até 6 anos. O movimento também

abarca cerca de 3 mil educadores de alfabetização de jovens e adultos, onde estudam cerca de 30 mil alfabetizandos. Além da preocupação com o acesso à educação o MST tem uma filosofia. São princípios filosóficos da Educação no MST:

- 1) Educação para a transformação social;
- 2) Educação aberta para o mundo, aberta para o novo;
- 3) Educação para o trabalho e cooperação;
- 4) Educação voltada para as várias dimensões da pessoa humana;
- 5) Educação como processo permanente de formação/ transformação humana

Nas experiências de economia popular solidária⁴ protagonizadas, organizadas e vivenciadas por trabalhadores (as) e demais setores subalternos nos assentamentos da reforma agrária⁵, para além da geração de trabalho e renda vem-se originando novas formas de sociabilidade, de relações de produção alternativas ao modelo capitalista de produzir e trocar mercadorias, ou seja, vem-se gerando um novo paradigma de desenvolvimento sustentável⁶.

O processo de desenvolvimento que vem se germinando nas experiências de reforma agrária buscam um desenvolvimento auto-sustentado, com uma agricultura agro-ecológica⁷. A comercialização tem se organizado em espaços alternativos de mercado como feiras organizadas coletivamente pelos próprios produtores, dispensando os intermediários no processo de troca. As relações de trabalho vividas nos assentamentos se apóiam em princípios como a solidariedade, a cooperação, o trabalho familiar. Oliveira (2003, p. 11) destaca alguns valores e princípios presentes nos empreendimentos de economia popular solidária dos setores populares.

Valores da gratuidade, da cooperação e da autogestão predominam sobre a lógica do individualismo. Princípios como os da democratização do saber, da convivência solidária com a natureza, da valorização da vida do consumidor, da questão de gênero, são diferenciais em relação à exploração econômica na lógica convencional do capitalismo.

² Escolas públicas nos acampamentos. No Rio Grande do Sul, isto foi conquistado a partir de 1996, através da aprovação pelo Conselho Estadual de Educação da Escola Itinerante, que atende crianças de 7 a 12 anos de 1ª a 5ª séries. Essa escola vai para onde o acampamento for.

³ Frente de Educação Infantil (ciranda infantil): envolve o conjunto de trabalhos que vão desde o período de gestação dos bebês até atividades com as mães, estudos de maneiras de educar os filhos, buscas de alternativas para enriquecer a nutrição, atividades educativas com as crianças até os 6 anos de idade

⁴ O volume de experiências fez com que algumas instituições e entidades venham se organizando e fomentando os empreendimentos solidários, entre as quais destacamos: A Cáritas Brasileira que coordena uma rede de Economia Popular Solidária; a Associação Nacional dos Trabalhadores em Empresas Autogestionárias e Participação Acionária - ANTEAG; A CUT - Central Única de Trabalhadores que criou a Agência de Desenvolvimento Solidário - ADS; a Comissão Pastoral da Terra -CPT; a Rede Universitária de Incubadoras de Cooperativas Populares. Também é importante destacar a Rede de Brasileira de Sócioeconomia Solidária e o Fórum Brasileiro de Economia Solidária como iniciativas para congregar e fortalecer as experiências de economia popular solidária e a Secretaria Nacional de Economia Solidária ligada ao Ministério do Trabalho, criada no atual governo federal.

⁵ Cerca de 200 mil famílias vivem em projetos de assentamentos em todo o Brasil.

⁶ Desenvolvimento sustentável na visão de Giansant (1998, p. 13) é "a capacidade das sociedades sustentarem-se de forma autônoma, gerando riqueza sem estar a partir de seus próprios recursos e potencialidades".

⁷ A exemplo da Feira Agro-ecológica da Várzea Paraibana que é definida pelos seus organizadores como "um espaço de comercialização coletiva de produtos orgânicos realizadas pelos próprios produtores, enquanto espaço educativo de integração cooperativista entre agricultores e consumidores" (FEIRA AGROECOLÓGICA DA VÁRZEA PARAIBANA. Regimento Interno, art. 2, Apud OLIVEIRA, 2003).

Outro elemento importante da dimensão humana que a lógica da racionalidade instrumental tem eclipsado na educação formal, mas que é enfatizado e trabalhado na educação popular vivenciada nos movimentos sociais, especialmente no MST, é a dimensão subjetiva e afetivo-emocional, na literatura do MST, aparece como Mística. Segundo Lima (2003, p. 30) "*abarca aspectos relacionados à dimensão subjetiva humana, como sentimentos, afetos, emoções, força interior. Mas tais aspectos estão diretamente relacionados à energia, à força que os mantém na luta política pela transformação da sociedade. A mística integra o sentir, o pensar, o fazer/agir*".

A mística possibilita e dinamiza as relações interpessoais entre os participantes dos movimentos, anima as ações coletivas, as esperanças e lutas em busca de uma sociedade solidária, em busca de direitos. Como enfatiza Lima (2003, p. 54), "*a mística apresenta-se como contribuição à construção de uma cultura contra-hegemônica e os movimentos sociais, mais particularmente o MST, como espaço de afirmação cidadã dos sujeitos subalternizados*".

Conhecendo pelo convívio com a pobreza, com a opressão e a exploração capitalista e pelo conhecimento racional, teórico que explica suas causas e a necessidade da luta para sua superação abraça-se a mística com os elementos dos sentimentos, das paixões e dos afetos. Como destaca Lima (2003, p. 56), "*a mística encontra-se nas relações amorosas, afetivas travadas com essa realidade, na convivência e cumplicidade de companheiros e companheiras que compartilham dos mesmos ideais*".

As conquistas das lutas dos movimentos sociais pela reforma agrária tem proporcionado o acesso à terra a milhares de trabalhadores deserdados da terra, nas relações sociais que se estabelecem entre as pessoas - homens, mulheres, crianças, jovens - e com a terra novas dimensões são introduzidas. Como salienta Pereira (2003, p.86).

Neste processo, a terra deixa de ser objeto de exploração, de uma relação puramente mercantilista, "lugar de morte, tortura e medo", (...), para tornar-se um instrumento de paz e unidade nas mãos de trabalhadores e trabalhadoras. Estamos vivenciando a passagem de um projeto de morte e escravidão para um projeto de vida e liberdade. Esta passagem é processual. Ser humano e terra vão deixando de ser objetos de exploração para se tornarem sujeitos pedagógicos de uma nova ordem.

O cativo da terra submerge para dar lugar à liberdade na terra. A conquista da terra traz a consciência que a realidade social é histórica e é produto da ação dos homens e mulheres. Essa ação de transformação social, econômica, política fomenta especialmente uma revolução cultural para a libertação (FREIRE, 1981, p. 43).



*Imagem 9. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Conclusões

Os desafios da educação popular nos movimentos sociais são grandes e começam pela própria recuperação da esperança na luta coletiva, pela ênfase nos valores éticos e solidários como caminho para se restaurar a dignidade humana, para se resgatar os direitos sociais e políticos, o direito de se pensar diferente, a revalorização da política. Valores e dimensões que foram despedaçados, desacreditados sob a hegemonia do neoliberalismo individualista, fragmentário, competitivo. Assim, um *"novo movimento e uma nova geração militante instauram um campo de idéias e um espaço de ação política onde um outro mundo é possível"* (LEITE, 2001, p.2).

Mas essa adversidade não deve servir de imobilismo, pelo contrário, deve ser força mobilizadora e impulsionadora de ações de enfrentamento, de resistência, de criação de alternativas possíveis para ir se minando por dentro a estrutura hegemônica e ir-se forjando, contrapondo-se novas formas de se viver mais solidária, mais igualitárias.

Um dos aspectos positivos dos movimentos sociais é que ele tem atraído a participação da juventude *"despertado esperanças, restabelecido utopias e reconstruído o sentido de uma história aberta, feita pelos próprios seres humanos, por suas escolhas e lutas"* (LEITE, 2001, p. 2). Isso cria expectativas de que esses ideais possam ir adiante com as novas gerações. Criam um efeito de uma "pedagogia da esperança" (FREIRE, 2000), práticas educativas sociais que formam pessoas engajadas na construção histórica da sociedade.

Os movimentos mostram que é possível resistir. As práticas educativas emancipatórias vivenciadas no cenário das lutas reafirmam que a história é uma construção social, é um campo de ação com avanços e recuos, que se faz pela ação coletiva dos sujeitos, que a resistência e o enfrentamento são parte das estratégias de lutas, mas que só os sujeitos organizados e com lutas conjuntas pode enfrentar os poderes hegemônicos e construir novas sociabilidades.

Referências

BATISTA, Maria do Socorro Xavier. **Educação e movimentos sociais: a construção da cidadania.** In: **Anais XVI EPENN – Encontro de Pesquisa Educacional Norte e Nordeste.** Sergipe, 2003).

CALDART, Roseli Salette. **A pedagogia da luta pela terra:** o movimento social como princípio educativo. In: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 23^a reunião anual 24 a 28 de setembro de 2000, Caxambu, MG. Disponível em <http://www.anped.org.br/1408t.htm>, acesso em 16, mar.2002.

GIANSANTI, Roberto. **O desafio do desenvolvimento sustentável.** São Paulo: Atual, 1998.

LEITE, José Correa. **A esquerda brasileira e o novo internacionalismo.** FSM. <http://www.portoalegre2003.org/>.

LIMA, Joselita Ferreira de. **A Dimensão Educativa da Mística na Luta Política do Movimento dos Sem Terra - MST**". Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB. João Pessoa, 20/10/2003.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM-TERRA. **O MST e a Educação.** Disponível em: <http://www.mst.org.br/setores/educacao/educar.html>. Acesso em 23/11/2002.

OLIVEIRA, Rosângela Alves. **A feira agroecológica da Várzea paraibana:** práticas educativas na economia popular solidária. Dissertação defendida no Programa de Pós- Graduação em Educação da UFPB. João Pessoa, 2003.

PEREIRA, Antonio Alberto. **Práticas educativas na luta pela terra:** uma análise freireana da experiência dos trabalhadores rurais do Assentamento NovaVida/Pb. Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB. João Pessoa-PB. 2003.

As Redes de Apoio Social e a Educação Popular: apertando os nós das redes⁸

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

As políticas sociais implementadas pelo Estado brasileiro nunca foram capazes de atender a todas as demandas da população, deixando um grande contingente de sujeitos excluídos ou com acesso muito restrito às mesmas. Disso resulta que as pessoas pertencentes às classes populares se vêm obrigadas a buscar estratégias capazes de minimizar ou atender suas necessidades. Dentre essas estratégias destacam-se as redes de apoio social, que costumam serem mobilizadas a fim de contribuir com o enfrentamento dos problemas vivenciados por esses sujeitos sociais. As redes, enquanto segmento da sociedade civil, podem ser fortalecidas através de um melhor conhecimento dos direitos sociais e das formas de assegurá-los, em um processo de construção e consolidação da autonomia desses atores sociais. A Educação Popular enquanto perspectiva educacional que se coloca a favor da autonomia dos sujeitos das camadas populares, desponta como uma possibilidade para essa construção/consolidação.

Este texto pretende, então, discutir a importância da Educação Popular para o processo de empoderamento das redes de apoio social. Para tanto, abordaremos a emergência da sociedade civil, a conceituação e caracterização das redes de apoio social, o processo

8 Texto publicado originalmente em: 27ª Reunião anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Educação (ANPED).

de empoderamento e sua interação com a Educação Popular, e a possibilidade de fortalecimento destas redes.

O sujeito e a sociedade civil

Muitas críticas têm sido feitas à Modernidade e ao projeto social que dela resultou, favorecendo a dominação e a exploração humanas. É necessário, contudo, que se faça uma distinção entre modernidade e modernização, considerando-se ser esta última a versão capitalista da modernidade.

Touraine (2002) afirma que a concepção de modernidade elaborada pelos filósofos iluministas é revolucionária, apelando à libertação, rejeitando compromisso com todas as formas tradicionais de organização social e de crença cultural. O ideal da modernidade pressupunha o diálogo entre razão e sujeito, uma vez que, sem a razão, o sujeito se fecha na obsessão de sua identidade, sem o sujeito, a razão se torna instrumento do poder.

Segundo este autor, é quando se completa a protomodernidade e triunfam os modelos racionalizadores, na política com a Revolução Francesa, e na economia com a industrialização britânica, que a unidade da racionalização e da subjetivação é quebrada, e a cultura e a sociedade tornam-se bipolares. Enquanto a burguesia torna-se capitalista, a referência ao sujeito se afasta desse mundo dominante que só acredita no lucro e na ordem social, que se torna classe dirigente e dominante ao mesmo tempo, e se desloca para o mundo dos dominados da sociedade moderna logo chamado de classe operária. Desse modo, então, a modernidade triunfante se define pelo domínio da razão instrumental que serviu para dominação do mundo pelas elites, em detrimento da subjetividade, e as sociedades industriais assumem a concepção mais orgulhosa e conquistadora

da modernidade. O homem não tem mais natureza nem direitos naturais, ele só é o que faz de si mesmo e seus direitos são sociais. Desaparece a separação entre Sujeito e sociedade, o homem se torna um ser inteiramente social e histórico.

A sociedade moderna é, então, uma rede de relações de produção e de poder. Ela é também o lugar onde o sujeito aparece, não para fugir das exigências da técnica e da organização, mas para reivindicar seu direito de ser ator.

As mudanças ocorridas no modo de produção com o advento da Revolução Industrial, primeiro para a manufatura, depois para a indústria, provocaram transformações na produção da vida material, e conseqüentemente, na organização política, que se traduzem pela formação do Estado Moderno, nas relações do homem com a natureza, através da ciência moderna, e na organização do saber escolar, com a criação da escola moderna. (BUFFA, 1996) Também ocorreram mudanças na organização da sociedade e em sua relação com o Estado, determinando o surgimento de novos sujeitos sociais.

Touraine (2002) defende uma concepção de sujeito completamente oposta ao individualismo tão apregoado pelo modelo capitalista, que representa o homem como ser não social. Ao contrário, ele associa estreitamente a idéia de sujeito à de movimento social, portanto à relação conflitual de que é feita a vida social. O Sujeito não é cuidado de si, mas defesa da capacidade de ser ator, isto é, de modificar seu meio ambiente social contra a influência dos aparelhos e das formas de organização social através das quais constrói o si-mesmo. Este sujeito é um dissidente, um resistente, esse forma bem longe do cuidado de si, lá onde a liberdade se defende contra o poder. A idéia de sujeito não se opõe a de indivíduo, mas ela é uma interpretação muito particular dele.

Santos (2001) explicita que o projeto da modernidade é caracterizado, em sua matriz, por um equilíbrio entre regulação e emancipação, convertidos nos dois pilares sobre os quais se sustenta a transformação radical da sociedade pré-moderna. O pilar da regulação é constituído por três princípios: o princípio do Estado - de Hobbes - o princípio do mercado - de Locke - e o princípio da comunidade de Rousseau. O pilar da emancipação é constituído pela articulação entre dimensões da racionalização e secularização da vida coletiva: a racionalidade cognitivo-experimental da ciência e da técnica modernas, a racionalidade estético-expressiva das artes e da literatura.

O processo de modernização, contudo, ocasionou um desajuste entre regulação e emancipação, resultando em desequilíbrios tanto no campo da regulação quanto da emancipação. No pilar da emancipação a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica desenvolveu-se em detrimento das outras formas de racionalidade e acabou por colonizá-las, acarretando também uma progressiva hegemonia das epistemologias positivistas, que tiveram fortíssimas afinidades eletivas com o capitalismo. O desequilíbrio no pilar da regulação consistiu globalmente no desenvolvimento hipertrofiado do princípio de mercado em detrimento do princípio do Estado e de ambos em detrimento do princípio da comunidade. A teoria política liberal é a expressão mais sofisticada deste desequilíbrio, confrontando-se desde o início com a necessidade de compatibilizar duas subjetividades aparentemente antagônicas: a subjetividade coletiva do Estado centralizado e a subjetividade atomizada de cidadãos autônomos e livres. A teoria liberal também tem como características o fato de conceber a sociedade civil de forma monolítica e de esquecer o domínio doméstico das relações familiares, que, apesar de sua importância na reprodução social,

é relegado para a esfera da intimidade pessoal, insusceptível de ser politizado.

Na sociedade atual, que Touraine (2002) denomina de programada, em contraponto a denominação pós-moderna, o indivíduo reduzido a não ser nada mais que um consumidor, um recurso humano ou um alvo, opõe-se à lógica dominante do sistema afirmando-se como sujeito, contra o mundo das coisas e contra a objetivação de suas necessidades em demandas mercantis. Nesse movimento a sociedade civil reemerge do jugo do Estado, autonomiza-se em relação a ele e capacita-se para exercer funções antes restritas ao mesmo.

Santos (2001) analisa que o retrocesso nas políticas sociais do que denomina de Estado-Providência – que na realidade dos países em desenvolvimento nem chegaram a ser muito eficazes – tem acarretado a transferência de serviços e prestações para o setor privado de solidariedade social mediante convênio com o Estado, mobilização da família e das redes de interconhecimento e de entreajuda – o que ele designa por *sociedade-providência* – para o desempenho de funções de segurança social até agora desempenhadas pelo Estado. Para este autor, a lógica capitalista atual, apela para o princípio de comunidade e as idéias que ele envolve, por exemplo, de participação, solidariedade e autogoverno, para obter a sua cumplicidade ideológica na legitimação da transferência dos serviços de providência social estatal para o setor privado não lucrativo.

A situação das políticas sociais no Brasil é ainda mais grave, pois é um país capitalista que se caracteriza por ser uma sociedade autoritária e hierarquizada onde os direitos humanos e do cidadão não são efetivamente assegurados. Estes direitos, tanto os chamados direitos humanos – à vida, à saúde, à educação, à moradia – quanto os direitos civis – liberdade, igualdade jurídica, justiça, são proposições da democracia burguesa. Apesar disso, ao

contrário dos países capitalistas desenvolvidos, onde os direitos do cidadão foram sendo realizados, no Brasil, a realização do capital - que afinal é o sujeito do capitalismo - se faz às custas da marginalização da maioria dos brasileiros. (BUFFA, 1996)

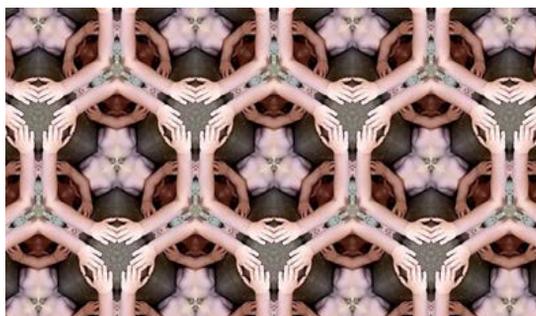
No modelo de Estado Mínimo vigente, o discurso dominante se apropria da idéia de 'reemergência' da sociedade civil com vistas a um reajustamento estrutural das funções do Estado, por via do qual o intervencionismo social, interclassista, típico do Estado-Providência, é parcialmente substituído por um intervencionismo bicéfalo, mais autoritário face ao operariado e a certos setores das classes médias, por exemplo, a pequena burguesia assalariada, e mais diligente no atendimento das exigências macro- econômicas da acumulação de capital. É inegável, porém, que a 'reemergência da sociedade civil' tem um núcleo genuíno que se traduz na reafirmação dos valores do autogoverno, da expansão da subjetividade, do comunitarismo e da organização autônoma dos interesses e dos modos de vida. Mas esse núcleo tende a ser omitido no discurso dominante ou apenas subscrito na medida em que corresponde às exigências do novo autoritarismo. (SANTOS, 2001)

Isso evidencia a possibilidade de que, a organização da sociedade civil enquanto uma alternativa à crise das políticas sociais, pode ser um instrumento que legitima adiminuição da responsabilidade governamental com estas políticas, todavia, também pode representar um elemento de luta em busca de assegurar a cidadania social. As redes de apoio social podem atuar sob estas duasperspectivas.

As redes de apoio social

as redes de apoio social são definidas por Sluzki (apud TEIXEIRA & LEÃO, 2002) como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou que define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua auto-imagem. Nessa rede estão incluídas todas as relações do indivíduo, divididas em família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias.

Figura 4: Redes de apoio social

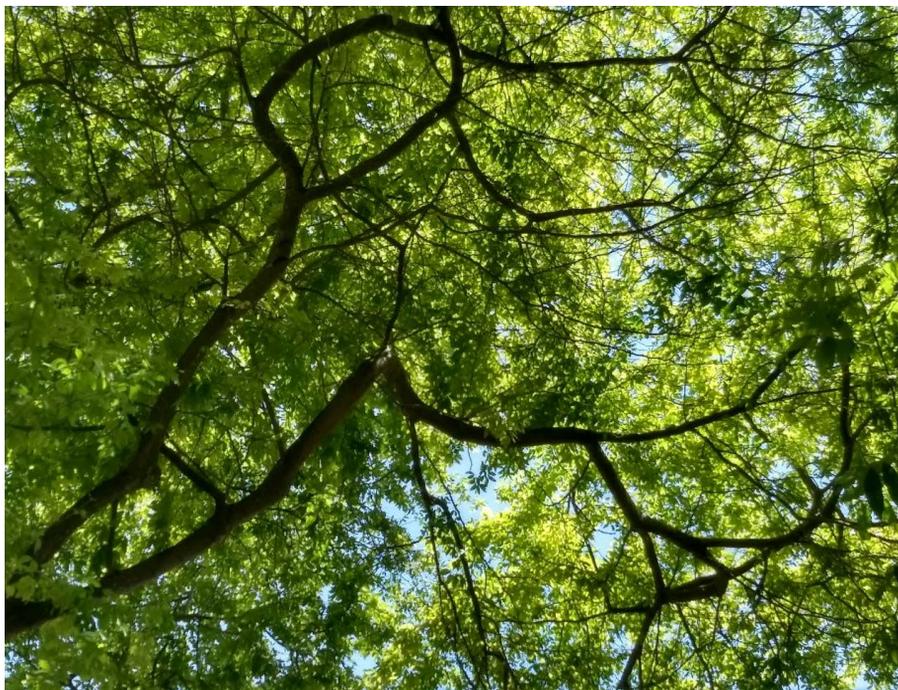


Fonte: <https://pixabay.com/pt/illustrations/m%C3%A3os-juntar-as-m%C3%A3os-padr%C3%A3o-pessoas-684499/>

O debate em torno das redes de apoio social deriva da teoria do apoio social, que tem origem em autores norte-americanos. O apoio social é definido como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de

um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreenda que as pessoas necessitam umas das outras (MINKLER, apud VALLA, 2000). Essencialmente, o debate em torno da questão do apoio social se baseia em investigações que apontam para o seu papel na manutenção da saúde, na prevenção contra doenças e como forma de facilitar a convalescença. Na realidade brasileira estratégias e táticas que podem ser consideradas como similares as de apoio social acontecem no cotidiano das camadas populares, nem sempre de forma intencional, mas como alternativas espontâneas e emergenciais no enfrentamento dos problemas de saúde (DAVID,2001).

Analisando as redes sociais, Wong Un (2002) coloca que sua abordagem parte da imagem/metáfora da rede ou teia, onde as pessoas ou organizações seriam os pontos (os nós) do tecido, e os fios são as relações que acontecem entre estes elementos. Numa visão da complexidade, reconhece que a rede apresenta propriedades e características próprias que não estão presentes em cada elemento isolado, existindo fluxos bidirecionais de informações, experiências, ideias, estabelecendo diálogos e processos de construção mútua. Ele denomina as redes sociais de *redes interpessoais de relações sociais solidárias*, afirmando que elas se formam em contraponto à intolerância e perante a construção de mundos excludentes onde as pessoas comuns, grupos e comunidades desenvolvem buscas e experiências solidárias.



*Imagem 10. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Estas redes são dinâmicas, temporárias, frágeis, mutáveis, mas ao mesmo tempo são sistemas auto-organizados de onde surgem propostas, táticas e estratégias para enfrentamento coletivo dos problemas. Elas cumprem o objetivo de proporcionar segurança e bem-estar frente a determinada configuração cultural adversa. Nestas redes os sentimentos mais fortes são aqueles que relacionamos à solidariedade e com o senso de estar protegido. Este autor coloca que "o senso de suporte que a pessoa vivencia ao fazer parte destes fluxos de criação de culturas solidárias, faz com que sua presença no mundo seja menos precária, se sinta útil e boa, e receba/ofereça sentimentos fraternos de cura (healing emotions), e aconteçam crescimentos pessoais e coletivos" (WONG UN, 2002).

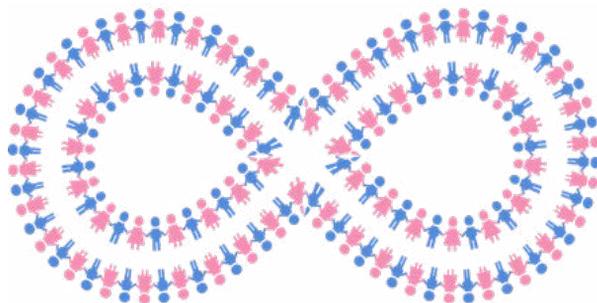
Segundo Kleinmann (apud OLIVEIRA & BASTOS, 2000) a rede de apoio social envolve dois níveis: o formal, constituído pelos profissionais envolvidos com as redes, e o informal, do qual fazem parte familiares, vizinhos, etc. Estes níveis estão claramente implicados na construção cotidiana dos itinerários terapêuticos.

Na realidade sócio-econômica dos países em desenvolvimento as redes de apoio social são, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias empobrecidas podem contar, além de serem o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana (ANDRADE & VAITSMAN, 2002). As famílias de classes populares dispõem de uma ampla rede de apoio social, composta de amigos, vizinhos e irmãos de religião. Esta rede funciona para quase todas as situações, desde cuidar de um filho doente até a ajuda financeira e mão de obra para reformar a casa (OLIVEIRA & BASTOS, 2000). Esta é uma perspectiva em que as redes funcionam no sentido de suprir deficiências deixadas pelas políticas sociais implementadas pelo Estado liberal.

Sob outra perspectiva, Landim (apud ANDRADE & VAITSMAN, 2002) observa que a rede de solidariedade presente no tecido social brasileiro contrariou a tese de que a sociedade

civil estaria totalmente desativada e apática. A importância da formação e ampliação dessas redes de solidariedade estava não só na mobilização e distribuição de recursos para as famílias, grupos e pessoas em situação de carência, mas também na disseminação de uma noção de cidadania ligada à idéia de interdependência entre os membros da sociedade. Essa idéia vincula-se à noção de redes, já que elas envolvem relações de troca, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. Pensar uma sociedade em rede significa entendê-la na sua interdependência e policentrismo (OLIVEIRA & BASTOS, 2000). Nessa perspectiva, as redes podem ser vistas como movimento social, apresentando-se a possibilidade de serem fortalecidas mediante o exercício da autonomia dos sujeitos sociais.

Figura 5: Apoio Solidario



Fonte: <https://pixabay.com/pt/vectors/casa-de-banho-menina-menino-2028084/>

Valla (1999) explicita a dupla possibilidade que se coloca para as redes. De um lado, elas possibilitam a prevenção de doenças através da solidariedade e apoio mútuo, de outro, oferecem também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle de seu próprio destino e autonomia das pessoas, buscando, assim, tanto compreender quais

problemas de saúde têm soluções no âmbito da própria comunidade, quanto discutir a possibilidade de socializar a concepção de autonomia e do controle sobre o seu próprio destino. É o que este autor também denomina de 'duplo caminho', onde, ao mesmo tempo em que os grupos populares adotam estratégias para solucionar problemas, cobram a responsabilidade governamental (VALLA,1997).

O fortalecimento das redes sociais aponta para uma revalorização do princípio da comunidade e, com ele, a idéia de igualdade sem mesmidade, a idéia de autonomia e a idéia de solidariedade. Apresenta-se, assim, a possibilidade de uma *sociedade-providência* transfigurada que, sem dispensar o Estado das prestações sociais a que o obriga a reivindicação da cidadania social, sabe abrir caminhos próprios de emancipação e não se resigna à tarefa de suprir as lacunas do Estado. Isso indica a necessidade de fundar uma nova cultura política, baseada tanto na idéia de obrigação política vertical entre os cidadãos e o Estado, quanto na obrigação política horizontal entre cidadãos. Esta cultura política tem por princípios a idéia da participação e solidariedade concretas na formulação da vontade geral, visando alcançar uma nova qualidade de vida pessoal e coletiva assentes na autonomia e no autogoverno, na descentralização e na democracia participativa, no cooperativismo e na produção socialmente útil (SANTOS,2001).

Neste contexto, as diversas formas de apoio solidário destacam-se, não apenas como uma alternativa à crise do sistema de saúde e das políticas sociais em geral, mas com um valor próprio, constituindo-se em uma forma valiosa para lidar com o sofrimento, o adoecimento e a solidão contemporânea (WONG UN, 2002).

Para que as redes de apoio possam atuar segundo a perspectiva do 'duplo caminho', é necessário que a autonomia dos sujeitos que a compõem seja reconhecida na sua potencialidade e consolidada por um processo de *“empowerment”* ou empoderamento.

O empoderamento das redes e a Educação Popular

o “*empowerment*” é definido por Pinto (1998) como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder - psicológico, sócio-cultural, político e econômico - que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício de sua cidadania. Ele descreve e inicia processos de auto-organização e de apoio mútuo, que reforçam a consciência política através de ações sociais e viabilizam uma participação coletiva nas decisões sociais e políticas (STARK, apud KLEBA, 2000). Como processo e resultado, o empoderamento é visto como emergindo em uma ação social na qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder. No nível individual, refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria de sua situação de vida (ANDRADE & VAITSMAN, 2002).

O empoderamento atua, tanto no desenvolvimento da capacidade de participação coletiva, reforçando a participação comunitária, quanto no desenvolvimento de habilidades pessoais, sendo também usado, segundo Teixeira & Leão (2002) como sinônimo para habilidades de enfrentamento, suporte mútuo, organização comunitária, sistema de suporte, participação da vizinhança, eficiência pessoal, competência, auto-estima e auto-suficiência.

O conceito de poder é subjacente ao termo empoderamento e tem como significado central o ganho de poder. Poder, neste sentido traduz a idéia da habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção. Teixeira & Leão (2002), anteriormente citados,

argumentam que para se discutir o empoderamento é preciso que se entenda o poder dentro de um relacionamento social, no qual os atores possam usar os recursos de poder pessoal, social e político, para criar mudanças, mas que tenha uma conotação de valor baseada na conceituação de poder compartilhado, ao invés do poder sobre o outro.

Pinto (1998) destaca a importância que os movimentos de auto-ajuda tiveram para a abordagem de *“empowerment”*. Segundo esta autora, os princípios defendidos por estes movimentos de confiança nas capacidades internas dos indivíduos, na participação e organização voluntária dos grupos de auto-ajuda, na importância dos indivíduos terem controle sobre sua própria vida e a importância das redes de apoio, foram trabalhados e incorporados no processo de *“empowerment”*. As redes de apoio são colocadas como ferramentas para o empoderamento, representando um caminho que visa a libertação dos indivíduos relativamente a estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelem injustas, opressivas e discriminatórias, através de um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana.

Depreende-se do que foi exposto que as redes de apoio social podem servir como espaços de empoderamento aumentando o senso de controle de vida e organizando processos de compartilhamento de poder, de forma a incentivar o exercício da cidadania. É possível, assim, que as práticas de Educação Popular venham contribuir com o empoderamento das redes de apoio e conseqüentemente dos sujeitos que as constituem, uma vez que elas estimulam a reflexão crítica da realidade, incentivando a libertação de toda forma de opressão; valorizam a capacidade individual e coletiva dos sujeitos das camadas populares e defendem sua autonomia enquanto sujeitos e enquanto grupo, buscando formas de fortalecimento.

Em que pesem as diversas concepções que permeiam a Educação Popular, o caráter de vinculação aos interesses das classes populares tem sido sua principal marca, no sentido de contribuir com

a libertação dos sujeitos, a construção de cidadanias e a transformação das relações de opressão. A conquista da autonomia encontra, assim, um espaço de extrema relevância na Educação Popular, pressupondo "uma concepção política e econômica, que defende a capacidade popular de decidir, dirigir, controlar, isto é, de autogovernar-se" (GADOTTI, 1998). Ela tem gerado propostas pedagógicas para estimular a participação social, a consciência crítica e a organização popular.

Brandão (1994) argumenta que a Educação Popular, após um período de vinculação estrita à alfabetização de adultos, foi redefinida como um trabalho político de mediação a serviço de projetos, sujeitos e movimentos populares, tendo como horizonte a possibilidade histórica da construção de uma nova hegemonia no interior da sociedade capitalista dependente, a partir de uma acumulação popular de saber.

A autonomia, na medida em que requer uma redistribuição de poder, pressupõe o conhecimento dos meios que possibilitem o uso de recursos pessoais e coletivos e habilidades de enfrentamento capazes de gerar mudanças. De acordo com Teixeira & Leão (2002) o conceito de conscientização descrito por Freire (1980) fornece a base para ligar os níveis individual, organizacional e comunitário do empoderamento. Este conceito envolve o desenvolvimento de um sentido de identificação com o grupo, de compartilhar o destino deste grupo e de eficiência própria, individual e coletiva.

Freire (2003a) defende a conscientização em uma perspectiva dialética consciência-mundo, entendendo a consciência crítica como fator de mudanças sociais. Ele argumenta que se falta às grandes maiorias populares uma compreensão mais crítica acerca do funcionamento da sociedade, não é por incapacidade, mas por conta de suas condições de vida, fazendo-se necessário um esforço crítico através do qual os seres humanos vão se assumindo como sujeitos em processo permanente de busca, de desvelamento da razão de ser das coisas e dos fatos. Coloca-se aí o papel do educador como agente facilitador desse processo.



*Imagem 11. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Freire (2003b) afirma que ao fazer educação numa perspectiva crítica, progressista, o educador se obriga, por coerência, a engendrar, a estimular, a favorecer, na própria prática educativa, o exercício do direito à participação por parte de quem esteja direta ou indiretamente ligado ao que fazer educativo. Ele considera que o educador progressista é leal à radical vocação do ser humano para a autonomia e se entrega aberto e crítico à compreensão da importância da posição de classe, de sexo e de raça para a luta da libertação.

Para este autor, uma educação em favor da autonomia dos sujeitos deve valorizar o saber dos sujeitos, reconhecer seu poder, direito à voz, à participação, incentivar sua luta por assegurar as conquistas sociais, criar novas instâncias de poder e democratizá-lo. Ele adverte, contudo que a autonomia popular não implica na omissão do Estado (FREIRE, 2003b). A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser, de modo que a ação educativa tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade (FREIRE, 1996).

A atuação dos educadores envolvidos com as redes de apoio (sejam profissionais de saúde, assistentes sociais ou educadores em geral) deve ser pautada por esses princípios, possibilitando uma universalização dos conhecimentos, subsidiando a população e fornecendo informações para que ela se torne mais eficiente nas suas reivindicações. Essa atuação, tendo por base a Educação Popular, pode desempenhar um papel importante no fortalecimento das redes de apoio social, buscando valorizar as iniciativas e saberes populares, colaborando com a organização destas redes, incentivando a solidariedade que as permeia e o fortalecimento dos sujeitos em assegurar sua autonomia enquanto exercício de poder.

O empoderamento é um caminho para a conquista/consolidação da autonomia dos sujeitos das classes populares, o que, no entanto, pressupõe a prática da cidadania ativa.

Demo (1995) afirma que a cidadania é a competência humana de fazer-se sujeito, para fazer história própria e coletivamente organizada. Ele destaca que para o processo de formação dessa competência alguns componentes são cruciais, como educação, organização política, identidade cultural, informação e comunicação, destacando-se, acima de tudo, o processo emancipatório. Este autor enfatiza que a cidadania é a raiz dos direitos humanos, uma vez que eles só medram onde a sociedade se faz sujeito histórico capaz de discernir e efetivar seu projeto de desenvolvimento.

Zarco (2000) defende a concepção de cidadania ativas, cuja construção relaciona-se claramente com o desenvolvimento de destrezas ou códigos culturais básicos. Este autor parte do argumento de que a cidadania não se esgota na esfera política do voto e da igualdade formal perante a lei; também implica outras dimensões, como as referidas à coesão social, à equidade na distribuição de oportunidades e de benefícios, e à solidariedade no seio das sociedades complexas e diferenciadas.

Contribuir com o exercício de cidadanias ativas significa tornar evidente que os direitos são conquistas que precisam ser asseguradas. Bobbio (1992) considera que o problema grave do nosso tempo com relação aos direitos humanos não é mais de fundamentá-los, mas de protegê-los. A prática da cidadania entendida como competência de se fazer sujeito, pressupõe, então, a luta no sentido de que os direitos conquistados sejam assegurados a todos os seres humanos indistintamente.

Santos (2001) defende a idéia de novas formas de cidadania, baseadas na concepção de que a obrigação política horizontal, entre cidadãos, e a idéia da participação e da solidariedade concretas na formulação da vontade geral são as únicas suscetíveis de fundar uma

nova cultura política e, em última instância, uma nova qualidade de vida pessoal e coletiva assentes na autonomia e no autogoverno, na descentralização e na democracia participativa, no cooperativismo e na produção socialmente útil. Segundo este autor é possível - sem abrir mãos das conquistas da cidadania social, como pretende o liberalismo político-econômico - pensar e organizar novos exercícios de cidadania e novas formas de cidadania, coletivas e não meramente individuais, assentes em formas político-jurídico que, ao contrário dos direitos gerais e abstratos, incentivem a autonomia e combatam a dependência burocrática, personalizem e localizem as competências interpessoais e coletivas em vez de as sujeitar a padrões abstratos.

Considerando-se que as redes são, em geral, informais, temporárias e mutáveis, por sua própria constituição, os atores sociais que dela fazem parte podem contribuir com sua ampliação ou integração. A Educação Popular pode facilitar o desenvolvimento da capacidade desses sujeitos de encontrarem soluções e lutarem no sentido de assegurar seus direitos sociais através da participação política. É uma possibilidade de colaborar com o empoderamento desses sujeitos, procurando a vinculação entre os conhecimentos que vão sendo adquiridos no processo educativo com experiências concretas de empoderamento por parte das pessoas e grupos em sua condição de cidadãos: desenvolvimento de auto-estima, de habilidades para o diálogo, de relação com autoridades, de organização comunitária, de resolução de problemas.

Discute-se atualmente a fragmentação e a desmobilização dos movimentos sociais. A Educação Popular, especialmente nas décadas de 1960 a 1980, teve seu espaço de atuação primordialmente vinculada a estes movimentos, sendo necessário, então, que ela seja atualizada frente a nova realidade que vem se configurando no panorama político-social. As redes de apoio fazem parte deste contexto, pois mesmo tendo existido desde épocas remotas da humanidade, é no momento atual que elas vêm sendo reconhecidas

e valorizadas, como elementos importantes no cotidiano das classes populares. Isso não significa uma despolitização das práticas de Educação Popular, nem a direção rumo a práticas assistencialistas, mas o reconhecimento de novos espaços de construção de autonomia das camadas populares e novas possibilidades de empoderamento deste sujeitos.

Zarco (2000) chama a atenção para o fato de que o fortalecimento da autonomia- empoderamento - oferece um horizonte de esperança e afirmação à população empobrecida, em torno da qual as redes de apoio social se organizam. É necessário, então, fazê-la sujeito de direitos e, sobretudo, sujeito de seu próprio destino, estimulando ações que possibilitem que esta população construa seu próprio poder para fazer-se ouvir e para incidir na conformação de políticas orientadas a melhorar a qualidade de vida da população em geral e do sujeito social em particular.

A construção de sujeitos com capacidade de incidência social tem uma dimensão individual e coletiva que explicitamente devem ser trabalhadas para uma real acumulação de poder. As redes de apoio social podem ser ferramentas de empoderamento desde que sua atuação tenha como perspectiva a autonomia baseada no compartilhamento de poder, o que implica no compartilhamento de saberes.

Considerações Finais

A reemergência da sociedade civil impulsionou uma nova concepção de participação, revitalizando o princípio de comunidade no qual a vontade geral tem de ser construída com a participação efetiva dos cidadãos, de modo autônomo e solidário, sem delegações que retirem transparência à relação entre "soberania" e "governo". O papel da sociedade civil na conjuntura atual pode indicar uma nova cultura política, baseada numa obrigação política horizontal cidadão-cidadão

na base da qual é possível fundar uma associação política participativa (SANTOS, 2001).

As redes de apoio social parecem apontar na direção desta nova cultura política. Além de exercerem a função de preencher as lacunas deixadas pelas políticas sociais liberais e de disseminar a noção de cidadania ligada à idéia de interdependência dos membros da sociedade, enquanto movimento social, elas podem representar um espaço de luta e elaboração de propostas visando à implementação de políticas sociais mais justas. A Educação Popular pode contribuir com o fortalecimento dessas redes. Cabe aos educadores envolvidos nesse processo subsidiar as ações dos grupos, tentando articular os diversos sujeitos que deles participam, facilitando reflexões acerca da participação política, discutindo a redistribuição do poder com vistas à autonomia. Para tanto, é necessário que se trabalhe com a concepção de que as redes de apoio não são apenas grupos ou iniciativas assistenciais. É preciso acreditar no seu potencial de conscientização política e de exercício da cidadania, na condição de atores que buscam assegurar suas conquistas sociais, acreditando, como diz Freire (1978) na capacidade ontológica do humano de ser mais.

No mesmo processo em que as redes de apoio contribuem com o fortalecimento dos sujeitos através da construção da autonomia, também se fortalecem enquanto coletivo, enquanto teia de relações e de interações, onde a solidariedade, o apoio mútuo, a reciprocidade, o compartilhamento de saberes e de poder, a reflexão crítica e a participação política vão apertando os nós destas redes.

Referências bibliográficas

ANDRADE, Gabriela R. B.; VAITSMAN, Jeni. Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, Vol. 7, n.4 2002.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 9^a ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 216 p.

BUFFA, Esther. Educação e Cidadania Burguesas. In BUFFA, Ester, ARROYO, Miguel, NOSELLA, Paolo. **Educação e Cidadania: quem educa o cidadão?** 6^a. Ed. São Paulo: Cortez, 1996. 94 p.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Os Caminhos Cruzados: formas de pensar e realizar a educação na América Latina. In GADOTTI, M.; TORRES, C.A (orgs.). **Educação Popular: utopia latino-americana**. São Paulo: Cortez - EDUSP, 1994. 341 p

DAVID, Helena Maria S. Leal. **Religiosidade e Cotidiano das Agentes Comunitárias de Saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares**. Rio de Janeiro, 2001. Tese de Doutorado. ENSP-FIOCRUZ.

DEMO, Pedro. **Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida**. Campinas - São Paulo: Autores Associados, 1995. 171 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança**. 10^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003a 245 p.

FREIRE, Paulo. **Política e Educação**. 7^a ed. São Paulo: Cortez, 2003b. 119p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 218 p.

GADDOTTI, Moacir. Para Chegar lá juntos e em Tempo. Caminhos e significados da Educação Popular em diferentes contextos. In **21ª. Reunião Anual da ANPED**, Caxambu, 1998.

KLEBA, Maria Elizabeth. A Participação Social na Construção do Sistema Único de Saúde enquanto processo de Empowerment. **Anais do VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA**. Salvador, 2000.

OLIVEIRA, Maria Luiza Silva; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicologia. Reflexão. Crítica**. Porto Alegre Vol. 13, n. 1, 2000.

Assistência à saúde aos pobres oprimidos e marginalizados e o amor⁹

Eymard Mourão Vasconcelos

A provocação para iniciar estas reflexões

Minha mãe passou mal e foi assistida por um cardiologista de confiança de outro médico que já a acompanhava. A família gostou muito do seu atendimento, mas se assustou ao ser informada que sua consulta custava 300 dólares. E que sua agenda no consultório estava cheia, não sendo fácil a marcação de nova consulta.

Comentei o fato a vizinhos e eles manifestaram uma grande admiração por médicos como ele. Começaram a citar nomes de outros médicos que deviam ganhar mais de 25 mil dólares mensais. E passaram a conversar sobre os melhores caminhos profissionais para se obter este sucesso na medicina. Percebi que esta é a situação admirada e invejada pela maioria das pessoas do meio social a que pertencem. Esta percepção mexeu

⁹ **Texto publicado originalmente em:** Caderno de extensão popular: textos de referência para a extensão universitária. Projeto de pesquisa e extensão VEPOP-SUS Vivências de extensão em Educação Popular e saúde no SUS / Ernande Valentin do Prado, et.al. (organizadores). - João Pessoa: Editora do CCTA, 2017. Texto resultante da integração de textos originalmente publicados no blog Rua Balsa das 10. Disponíveis em: <http://balsa10.blogspot.com.br/>

comigo. Senti que eu também tenho lampejos de inveja desta situação. Passaram em mim sentimentos de vergonha de não ter conduzido minha profissão rumo a este ideal.

De repente, fui tomado por uma reação. Não! Este modo de encarar a medicina não é o meu. E não é de muitos outros profissionais. Subitamente, no meio da conversa com os vizinhos, eu disse: “mas há outros caminhos para ser médico. Eu mesmo sou um especialista em medicina de pobre”. Eles se espantaram. “Para tratar dos pobres é preciso de algum saber especial?”

Comecei a explicar as difíceis exigências do trabalho em saúde nas condições de pobreza e marginalidade. Mas eles não se interessaram muito e a conversa terminou. Talvez lhes tenha parecido que eu estava apenas racionalizando meu “pouco sucesso profissional”.

Esta conversa provocou em mim muitos pensamentos que me ajudaram a entender, com mais clareza, o meu longo caminho profissional (sou formado há 39 anos) e o de muitos outros companheiros. Vi que, apesar de ter já empunhado muitas bandeiras de luta (a reforma do ensino médico da Universidade Federal de Minas Gerais — na época em que era estudante

, a organização do movimento de médicos residentes de Minas Gerais, a mobilização social contra a ditadura militar, o fortalecimento do movimento popular de saúde, a construção do Sistema Único de Saúde, a consolidação da atenção primária à saúde no Brasil, a educação popular em saúde, a espiritualidade na saúde e a mudança da formação universitária na UFPB), havia um compromisso mais de fundo ligando tudo: a compaixão e indignação com a situação da pobreza, opressão social e marginalidade de grande parte da população. E o encantamento com as formas criativas e solidárias de ter saúde que costumam surgir com o estar junto como médico.

Sim, a assistência à saúde aos grupos sociais subalternos tem exigências e desafios próprios. Exige saberes especiais. Tem gratificações próprias. E tem uma ampla legião de profissionais dedicados a ela. Mas pouco se conversa sobre isto.

Há muitos estudos epidemiológicos sobre a situação de saúde destes grupos sociais e sobre as causas de seus problemas. Muitos eventos e debates têm sido realizados sobre o planejamento e o gerenciamento dos serviços públicos que atendem grande parte das pessoas destes grupos sociais.

Há publicações bem sofisticadas teoricamente sobre os caminhos da humanização do atendimento público em saúde.

Em meio a tantas discussões técnicas complexas sobre o sistema público de saúde, talvez estejamos nos afastando de algo fundamental: as raízes desta motivação profunda que mobiliza tantos profissionais para se comprometerem com os pobres, oprimidos e marginalizados, se submetendo a situações de trabalho extremamente difíceis.



*Imagem 12. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Há muitos profissionais que atendem estes grupos sociais porque não encontraram locais melhores de trabalho. Eles se conformam com este trabalho. Ou ali estão enquanto não conseguem algo mais próximo de seus sonhos. Desdenham seus pacientes e suas comunidades. Alguns, na juventude, até sonharam com uma medicina voltada para os que mais precisam, porém logo deixaram de lado isto, que passaram a chamar de romantismo ingênuo, e caíram na sedução do individualismo consumista e passaram a ridicularizar os que ainda persistem. Mas há uma minoria que está aí por opção de vida.

Sofrem com a pobreza dos serviços destinados aos pobres, mas não se afastam. Sabem que, para superar esta situação com a participação e protagonismo dos pobres e marginalizados, é preciso estar com eles, participando, animando e aprendendo com suas lutas e suas buscas. É uma gente animada que está nos serviços de atenção primária à saúde, hospitais, instituições especializadas, organizações não governamentais, igrejas, movimentos sociais, universidades, nas secretarias de saúde, etc. São tão diversos os caminhos deste engajamento...

O gosto e a poesia do trabalho em saúde

Há, no imaginário da população, uma associação do trabalho em saúde com o que é penoso: morte, dor, secreções, descontrole emocional, exigência excessiva de estudos e treinamento, gritos, sangue e situações de muito stress. Isto é ainda mais ampliado se o trabalho se refere ao atendimento de pobres, oprimidos e marginalizados. Aí, há ainda a associação com sujeira, serviços feios e precários, violência, dificuldade de comunicação e ignorância. Como explicar então a grande procura por formação profissional neste campo e a realização pessoal de muitos trabalhadores do setor saúde?

Há compensações bem evidentes como as boas remunerações e o prestígio social que ainda estão presentes, principalmente para os médicos e os empresários do setor. Mas as fontes mais importantes de realização são mais sutis e menos conversadas.

As pessoas querem ser significativas no meio social em que vivem. Têm também um forte anseio de avançar no entendimento dos mistérios da vida. Tudo isto pode ser intensamente vivido no trabalho em saúde.

O profissional de saúde tem acesso, como poucas pessoas têm, ao *olho de furacão* da vida humana. Na crise trazida pela doença, as pessoas revelam realidades que não costumam ser contadas para mais ninguém. Muitas vezes, nem mesmo para a esposa, filhos, pais ou amigos mais próximos. Expõem a intimidade de seu corpo e de sua casa. Narram conflitos sociais em que estão envolvidos. Abrem seus corpos para exames que revelam dinâmicas internas de sua fisiologia e anatomia que poucos compreendem bem. A condução do tratamento exige, além do conhecimento e manejo de instrumentos técnicos de intervenção, um entendimento ampliado das características psicológicas do paciente, da sua cultura familiar, das pressões sociais que recebe e das suas limitações e possibilidades materiais. Há um enorme campo de possibilidades de acesso a muitas dimensões dos mistérios da existência humana que infelizmente nem todos profissionais aproveitam ou têm disponibilidade de tempo ou de maturidade psicológica para reparar e pensar, pois o sofrimento e as angústias do paciente costumam provocar os medos, fantasias e bloqueios. O profissional de saúde é assim constantemente desafiado, tornando seu trabalho muito instigante. E tem oportunidade de uma intensa interação social com pessoas e grupos muito diversos. É um trabalho dinâmico que abre muitas perspectivas de estudo, interação e contato com dimensões escondidas da vida.

Na confusão familiar e na instabilidade emocional, trazidas pela doença significativa, o profissional pode ser central como referência de ordenação e motivação para a busca de soluções. A intervenção técnica sobre o corpo do paciente, o ato profissional mais ressaltado pela sociedade, sempre se acompanha do agir sobre estas dimensões subjetivas e familiares, mesmo quando o terapeuta não toma consciência e reflete sobre elas, tornando-se, portanto, menos eficaz. Quando o seu trabalho se esparrama para os problemas e mobilizações da comunidade, a interação com a complexidade da vida se torna ainda mais intensa. A experiência de realização deste criativo e complexo papel ordenador, esclarecedor e mobilizador, nestes momentos de crise, é a grande fonte de realização do trabalho em saúde. O pior sofrimento é aquele que parece não ter explicação e perspectiva de solução. É muito gratificante lidar com situações próximas do caos e participar de forma significativa de seu esclarecimento, da sua superação ou de seu alívio. A vivência desta experiência marca profundamente, mesmo que a correria dos atendimentos seguidos, nos serviços de saúde, não permita conversar e até pensar muito sobre ela. A lembrança da gratidão e da alegria restabelecida fica ressoando nos intervalos da agitação do trabalho. Cada situação difícil enfrentada é um aprendizado. Como temos sede de saber. A realização no lidar com a crise acontece se temos o olhar aberto aos sentimentos do outro que atendemos, não ficando com a mente presa nos rancores do trabalho e nas metas pessoais. E quando não estamos presos a respostas e condutas predefinidas, tornando cada ato de cuidado e cada enfrentamento comunitário uma pesquisa e uma construção coletiva.

Há uma metáfora das tradições espirituais orientais que expressa bem este ato de criação: a linda e alva flor de lótus, que surge e se desenvolve nos pântanos mais fedorentos. Do caos e da lama, a poesia brota; e encanta. Muitas vezes, a vida que emerge destas situações é de uma qualidade muito superior ao que antes existia. A doença evidencia o erro de modos de vida das pessoas e da sociedade.

Mobiliza energias de superação de situações que antes já se queria modificar, mas se estava acomodado. O profissional participa de um processo criativo com algumas intervenções técnicas e como regente, mas também assiste o jogo de outras intervenções e dinâmicas sobre as quais não tem nenhum controle. Acolhe-se e, a partir delas, reorienta suas ações. Há uma surpresa em cada processo terapêutico. Como a médica norte americana Rachel Naomi Remen (1998) afirma, é como se o profissional de saúde estivesse na primeira fila do teatro da vida.

As pessoas e famílias, que já viveram este confuso e denso processo das situações de aflição e adoecimento mais graves, sabem a importância e a profundidade deste agir profissional como regente de uma criação cheia de arte. Por isto, o trabalho em saúde é ainda muito valorizado socialmente, mesmo com as tantas mazelas revoltantes dos serviços existentes. Apesar da mercantilização e burocratização do trabalho em saúde, a população insiste ainda em associá-lo à ideia de sacerdócio, que enfatiza sua dimensão sagrada (aquilo que toca nos nebulosos fundamentos mais essenciais da vida humana). Muitos profissionais, tomados pela lógica tecnicista que vê o seu trabalho como o de um mecânico de gente em uma linha de montagem burocratizada e rotinizada, estranham este tipo de valorização. Há, porém, uma grande verdade nesta percepção popular.

Este significado profundo do trabalho em saúde é a sua grandeza, mas também o seu fardo. As pessoas se tornam exigentes e intolerantes quando os profissionais desconsideram estas implicações humanas sutis presentes em cada problema de saúde, do tratamento de uma simples cárie em um dente incisivo ao enfrentamento de um câncer avançado no patriarca da família. Aceita-se que o vendedor da padaria, o gerente do banco, o dono da oficina mecânica ou o funcionário da empresa de telefonia atuem de forma centrada nos interesses de sua empresa e restrita à demanda específica feita. Mas para o profissional de saúde, isto não acontece. As exigências são maiores.

Muitos estudantes que entram nas faculdades do setor saúde não imaginam a gravidade de suas escolhas de vida profissional. Entram em um campo que grande parte da população vê como sagrado. Um trabalho marcado por uma intensa complexidade técnica e humana e que abre para possibilidades muito ricas e diversas de contribuição para a vida das pessoas e da sociedade. Um trabalho que pode ser muito desafiante, dinâmico e criativo se esta complexidade for assumida com reverência. Um trabalho em que cabe muito gosto e poesia, mas também carregado de densas exigências simbólicas.

Os perigos da assistência à saúde

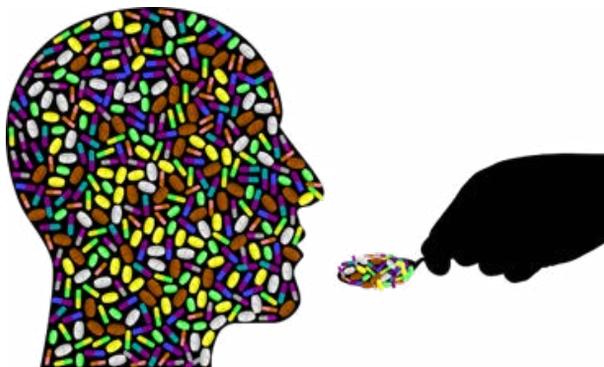
Usualmente, considera-se que a assistência à saúde é sempre positiva. Quanto mais, melhor. O problema estaria essencialmente na sua falta. Há, porém, muitos efeitos negativos da assistência à saúde realizada dentro do modelo hoje dominante. Se o trabalho em saúde tem muitas potencialidades, ele também pode trazer riscos para as pessoas e muitas consequências deseducativas.

Os problemas fazem parte do viver e a sabedoria humana consiste em saber lidar com eles de forma a superá-los, quando possível, ou aprender um jeito de conviver com eles. O lidar com os problemas e desafios do existir pode ser fonte de encontros, alegria, realização e revoluções muito positivas. Todos são chamados a adquirir esta sabedoria e a garra para persistir nos enfrentamentos. Tudo que aliene as pessoas e os grupos sociais desta capacidade de lidar com os problemas precisa ser combatido. E muitas vezes a assistência à saúde tem feito isto. A saúde é, antes de tudo, uma conquista de cada pessoa, dos movimentos sociais e da organização política da sociedade. Mas, assiste-se a um crescente movimento de delegação do enfrentamento dos problemas do existir para os doutores especialistas.

Os doutores podem ser apoiadores e assessores deste movimento pessoal e social de enfrentamento dos problemas do existir, mas muitas vezes têm atuado de forma a alienar seus clientes desta iniciativa. Isto acontece porque a assistência à saúde gera muitos lucros e traz muito prestígio para os grupos políticos que a implementam. Para aumentar estes lucros e legitimar esquemas políticos de dominação, tem se investido na mistificação das possibilidades da assistência à saúde. Se os doutores são capazes de tantas maravilhas que não se entende direito, é melhor deixar que eles decidam e controlem o que se deve fazer para ter saúde.

O próprio modelo de atendimento clínico das profissões de saúde reforça esta atitude de alienação dos pacientes. Em geral, o profissional ouve a queixa, faz perguntas, examina e pede exames complementares para, em seguida, chegar sozinho a uma conclusão diagnóstica e estabelecer um plano de tratamento que deve ser seguido. O termo "paciente" expressa bem esta postura passiva de entrega das pessoas de seu corpo para a análise e ação do profissional. Esta maneira de atendimento tende a divulgar a ideia de que a maioria dos problemas de saúde se deve a um defeito em uma parte do corpo que será consertado por um profissional (ou um grupo deles) que atua como um mecânico de automóveis, atuando focado sobre a peça defeituosa. É como se os problemas de saúde não tivessem ligação essencial com a organização da vida do paciente e de sua comunidade. Como se não fosse necessário também fazer um rearranjo no seu cotidiano, o que não tem como ser feito sem a participação ativa do paciente na análise da situação, na definição de estratégias e no envolvimento na sua implementação. Este modelo de atendimento reforça ainda mais a noção de que a fonte legítima para avaliar e pensar a vida correta é o saber científico, produzido nos centros internacionais de pesquisa, do qual os profissionais de saúde são os representantes e operadores. Quanto mais obediente o paciente for, melhor será para sua saúde.

Figura 6: Medicalização da vida



Fonte: <https://pixabay.com/pt/vectors/medica%C3%A7%C3%A3o-v%C3%ADcio-drogas-p%C3%ADlulas-4389754/>

É mais cômodo encontrar uma pílula mágica que controla a tristeza e o nervosismo do que reorientar as prioridades de meu existir e refazer as minhas relações afetivas. É mais fácil buscar uma pílula que resolva os problemas de aprendizagem de meu filho do que reorientar os processos de ensino em que ele está submetido e ampliar o suporte doméstico para o seu estudo. É tentador encontrar um comprimido que me emagreça sem precisar reorganizar a minha alimentação e participar do movimento político de controle da propaganda de alimentos com grande densidade calórica. É sedutor ter acesso a um medicamento que cura minha ressaca sem precisar enfrentar o alcoolismo e participar da luta política para impor limites para a propaganda de bebidas alcoólicas para jovens, associando seu uso com transbordante alegria e intensa sociabilidade. Estes são alguns exemplos do fenômeno denominado de medicalização da vida social. Oferecem-se e se propagandeiam medicamentos, manipulações clínicas e aparelhos médicos que exigem as pessoas de transformar suas vidas. A grande esperança é deslocada para o

encontro de melhores medicamentos e a conquista da capacidade de consumi-los fartamente.

Atrás deste processo estão grandes indústrias de insumos médicos, empresas fornecedoras de novas modalidades de tratamento clínico e os grandes meios de comunicação de massa que lucram com sua propaganda. Os profissionais de saúde podem ser cúmplices, conscientemente ou não. Muitas vezes, esta medicalização já está impregnada em muitos livros estudados e em muitas aulas proferidas na universidade, pois as indústrias de insumos médicos têm grande influência nos centros de pesquisa e de difusão do conhecimento médico. É preciso ter uma atitude crítica de pesquisa e estudo para conseguir sair fora desta cadeia de processos de medicalização social. E ter a firmeza para fugir das bonificações, materiais e simbólicas, oferecidos para quem participa.

Este consumismo de medicamentos, cirurgias e tratamentos clínicos de eficácia limitada ou ainda sem comprovação não apenas pode ser alienante das iniciativas e saberes de cada cidadão para o enfrentamento das dificuldades do viver, mas também muito perigoso para a saúde. Foram desenvolvidos processos muito poderosos de intervenção sobre o corpo, tanto para examiná-lo como para tratá-lo. No afã de vender estes aparelhos, procedimentos clínicos, cirurgias e medicamentos, tem-se difundido procedimentos de investigação e tratamento que ainda não têm eficácia comprovada, mas que podem causar muitos danos. Os ricos são os mais ameaçados por estes procedimentos intempestivos ameaçadores. Mas este risco é também difuso, pois as empresas convencem e compram governantes para conseguir sua difusão também nos serviços públicos. A implementação de procedimentos médicos propagandeados nos meios de comunicação e que, por isto estão na moda, ajuda a dar uma imagem de modernidade para os governantes, mesmo que isto se faça pelo desvio de recursos destinados a procedimentos tradicionais de eficácia bem comprovada.

Assim, muitos profissionais, não diretamente cúmplices da cadeia de interesses comerciais, acabam sendo seus executores inocentes, pois esta incorporação tecnológica vem acompanhada da difusão de textos, com a aparência científica, para justificá-la.

Assim, vem se ampliando a ideologia de que o saber científico, produzido nos grandes centros internacionais de pesquisa, é o único saber legítimo. O saber que é adquirido pela experiência de vida, pela reflexão e diálogo entre as pessoas e pelo aprendizado das tradições familiares e culturais vem sendo desacreditado. Os doutores dos serviços de saúde podem fortalecer este descrédito se atuam de forma autoritária e normativa. Em nome da busca da saúde, acaba se querendo regular o comportamento cotidiano das famílias, desde a forma como devem comer, defecar, amar, relacionar com os filhos e organizar suas casas. Nenhum campo do saber científico se intromete tanto nos detalhes do viver cotidiano como o da saúde. A atitude de "donos do saber" verdadeiro, porque científico, de muitos profissionais de saúde os torna pouco abertos para o diálogo e para a busca de entendimento dos contextos de vida dos seus pacientes. Muitas vezes, esta atitude de soberba se revela até com grosseria e rispidez, contribuindo para baixar a autoestima de clientes já fragilizados pela crise de saúde. Este desacreditar da capacidade das pessoas pensarem e determinarem com autonomia seus próprios caminhos de vida leva a uma atitude de dependência aos saberes especializados criados externamente, sem perceber seus limites e os interesses econômicos neles entranhados. Nada pode ser mais prejudicial para a saúde da população, no longo prazo, do que a perda da capacidade crítica, da autonomia, da sabedoria para gerir a própria vida e da garra e capacidade para lutar pelos direitos e projetos políticos de mudança social.

Os perigos alienantes e deseducativos da assistência à saúde não param aí. Principalmente na assistência à saúde dos pobres, marginalizados e oprimidos, são usuais práticas educativas, tanto nos

atendimentos individuais como nos grupos, que geram o fenômeno denominado de culpabilização da vítima. Para forçar uma aderência mais intensa do público aos seus ensinamentos e prescrições, os profissionais de saúde tendem a exagerar a sua importância, associando diretamente o seu não seguimento como a única causa de um fracasso do tratamento. *Se você não ferver a água que dá de beber ao seu filho, ele vai acabar tendo diarreia e você será a culpada. Se você não parar de fumar, a crise de asma do seu neto vai voltar. Se você não fizer dieta para valer e emagrecer, sua diabetes vai se descontrolar novamente. Se vocês não vierem participar da reunião com a secretária de saúde amanhã no posto, a reforma que estamos planejando não vai sair. Se você não fizer força quando eu mandar, seu filho vai custar a nascer e o parto vai doer muito mais.* Todas estas recomendações têm seu valor.

O problema é associá-las de forma direta e simplista com os possíveis insucessos no tratamento e na prevenção das doenças, como se não houvesse muitos outros fatores influenciando e como se sua implementação fosse algo dependente apenas de uma escolha voluntária. A higiene da água, a realização de uma dieta bem-feita, o parar de fumar e a participação em mobilizações sociais são ações que dependem também de condições materiais, psicológicas e ambientais que muitas vezes não existem para estas pessoas. Isto tende a tornar os problemas, que têm raízes na organização política e cultural da sociedade, em culpa das pessoas que sofrem suas consequências. Para populações que não têm acesso a saneamento básico, escola de qualidade, moradia decente e condições sociais que possibilitem tranquilidade e tempo para cuidar de si, acaba se propagandeando que suas doenças se mantêm apenas por desleixo e preguiça. É a culpabilização da vítima.

Atitudes como estas são também usuais quando há um fracasso no tratamento e o profissional, ao invés de discutir francamente outras possibilidades e avaliar criticamente o que foi feito,

simplifica buscando justificar o insucesso pela não implementação dos cuidados prescritos por ele. A culpabilização da vítima evita um processo de maior pesquisa e diálogo. Ela abaixa a autoestima e reforça a subalternidade. Não contribui para a formação de pessoas mais sabidas, fortes, tranquilas e felizes para terem uma convivência construtiva e preservadora com o meio ambiente físico e humano.

Algo bem diferente está acontecendo nos grupos sociais mais privilegiados economicamente e em outros grupos não tão privilegiados, mas que ficam almejando intensamente participarem da elite. Neles, nas últimas décadas, cresceu muito a valorização excessiva e narcisista do cuidado do corpo pela busca incessante de uma aparência esbelta e formosa, por um consumo obsessivo de produtos e serviços de saúde. Nestes grupos, surgiu uma mania pela saúde, entendida principalmente como manutenção de uma vitalidade juvenil permanente do corpo pela incorporação individual de estilos saudáveis de vida e o consumo de ginásticas, alimentos, procedimentos estéticos e medicamentos especiais. Difere do processo acima referido de alienação pela entrega aos doutores da responsabilidade pela definição dos caminhos do cuidado da saúde, pois há uma ênfase na responsabilidade pessoal para com a própria saúde, mas de uma forma simplista, pois esta juventude permanente é ilusória e a fixação no cuidado do corpo desconsidera outras dimensões do viver saudável. Cuidar bem do corpo, fazer exercícios físicos regulares, ter hábitos de vida saudáveis, procurar ser bonito e cuidar dos detalhes da alimentação são atitudes muito positivas, mas que se tornam perniciosas quando viram uma obsessão que evita pensar e considerar o processo de envelhecimento, sofrimento e morte que estão presentes em todas as formas de vida. O profissional de saúde vira um instrumento desta busca obsessiva e ilusória. Ele precisa ter uma percepção crítica das demandas destes clientes para não reforçar suas ilusões e poder contribuir para seu esclarecimento. É a consciência da morte, com as suas etapas preliminares, o envelhecimento e as doenças, que faz

o ser humano se desapegar de suas transitórias potencialidades de juventude e buscar orientar o seu viver por valores mais duradouros como a amorosidade, a solidariedade e a justiça.

Saúde plena é entrega apaixonada, com sabedoria, ao jogo da vida. Não se entrega com garra e alegria ao viver se estamos apegados à preservação de detalhes do corpo, imobilizados pelo medo do sofrimento e da morte inevitável, obcecados pelo conserto dos inúmeros pequenos defeitos presentes em todos ou amargurados com as perdas que vão se acumulando com o tempo.

Os profissionais de saúde, apesar do termo saúde em seu nome, são chamados a atuar principalmente nas doenças, nas crises, nas perdas, no sofrimento e na ameaça de morte. Mas podem fazê-lo de uma forma que ajude as pessoas a se aproximarem da saúde plena. O momento da doença e da crise pode ser um momento de reorientação da vida. Este é o desafio da proposta de integralidade na saúde. Mas para isto, precisam conhecer e saber superar os perigos que cercam o trabalho em saúde.



*Imagem 13. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Exigências e saberes especiais necessários

é usual ouvir a afirmação de que qualquer coisa basta para a assistência à saúde aos pobres. Sendo eles tão carentes, qualquer migalha já teria um grande significado. Na sua propalada ignorância, eles nem saberiam valorizar esforços mais elaborados de assistência. Por isto, causa surpresa verificar a existência de tantos profissionais estudando arduamente como aprimorar a sua atuação junto a eles. Causa também surpresa constatar que os pobres estão revoltados com a assistência que lhes é usualmente prestada. As manifestações mais agressivas de insatisfação causam indignação nos serviços. Para deslegitimá-las e esconder seu real significado, estas revoltas e agressividades são logo classificadas como grosseria, falta de educação e ignorância, que, no imaginário das elites, seriam típicas das classes populares.

É notória a precariedade da maioria dos serviços destinados aos grupos sociais subalternos. É usual encontrar prédios feios, cheios, desorganizados e com atendentes ríspidas, profissionais com baixos salários, escolhidos sem processos seletivos bem feitos e gerenciados de forma ora autoritária, ora displicente. Isto reflete a realidade do jogo político: de um lado, mais recursos e melhor organização dos serviços destinados aos grupos sociais com mais poder e melhor condição econômica e, de outro lado, menos recursos e pior organização dos serviços destinados aos pobres, oprimidos e marginalizados. No setor saúde, isto gera graves consequências, pois estes últimos grupos sociais têm uma condição sanitária muito mais precária e exigem muito mais recursos e ações sanitárias para se obter a equidade. A precariedade da assistência não se deve apenas à precariedade dos recursos. O modelo da assistência prestada nestes serviços é, em geral, profundamente inadequado. Eles têm, como referência orientadora, o modelo de atenção denominado de biomedicina, o modelo hegemônico de assistência à elite econômica e social, mas

que ali é operada de forma caricatural. O modelo biomédico já vem gerando muitas insatisfações e críticas importantes entre os usuários de padrão cultural e econômico privilegiado, mas é entre os grupos subalternos que ela manifesta mais suas limitações.

Em que consiste este modelo biomédico de assistência? Não é algo que diz respeito apenas à assistência médica, mas a todas as outras profissões do setor saúde (fisioterapia, odontologia, nutrição, farmácia, educação física, terapia ocupacional, enfermagem, etc.). Trata-se de um modelo de assistência que se tornou dominante no setor saúde a partir do final do século XIX e só começa a ser criticado, de forma mais consistente, no final do século XX.

Nele, doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular, da bioquímica e das leis da física. O papel do profissional de saúde é intervir física e quimicamente para consertar o defeito no *mecanismo enguiçado*. As atividades mentais (pensamento, sentimento, sonho, contentamento, sofrimento e angústia), quando valorizadas, são entendidas apenas como resultado da anatomia, bioquímica e fisiologia do cérebro.

Para trabalhar orientado por este jeito considerado, até então, como científico de prestar assistência, são necessários profissionais que apliquem as técnicas de modo desvestido de sentimentos, pois estes corroeriam a objetividade. São necessários profissionais que aprendam a olhar para os pacientes de um modo focado em seus órgãos e, não, na sua totalidade como pessoa. Cada manifestação do paciente é processada procurando identificar seu significado como sinal de acometimento de algum órgão específico do seu corpo, de modo a chegar a uma classificação do problema dentre uma das diversas entidades patológicas já definidas e estudadas pela ciência. As manifestações do paciente têm sentido e são valorizadas apenas se ajudam a encontrar a classificação do problema dentro

das categorias já padronizadas pela ciência. Este modelo exige também profissionais treinados a mirar principalmente as doenças (os defeitos), desvalorizando as singularidades positivas e a garra e a criatividade da pessoa para enfrentar desafios e viver com alegria e solidariedade. É necessário também que os profissionais sejam treinados a dar valor apenas ao saber produzido nos grandes centros de pesquisa e que consequentemente desvalorizem o saber produzido localmente pelas comunidades e pelos colegas. O saber presente nas tradições passa a ser visto apenas como curiosidade. É ainda preciso de profissionais competitivos e, consequentemente, individualistas, pois a concorrência é consagrada como o grande instrumento de garantia da eficiência. Tudo isto resulta em trabalhadores habilidosos em tratar doenças orgânicas, mas que não sabem cultivar o florescimento da vida.

Este modelo biomédico de assistência teve um enorme impacto positivo na melhoria das condições de saúde da população durante o século XX, em que se tornou dominante. Continua gerando inovações fascinantes na assistência à saúde, mas vem sendo crescentemente denunciado como ineficiente (os crescentes recursos que exige estão cada vez gerando menores resultados), ineficácia (a insatisfação dos usuários tem aumentado muito), iatrogênico (o número de danos e adoecimentos causados pela própria assistência têm crescido enormemente), desumano (a desconsideração de dimensões subjetivas e sociais inerentes aos problemas de saúde tem revoltado e gerado muito sofrimento nos pacientes, pois os trata como coisas) e entranhado de interesses comerciais (os tratamentos considerados mais modernos têm sido definidos principalmente por empresas interessadas em ampliar o consumo de seus produtos).

A insatisfação com o modelo biomédico e a sua inadequação são muito maiores para com os pobres, oprimidos e marginalizados. A situação de miséria, a opressão social, a humilhação, o sufoco na gestão do cotidiano e a insegurança em relação ao dia seguinte

geram uma tensão e instabilidade emocional muito grande. Eles ficam muito mais vulneráveis às variações da realidade social. Têm uma dificuldade muito maior para seguir tratamentos prescritos de forma insensível às suas condições de vida. Por terem menos conhecimento para decodificar as informações e orientações técnicas dos profissionais, acabam as compreendendo menos e tendo muitos mal-entendidos. Têm menos opções e recursos para compensar e superar o agir técnico focado apenas sobre os órgãos do corpo acometido pelo problema. A espoliação e perda de tempo e energia das ações de saúde desnecessárias e corrompidas, pelo interesse comercial, lhes causam muito maior dano e revolta por causa da precariedade de seus recursos e reservas. Além disto, usualmente têm acesso apenas a ações muito limitadas do modelo biomédico. A expressão “uma medicina pobre para os pobres” é uma realidade comum. Os preconceitos para com eles e, até, certa repulsa de muitos profissionais fazem com que sejam tratados com desdém e rispidez.

As práticas do modelo biomédico foram pensadas e elaboradas com vistas aos pacientes de melhor condição econômica e política, consumidores mais almejados das empresas que comandam a pesquisa e produzem os meios materiais para implementação dessas práticas ou que operam os serviços privados que as oferecem. A maioria dos doutores dos serviços de saúde, principalmente as suas lideranças, veio das elites ou das classes médias da sociedade e, mesmo sem perguntar, compreendem melhor as condições culturais, psicológicas e materiais de seus pacientes, vindos do mesmo ambiente social. Assim, naturalmente, suas orientações e prescrições levam em conta sua realidade, mesmo que o modelo de consulta não valorize as dimensões sociais e psicológicas. Mesmo que os profissionais de nível superior não tenham uma preocupação de deixar seus raciocínios serem entendidos, os seus clientes mais privilegiados são capazes de compreendê-los em parte e até questioná-los. Estes pacientes podem ter acesso ainda, pela

compra no mercado profissional, de uma série de serviços de apoio complementar (psicoterapias, massagens, variados tipos de personal trainers, cuidadores, empregadas domésticas, medicina holísticas, academias de ginásticas, ioga, ginástica postural, *spas*, musicoterapias, polícias privadas, danças terapêuticas, entretenimentos, tratamentos estéticos, consultorias especializadas, acesso a ricas fontes de leitura e pesquisa, engenheiros, maior disponibilidade de tempo e recursos para participar de espaços reflexivos e pedagógicos, advogados, associações de defesa do consumidor, entidades de classe, políticos amigos, etc.) que compensam parcialmente o caráter tecnicista e focado apenas no órgão doente da biomedicina.

Por estas razões, pode-se afirmar que o modelo biomédico é um terno costurado *sob medida* para os setores mais privilegiados da sociedade. E, mesmo assim, tem se mostrado com enormes inadequações para estes clientes.

Não basta propor ou querer prestar uma assistência à saúde de boa qualidade para os grupos sociais subalternos. É preciso, para isto, repensar as práticas de assistência para eles. O modelo biomédico de assistência demorou séculos para se consolidar. Um novo modelo de atenção, mais humano e adequado para os setores econômica e politicamente marginais da sociedade, também exigirá um processo demorado e que só poderá ser conseguido por um longo e coletivo esforço de pesquisa e compartilhamento de experiências. É ainda preciso lutar politicamente para se ter recursos necessários para esta assistência de qualidade para grupos tão desconsiderados, apesar de serem numericamente tão expressivos. Pouco adianta apenas a vontade sincera de ter uma prática mais integral e holística se não há recursos e treinamento em novas formas de abordagem: no correr dos serviços, acaba-se sendo obrigado a operar os formatos tradicionais de atendimento, com rotinas já bem estabelecidas e treinadas, para conseguir ser rápido.

Dos saberes já acumulados na perspectiva mais ampla de assistência, o saber mais importante é o que enfatiza a importância do diálogo para a redefinição das práticas assistenciais. O diálogo é o grande instrumento para a busca de adequação da assistência a estes grupos sociais tão diversos e vivendo situações existenciais tão diferentes daquelas imaginadas pelos profissionais de saúde.

O profissional, diante de cada caso, dispõe de múltiplos meios de investigação, que fornecem diferentes níveis de precisão ao diagnóstico, e tem diferentes formas de tratamento, que proporcionam níveis diversos de segurança e de cobertura. Cada um destes meios de investigação e tratamento tem diferentes custos (dinheiro, tempo, sofrimento, afastamento das atividades e esforço físico) para o paciente e para a sociedade. Cada um dos possíveis meios de investigação e de tratamento para uma determinada situação resulta em diferentes níveis de agressão para o corpo e para a rotina familiar. A decisão de quais recursos, de investigação e tratamento, vão ser empregados, em cada caso, não é uma decisão puramente técnica, mas baseada em valores subjetivos e culturais, bem como na consideração da realidade material em que as pessoas vivem. Os padrões de investigação e de tratamento tidos como ótimos pelo modelo biomédico são, no fundo, decisões e padrões estabelecidos levando em consideração as condições de vida das classes dominantes. E mesmo as condutas ainda não padronizadas podem ser mais facilmente decididas, sem diálogo, pelos seus profissionais porque eles são membros destas mesmas classes. As considerações que eles fazem, baseados em suas próprias condições pessoais e em suas vivências, são, em grande parte, aplicáveis aos seus clientes. Isto não ocorre em relação aos grupos sociais subalternos. Como um profissional pode compreender as estratégias, ou mesmo o milagre, de sobrevivência de uma família composta de quatro filhos e uma mãe (abandonada pelo marido) que vivem em casebre da periferia de uma pequena cidade, sem móveis e sem

utensílios domésticos, e que têm um rendimento declarado apenas de pequenas lavagens de roupas e da bolsa família? Dificilmente um profissional conseguirá compreender bem a sua psicologia, os seus hábitos de vida, as suas prioridades e a sua visão da sociedade. Como ele pode então decidir por eles? Só existe mesmo um caminho: o diálogo. Os pacientes trazem para os atendimentos, visões e saberes importantes (porque integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida) que precisam ser valorizados. Por isto, é preciso aprender a construir as condutas terapêuticas através do diálogo. De um lado, o paciente que conhece intensamente a realidade onde está inserido o seu problema de saúde e carregado de crenças, saberes e estratégias de intervenção nesta realidade. De outro lado, o médico com conhecimentos técnicos sobre o problema, mas também carregado de crenças próprias da cultura do grupo social de onde veio. Na medida em que cada um sabe dos seus limites, é possível estabelecer uma relação, onde o diálogo não é apenas uma estratégia de convencimento, mas a busca de uma terapêutica mais eficaz por estar inserida na cultura e nas condições materiais do paciente, como também por estar aberta a outras lógicas de abordagem da doença. Agindo dessa forma, se contribui para a formação de cidadãos mais capazes de gerirem sua saúde.

Nestas várias décadas de atuação profissional, tenho viajado para vários locais do Brasil, chamado para dar assessorias e participar de eventos. Tenho convivido com muitos trabalhadores de saúde que atuam junto aos pobres, oprimidos e marginalizados. Percebo que vivem grandes dificuldades na relação com os grupos sociais subalternos. Angustiam-se e se revoltam, muitas vezes, porque seus clientes não entendem e não incorporam as verdades que trazem. Costumam dizer *"este povo não nos compreende"*. Sentem-se como se seus esforços fossem desvalorizados. Alguns chegam a dizer: *"não merecem minha dedicação"*. A grande dificuldade é não perceberem que a cultura destes grupos e pessoas que assistem é

expressão de um rico conhecimento e sabedoria de enfrentamento das dificuldades e de busca de felicidade nas condições concretas de sua tensa existência. Uma sabedoria e um conhecimento que se mostram de jeito bastante esquisito e confuso para o padrão dos profissionais. Não percebem também que têm outros valores para orientar suas prioridades do existir. Não percebem ainda que há uma diversidade muito grande de formas de pensar, sonhar e organizar a vida entre os grupos subalternos. De forma alguma são uma realidade uniforme. Na verdade, *a maior crise de compreensão é nossa*; nós, profissionais, é que não entendemos suas variadas formas de buscar uma vida intensa, nas suas tão diferentes realidades. Com isto, nosso trabalho fica superficial. Porque desconsideramos seus caminhos diferentes e não acreditamos na possibilidade de terem formas próprias e inteligentes de organizar suas vidas marcadas por tantas precariedades, confusões e opressões, não investimos na superação das incompreensões. Acabam sendo vistos como apáticos, deseducados e descontrolados.

As pessoas marcadas pelo sofrimento e pela humilhação da subalternidade, em geral, apresentam dificuldades para se expressar ou para elaborar um discurso direto e claro na linguagem dos doutores, em sua relação com os serviços de saúde, dificultando o entendimento de sua lógica e de seus valores. Esta característica cria desafios muito especiais para o seu atendimento. Para superar esta crise de compreensão, é preciso aproximação com abertura afetiva. O coração (símbolo da inteligência emocional e espiritual do ser humano) tem grande poder de compreender aquilo que o raciocínio lógico não consegue. É preciso criar dinâmicas para que as pessoas silenciadas se expressem. É preciso promover um ambiente afetivo para que se percebam acolhidos e à vontade para explicitar suas considerações e opiniões.

Mas é necessário também de estudo. Muito já foi escrito e sistematizado sobre os caminhos diversos de busca da saúde dos pobres,

oprimidos e marginalizados de nossa sociedade. A antropologia, psicologia, sociologia, ciências das religiões, economia e pedagogia têm muito para contribuir neste sentido. Só com esta compreensão e a consequente valorização de seus saberes, valores e iniciativas, um verdadeiro diálogo poderá reorientar a assistência à saúde e torná-la potente e gratificante.

As várias faces da pobreza, opressão e marginalidade na sociedade

Pobreza, opressão e marginalidade são conceitos pouco precisos nas ciências humanas. Têm sido estudados por diferentes autores e disciplinas, com diferentes definições e ênfases teóricas. Justamente por causa desta imprecisão conceitual é que eles são adequados para as reflexões deste livro. Assim, permitem nominar pessoas e grupos sociais muito diversos e situações inesperadas de subalternidade e exclusão que não se enquadram em esquemas teóricos clássicos. Expressam uma realidade em que a sensibilidade afetiva costuma, muitas vezes, detectar com mais precisão do que as muitas análises sociológicas.

Já vi pobres marginalizados na Inglaterra (imigrantes paquistaneses) com condições materiais melhores do que muitas famílias consideradas ricas na cidade onde morava, no interior da Paraíba. O ser considerado pobre tem uma dimensão relativa que depende da situação de disponibilidade de recursos em determinado ambiente social. Vi também opressores com atitudes aristocráticas, morando em favelas bem precárias.

Minha mãe, que trabalhava na pastoral da saúde de sua paróquia católica, em bairro bem rico de Belo Horizonte, conheceu e apoiou pessoas extremamente oprimidas e marginalizadas (principalmente idosos e deficientes físicos ou mentais), morando

em apartamentos finamente decorados deste bairro tão nobre. Um ex-aluno trabalhou na ONG Médicos Sem Fronteiras, assistindo populações ricas, mas extremamente oprimidas pela guerra e dominação política. Há pessoas com boas condições materiais, mas que vivem humilhados por pertencerem a grupos sociais marginalizados, como os travestis e os ciganos. Pertencer a um grupo religioso pode ser fator importante de exclusão social. Pessoas pertencentes à determinada religião podem ser opressores ou oprimidos dependendo do lugar onde moram.

Opressão e marginalidade podem surgir em situações inusitadas e inesperadas. Podem estar em situações extremamente variadas: favelados das periferias dos grandes centros urbanos, camponeses, índios da Amazônia, índios nos bairros urbanos, sem-terra, moradores de rua, idosos oprimidos por filhos e netos, prostitutas que sustentam sua casa, mas vistas com vergonha pelos familiares, imigrantes, presos das penitenciárias, desempregados, o aluno desajeitado e tímido da escola famosa, dependentes de drogas psicoativas, os gays, as pessoas com deficiência física, as esposas de maridos grosseiros, o amante acuado por jogos persistentes de chantagem emocional, o trabalhador de grande empresa exploradora de mão de obra, o doente crônico deixado isolado em seu quarto, pessoas com agitação mental maior que a usual, o empregado do sapateiro da esquina, o funcionário público com vínculo precário, pessoas com aparência física muito diferente dos padrões de beleza, as vítimas da guerra, os ciganos, as faxineiras dos luxuosos shoppings centers, os operários, o morador de distante povoado ribeirinho, pessoas com ideias e propostas de vida muito diferentes da maioria, filhos de pais autoritários, etc.

Figura 7: Opressão social



Fonte: <https://pixabay.com/pt/vectors/motim-viol%C3%Aancia-anarquia-revolu%C3%A7%C3%A3o-41342/>

Se a opressão e marginalidade são mais evidentes em alguns grupos sociais e em algumas situações familiares e institucionais, elas, de alguma forma, são também experiências de todos. Os profissionais de saúde não são apenas pessoas que delas cuidam. De alguma forma, eles também as experimentam em suas vidas, de modo mais forte em alguns momentos e em alguns de seus espaços de convivência. Essas dolorosas experiências próprias, mesmo que transitórias, são importantes referências para melhor compreender as pessoas a quem cuidam.

As situações de opressão e marginalidade são muitas, mas a maioria está definida pela inserção de seu grupo social no processo econômico e na consequente forma de participação da riqueza produzida, podendo ser enquadrada dentro do conceito marxista de classe trabalhadora. Empregados subordinados de grandes e pequenas empresas, grandes ou pequenas fazendas, casas de famílias e pequenas propriedades rurais. Eles e seus familiares. São pessoas que vivem de trabalho assalariado ou que até mesmo não o conseguem durante períodos, quando sobrevivem de pequenos negócios precários. São elas que constroem a imensa riqueza mundial atual, mas tem acesso apenas a uma parte pequena dela. Assim, grande parte desta enorme variedade de situações está determinada por um número bem mais restrito de causas sociais, a maioria delas ligadas à forma como a riqueza é produzida e distribuída na sociedade. E como o poder político é controlado. As ciências sociais e a economia política são fundamentais para a compreensão destas origens comuns de muitas destas situações.

Há também dinâmicas subjetivas profundas que reiteradamente têm gerado mentalidades e atitudes criadoras de opressão e humilhação nas relações sociais e que, ao longo da história, em diferentes contextos políticos e modos de produção econômica recriam a exploração e a exclusão com diferentes roupagens. Estas dinâmicas subjetivas têm sido objeto de intensa preocupação e elaboração por parte das tradições espirituais da humanidade e de muitas correntes filosóficas.

Há, portanto, uma grande inter-relação entre causas subjetivas profundas e causas políticas e econômicas. Diferentes tradições teóricas enfatizam uma dimensão ou outra, gerando apaixonadas polêmicas.

A assistência à saúde integral busca contribuir também no enfrentamento destas fontes estruturais, subjetivas e sociais, da pobreza, opressão e marginalidade, sendo, portanto, importante buscar que os pacientes e os grupos assistidos as compreendam. O

tratamento e a prevenção de doenças são importantes espaços para questionamento e discussão das causas mais gerais do sofrimento. Para contribuir neste sentido, o profissional precisa se inteirar destes estudos.

No entanto, **as teorias mais importantes sobre as origens da pobreza, opressão e marginalidade na sociedade não dão conta de explicar e identificar todas as situações. A realidade é mais complexa do que as teorias existentes.**

Muitas vezes, o apego extremo a determinada teoria sociológica, religiosa ou econômica sobre as causas e explicações da opressão e exclusão impedem a percepção de situações novas e até frequentes. Por isto é importante a sensibilidade, que pode conseguir perceber situações inusitadas. Pela sensibilidade pode se identificar, se comprometer e, posteriormente, buscar análises explicativas para estas situações inesperadas. As teorias são importantes instrumentos para apurar nosso olhar sobre a realidade, mas podem também turvar a visão.

A identificação e conhecimento de muitas situações de opressão e marginalidade têm sido possíveis também pela formação e luta de movimentos sociais destes grupos. São movimentos que criam união e articulação política, divulgam saberes e denúncias e trazem para a cena cultural e política questões até então encobertas.

Pessoas que não convivem de perto com os pobres oprimidos e marginalizados podem vê-los de forma romântica e simplista, como se fossem apenas vítimas inocentes e passivas da opressão social. Eles são constituídos de grupos e pessoas contraditórias como quaisquer outras. São vítimas, mas também cúmplices do sistema de opressão. Outros modos de opressão e subalternidade podem ser criados dentro de famílias e grupos sociais empobrecidos e marginalizados. Pessoas injustiçadas podem exercer grandes injustiças e ter ações extremamente perversas. Se entre eles há muita luta solidária de superação, também há indolência e desunião. A miséria e humilhação não têm apenas efeitos materiais e psicológicos, mas também morais.

Podem gerar comportamentos tumultuados, agressivos e ressentidos. Suas contradições têm sido usadas politicamente para justificar o não investimento em políticas sociais a eles destinadas. A visão mítica dos pobres é também base para uma intensa rejeição após a percepção das primeiras contradições. Comprometer-se com eles, é fazê-los, acolhendo também estas contradições e ajudando pedagogicamente sua progressiva superação.

Os serviços de saúde são um dos principais locais para onde se dirigem os que mais sofrem e são maltratados na sociedade. Se o profissional não tiver uma visão restrita à queixa orgânica bem específica dos pacientes e tiver sensibilidade, ele pode ajudar a identificar e problematizar realidades opressivas bem maquiadas pelas famílias ou pela cultura dominante. Uma queixa centrada em um problema físico bem específico pode ser o jeito socialmente mais aceito para se chegar aos profissionais de saúde e pedir socorro, quando o sofrimento é difuso e confuso por derivar de situações sociais complexas. Alguns machucados nas pernas e braços podem revelar situações de espancamento repetido em famílias garbosas. Algumas modalidades de doença pulmonar podem indicar condições de trabalho insalubres. Uma dor de cabeça persistente pode mostrar o ritmo desumano de trabalho de uma empresa. Isto dá uma dimensão política muito forte para o trabalho em saúde, tornando-o instigante e grave. Exige um saber e uma habilidade para lidar com situações que podem gerar perseguições ao profissional. O solo por onde se desenvolve o trabalho em saúde exige um caminhar reverente. Mas também pode ser trilhado levemente com espírito comercial e de ostentação.

Os serviços de saúde podem ser também locais que reforçam a marginalização e exclusão de pessoas e grupos sociais. *“Não vou neste serviço, porque lá me sinto mais podre do que normalmente já me sinto”*. Muitas resistências em procurar os serviços se devem aos olhares de rejeição e às pequenas ironias, que ali acontecem, provenientes dos profissionais ou dos outros usuários. Na fragilidade da crise trazida

pela doença, rejeições aparentemente pequenas causam grande efeito de afundamento da autoestima. Para alguns grupos mais excluídos, é preciso criar serviços específicos próprios para se conseguir uma frequência regular, tamanha é a rejeição com que são tratados.

A assistência à saúde, que acolhe e trata a opressão e a marginalização, pode acontecer em diferentes tipos de serviço. Os serviços de atenção primária à saúde, bem inseridos na vida comunitária e com condições de dar um acompanhamento próximo e de longo prazo, são espaços privilegiados para um trabalho potente e criativo. As enfermarias dos hospitais acolhem os subalternos por períodos limitados, em momentos de muita fragilidade e de dependência intensa a um cuidado humano e pedagógico, podendo ter grande significado na transformação de situações de opressão. As unidades de atendimento de urgência iniciam o cuidado nas crises, momentos cruciais na vida das pessoas, onde as situações de injustiça e desprezo se mostram evidentes, clamando por iniciativas firmes e carinhosas. O atendimento ambulatorial especializado é fundamental no acompanhamento de pessoas acometidas por problemas específicos e servem de referências orientadoras da assistência continuada nos serviços de atenção primária. Neles, é possível rever condutas antigas que não estavam dando resultados satisfatórios e perceber dimensões humanas ainda não consideradas. Organizações não governamentais e movimentos sociais voltados para problemas específicos de saúde (como para portadores de HIV, usuários de serviços de saúde mental, Síndrome de Down, hanseníase, dependentes de drogas psicoativas, etc.) ou para públicos específicos (como os homossexuais, prostitutas, meninos de rua, negros, etc.) são espaços de trabalho riquíssimo e locais de articulação de lutas políticas fundamentais. Por traz do funcionamento de todos estes serviços, há gestores que podem atuar numa perspectiva de sua transformação em direção a uma assistência mais humana e integral. É um trabalho mais distante do atendimento às pessoas, mas muito difícil, pois exige muita habilidade política e

uma visão ampla das possibilidades e alternativas. Os gestores dos serviços de saúde podem criar condições gerais propícias a uma assistência integral e orientar amplamente o conjunto de serviços em direção a um cuidado humanizado. O atendimento integral não depende apenas de uma relação interpessoal humanizada, mas também de condições materiais e institucionais que exigem trabalho habilidoso e persistente para serem construídas. São, portanto, muitas as formas, espaços e possibilidades de um trabalho em saúde a serviço da superação da opressão, pobreza e marginalidade em suas múltiplas e surpreendentes faces. Elas precisam ser articuladas para serem mais potentes.

O amor no trabalho em saúde

Para muitos profissionais de saúde, o trabalho com os pobres, oprimidos e marginalizados não se orienta só pelo dever profissional, pela cobrança das instituições onde estão empregados, pelos lucros financeiros que obtêm ou por uma obrigação moral aprendida em sua formação. Orienta-se principalmente pelo vínculo afetivo e pelo compromisso fundado neste vínculo. A partir deste vínculo afetivo, aproximam das pessoas e comunidades com um olhar e uma escuta sensíveis, atentas para dimensões sutis da realidade. Orientam seu agir principalmente pela percepção das suas consequências no olhar, nos corpos e nas palavras das pessoas que cuidam.

Este vínculo se inicia com o encantamento com a criatividade da população, a gratidão e valorização como são acolhidos nas comunidades, os instigantes desafios teóricos trazidos pelas complexas situações em que são chamados a lidar e seus consequentes aprendizados, além do clima de amizade e de alegria que surge neste tipo de trabalho. Trata-se inicialmente de um vínculo reforçado pelos encontros e acontecimentos do momento. Mas este vínculo vai se

aprofundando. Situações de dificuldade, ingratidão, tensão, conflito e frustração surgem, criando períodos sem estes reforços. São tempos áridos que desanimam alguns, mas fazem outros profissionais descobrirem estar vinculados para além das emoções presentes. Trata-se de um vínculo mais visceral e mais atávico que os aproxima de um compromisso não apenas com os usuários mais próximos dos serviços, mas com a população em geral, principalmente os mais necessitados. Vai criando uma maior capacidade de indignação com outras situações de injustiça e opressão presentes na sociedade. Envolve-os, aos poucos, nas lutas políticas pela ampliação dos direitos sociais e pela superação das causas estruturais da desigualdade. Este vínculo mais profundo, que vai ficando sem medo das dificuldades, enfrentamentos e perseguições decorrentes, é mais bem expresso pelo conceito de amor.

O amor é um sentimento simples de ser entendido por ser uma realidade existencial universal, mas, ao mesmo tempo, é um conceito confuso e de significado teórico pouco preciso por assumir formas muito diferentes no cotidiano da vida humana. Há o amor de mãe, dos casais, dos religiosos, dos políticos populistas, do comércio preocupado com a venda de presentes, dos prostíbulos, dos poetas, etc. Há ainda o amor ao dinheiro, ao poder, a Deus e àquele prato favorito. A grande valorização do amor romântico, entre os casais na cultura contemporânea, tem criado uma referência muito forte para sua compreensão, que tende a tornar o conceito de amor em algo muito idealizado, com as qualidades mais belas possíveis, o que cria ilusões por esconder as suas contradições e seus condicionamentos sociais. No mundo acadêmico e profissional, onde impera uma ideologia de valorização da objetividade racional e lógica desvestida de qualquer emoção, passou a ser um conceito extremamente evitado. Mas na vida privada destes profissionais e acadêmicos, fora dos seus ambientes de trabalho e pesquisa científica, tem sido um dos temas que mais gera interesse. Na última década, no entanto, vem sendo tema de crescente debate nas ciências humanas.

Amor é um vínculo afetivo intenso e profundo entre seres que reorienta a relação entre eles, a partir do momento em que se estabelece. Diferencia-se dos outros vínculos afetivos pela intensidade. Nele, dinâmicas inconscientes tornam-se fortes, superando o controle da vontade consciente. Gera um enlevo afetivo que toma simultaneamente a consciência e o agir dos seres envolvidos. Desencadeia um tipo especial de acolhimento, compreensão mútua e aceitação de diferenças não bem compreendidas. Cria uma relação de reciprocidade com um forte sentimento de união de interesses, propósitos, necessidades e emoções. A partir daí, estabelecem-se compromissos que se baseiam mais na emoção do que na vontade e no dever racionalmente construído. Neste vínculo, passa-se a sofrer e alegrar intensamente com o sofrimento e a alegria do outro. A partir do momento em que se estabelece na vida das pessoas, passa a ser elemento estruturante importante do sentido e da motivação que dão ao seu existir. É uma experiência, ao mesmo tempo, espontânea como também intencionalmente cultivada. A abertura e o investimento da vontade consciente criam condições para que a sua dinâmica de envolvimento emocional se aprofunde.

Amor é, portanto, regido principalmente pelo sentimento e não pela vontade. Não se ama por obrigação. Ele não pode ser ordenado. Não é um dever moral. Quando existe amor, o dever moral é supérfluo. Mas como ele não está presente na maioria das relações humanas, a moral é necessária. Para muitos filósofos (SPONVILLE, 2011), o agir regido pela moralidade é um agir como se houvesse amor, com aparência de amorosidade, para o bem do convívio humano em sociedade. A moral, sim, é regida pela vontade e pelo dever.

A valorização dos sentimentos, das emoções e das intuições significa uma abertura para dimensões e forças que estão fora do controle da vontade e da elaboração consciente e lógica. É uma abertura para elementos vindos do inconsciente, onde não existe apenas o amor: ali estão também rancores, instintos confusos, medos

intensos, agressividades, ímpetos contraditórios e a agitação de nossas neuroses. Para dar espaço à amorosidade é preciso também acolher e elaborar nossas dimensões sombrias, que tendem a se manifestar juntas. Não basta querer amar. O amor vem. E vem misturado com o que não é amor. Amar é um processo exigente de elaboração. Ao fazê-lo, potências subjetivas ligadas à sensibilidade e à intuição são desenvolvidas, levando a superação do viver restrito ao que é racional, medível e claramente explicável.

A valorização do amor no trabalho em saúde significa a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. O vínculo afetivo cria novos canais de compreensão. Leva a mente a colocar-se no lugar do outro, para perceber o significado dos acontecimentos a partir de sua perspectiva. Alguns chegam a afirmar que só se compreende bem aquilo que se ama. Assim, o amor permite que o afeto se torne elemento estruturante dos diálogos, acordos e motivações do processo de construção de uma vida com mais saúde. O amor aciona um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde. Assim, são incorporados ao trabalho aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população. O amor é, portanto, uma dimensão importante na superação de práticas desumanizantes e na criação de novos sentidos e novas motivações para o trabalho em saúde.



*Imagem 14. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

O vínculo afetivo, nesta perspectiva, se diferencia das situações de submissão presentes nas relações de dependência emocional, não podendo ser confundida com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Em nome do amor, muitas cobranças opressivas são feitas. Ao contrário, o amor fortalece o compromisso com a superação de situações de sofrimento e injustiça. Enquanto referência para a ação política, pedagógica e de cuidado, o amor amplia o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem às explicações e argumentações.

Há inicialmente uma surpresa ao perceber a potência terapêutica e de transformação social do agir regado pela emoção amorosa. Vai se percebendo, no entanto, que a expressão desta emoção precisa ser modulada para que seja eficaz e ética. Não é qualquer emoção, pois ela também pode ser expressão de rancores, preconceitos e neuroses. É preciso aprender a lidar com as emoções no trabalho profissional. É um processo de aprendizado demorado que acontece por meio de vivências, em que erros e acertos são cometidos e refletidos. A relação continuada e franca com os pacientes, possibilitada pelo vínculo, permite que estas situações possam ser revistas. Vai se desenvolvendo o que vem sendo chamado de inteligência emocional (GOLEMAN, 1996). E a vida afetiva do profissional, inclusive sua vida privada, vai sendo enriquecida.

Em uma sociedade onde grande parte dos profissionais tem um trabalho alienado, sem vínculo com o que se produz, ter um trabalho criativo e integrado com seus principais propósitos de vida é um grande privilégio. A qualidade deste trabalho, carregado de motivação e sentido, acaba sendo reconhecido, gerando gratificações, inclusive financeiras. Portas institucionais se abrem, mesmo sem iniciativa intencional para isto.

A valorização do trabalho profissional por amor é algo bastante provalado em discursos de gestores, empresários e políticos

para cobrar um maior empenho do trabalhador, muitas vezes, sem condições institucionais mínimas. Por isto, há uma desconfiança generalizada contra o uso desta palavra no ambiente institucional. Mas o que realmente dá força e legitimidade para o trabalho, por e com amor, é a vivência de experiências significativas em que ele aconteceu, transformou e encantou. Depois de experiências como esta, discursos, ideologias e mensagens adocicadas têm pouco valor. Quem passou por esta vivência, evita falar muito sobre ela, pois as palavras são pequenas para expressá-las. Só conversam com quem percebe entender destes caminhos sutis da subjetividade humana. Trata-se de uma experiência que leva a uma paz e a uma sensação de sentido pleno que dão uma certeza e uma assertividade para seguir o caminho tomado. Assenta-se em rocha firme e se sente bem apoiado. As ventanias e confusões do trabalho não mais abalam significativamente. Depois desta experiência, firme na rocha, se tem força para enfrentar gestores, empresários e políticos com discursos hipócritas. O desafio passa a se manter-se assentado nesta rocha, nesta vivência do amor, pois rancores, cansaços, medos e seduções individualistas de consumo e poder podem crescer e fazer se afastar da rocha. E o trabalho em saúde é cheio destes perigos.

Mantê-lo nas trilhas do amor exige sabedoria, estudo e reflexão.

A experiência da centralidade do amor na existência humana transforma os objetivos do trabalho em saúde. A amorosidade e a ternura passam a ser não apenas uma metodologia de aprofundamento do diálogo e do cuidado, para se tornar também seu objetivo. Não se busca apenas uma sociedade justa, igualitária, participativa, sem marginalizados e com direito assegurado à assistência, mas também uma sociedade amorosa, pois só assim o ser humano se realiza plenamente. A amorosidade é, pois, instrumento e finalidade do trabalho de promoção da saúde.

As dimensões da emancipação ligadas à justiça, democracia e equidade das políticas sociais têm passos e metas mais palpáveis e delimitadas. São necessárias mudanças das leis, do sistema de representação política, da distribuição dos recursos públicos, da organização da produção econômica, do fortalecimento de organizações sociais, etc. São metas e passos muito difíceis, mas palpáveis dentro de uma lógica racional. Já a ampliação da amorosidade na sociedade é uma dimensão da emancipação menos palpável e menos controlada pela ação consciente. Depende do acolhimento e difusão de dinâmicas que, como o vento, a vontade não consegue governar; apenas cria-se espaço, elabora-se e espera. Isto é extremamente incômodo para as mentes regidas pelo cálculo e pelas estratégias racionalmente definidas.

Referências

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.

SPONVILLE-COMTE, André. **O amor**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Como aprendi a abordar as questões sociais com os princípios freirianos¹⁰

Pedro José Santos Carneiro Cruz

O presente texto apresentará alguns dos caminhos que o autor principal percorreu quando de sua formação inicial no campo da Educação Popular em Saúde (EPS), enfatizando os caminhos pelos quais foi aprendendo e construindo compreensões e entendimentos coerentes com um agir crítico em saúde, com uma atuação profissional e uma abordagem de trabalho social que buscaram exercitar, cotidianamente, um horizonte direcionado à Promoção da Saúde de maneira integral, ampliada, equânime e participativa.

Assim, o que se pretende com esse debate é situar fundamentos relevantes da EPS, não apenas como tema do debate, mas como princípio inspirador da construção paulatina de tentativas de trilhar novos horizontes para a atuação em saúde e a fundamentação de um novo jeito de conviver.

Para tanto, delinaremos o presente texto com uma narrativa em primeira pessoa.

¹⁰ Texto publicado originalmente em: Educação Popular em Saúde: desafios atuais / organização Pedro José Santos Carneiro Cruz - 1 ed. - São Paulo : Hucitec, 2018

Aprende-se educação popular mergulhando na realidade e em experiências concretas

Em primeiro lugar, é importante situar que Educação Popular (EP) se aprende fazendo e se faz aprendendo. Não é preciso fazer um curso de pós-doutorado em EP para se começar a fazê-la ou para começar a conhecer seus princípios, fundamentos e metodologias. Com isso, não quero dizer que a EP é algo que qualquer um faça de qualquer jeito, mas pretendo enfatizar que a construção das pessoas como educadores populares inicia, tão somente, quando de seu mergulho sistemático, regular, compromissado, atento e respeitoso na realidade e em trabalhos sociais e experiências concretas.

Comecei a trabalhar com EP quando estudante da graduação, em um projeto de extensão em uma comunidade na periferia de João Pessoa (PB), chamada Maria de Nazaré, em uma ação cujo fundador foi o professor Eymard Mourão Vasconcelos. Nesse projeto, os estudantes visitavam a comunidade aos sábados, interagindo com as famílias e os grupos comunitários e sociais aí presentes, acompanhando seus dilemas, problemas e dinâmicas de construção da vida e da busca pelo bem viver.

Entre em contato com o projeto, enquanto estudante de nutrição, visando ter maior contato com ações concretas de cuidado em saúde, tendo em vista que, nos períodos iniciais do meu curso, esse contato e a vivência da profissão não se faziam tão presentes. Começou, então, uma experiência totalmente nova em minha vida, pois até então não tinha entrado em contato com a periferia urbana de minha cidade.

Ao chegar na comunidade, perguntei o que fazer e como atuar, e os estudantes mais antigos do projeto me responderam dizendo que iam dialogar com as pessoas nas famílias. Isso me causou uma indagação: pensava que as pessoas queriam dos estudantes

de saúde remédios, receitas e atendimentos para solucionar seus problemas. Até eu, por exemplo, tinha ido somente por estar muito mobilizado para atender ou, minimamente, atuar com as ferramentas e abordagens clássicas da saúde. Por outro lado, meus colegas me disseram que devia ir para as famílias e adentrar o território focando principalmente em escutar as pessoas. Escutar era nosso melhor remédio e a abordagem de atendimento mais recomendada.

Assim, ao entrar na casa das pessoas pela primeira vez, cheguei tomado por sentimentos contrastantes, como o receio acerca dos assaltos, além do preconceito em achar que nada teria a aprender ou escutar em um contexto social carregado de situações visíveis de miséria, dor, desconforto e vulnerabilidade. Em minha visão inicial, o que teria e precisaria fazer imediatamente era agir para ajudar, era doar meus conhecimentos, esforços e saberes para tirar aquelas pessoas daquelas situações. Sentia-me um estranho, que estava ali para ajudar a salvar aquelas pessoas ou minimamente para amenizar suas dores. Entretanto, logo na primeira casa que entrei, um cidadão me desarmou por completo, dizendo: "Pode ficar à vontade. Entre aqui em casa, sente no sofá e tire o seu sapato". Recebendo-me muito bem em sua casa, esse homem me deu um abraço caloroso e amoroso, e não me fez nenhuma pergunta, tampouco pediu por remédios, orientações ou atendimentos, mas passou a falar sobre os problemas em sua família, como foi sua semana, em um misto de narrativa e reflexões pessoais, críticas a questões sociais e comunitárias, e autocríticas de posturas pessoais e familiares- tudo mediado por perguntas que iam sendo feitas pelos estudantes mais antigos.

A partir disso, comecei a ver que saúde também estava em momentos como aqueles, não estando apenas no remédio, na receita, no consultório e na intervenção clínica clássica. A saúde e seus processos de construção e determinação estavam irremediavelmente encharcados em volta da casa e daquela pessoa, naquela família e

sua dinâmica, bem como na situação de desemprego que ali estava exposta.

Processualmente, comecei a ficar curioso e interessado com aquela abordagem, estranha e nova para mim até então, em que as pessoas iam conversando em espírito de amizade, fraternidade e respeito. Naquela conversa, os elementos influenciadores da saúde daquela pessoa iam surgindo a partir da escuta e por meio do estímulo de perguntas e questionamentos, onde também os estudantes devolviam para as pessoas da comunidade outros elementos, questões, considerações e reflexões.

Nessa abordagem do agir em saúde, a pessoa da comunidade falava e o estudante devolvia com sugestões, e, a partir disso, iam aparecendo soluções para os problemas de saúde daquela família. Muitas vezes, a própria pessoa sugeria as soluções e não os estudantes. Assim, surgiu uma lição muito importante para mim: aprender a dialogar.

O diálogo como um exercício permanente e fundador

um dos elementos teórico-metodológicos fundadores no contexto da educação popular é o diálogo. Entretanto, o diálogo perpassa um processo difícil de desenvolver, pois cada um de nós, muitas vezes, carregamos conosco uma postura permeada de arrogância no modo de atuar profissional e de abordar o trabalho social, mesmo que pautados por um olhar da EP. Frequentemente, mal começamos a estudar EP e já achamos que sabemos dialogar mais que os outros, sentindo-nos superiores, o que redundava em falar muito e ouvir pouco.

Nas experiências que vivenciei, aprendi que o diálogo pressupõe, preponderantemente, escuta. Uma escuta que não seja

passiva, mas atenta e problematizadora. Além disso, o diálogo pressupõe, a quem se propõe dialogar, mergulhar na aventura de aprender com o outro, abrir-se a conhecer e compreender os sentidos do outro e, assim, assumir o risco de desconstruir, questionar e criticar seus próprios conhecimentos e repensar suas atitudes, abordagens e posicionamentos. Dessa forma, assumir o risco de se deixar mobilizar e modificar a partir da comunicação significativa, autêntica e profunda com o outro.

Figura 8: Dialogo em sociedade



Fonte: <https://pixabay.com/pt/illustrations/gabarito-confirmando-empres%C3%A1rios-3387214/>

Nesse sentido, no exercício do diálogo, podemos até partir para esse encontro profundo com o outro tendo nossas próprias ideias e conhecimentos estabelecidos em nossos corações e mentes, mas precisamos estar desarmados e prontos para, de acordo com os caminhos para onde ele nos leve, conhecer, saber e ser mais.

Com isso, quero enfatizar algo que aprendi após anos de tentativas e muitas páginas de estudos. O diálogo é uma aventura

na qual se conhece o ponto de partida, mas não se sabe aonde se vai chegar. Embarcamos em uma jornada rumo ao desconhecido. Caso um dos entes em diálogo saiba, antes desse encontro autêntico, aonde se vai chegar, aí o diálogo já não existirá mais, pois se estará partindo de uma cabeça só e não de uma mediação entre dois sujeitos- o eu e o outro. Nesse sentido, é importante frisar que o diálogo pressupõe uma composição participativa do conhecimento e um processo de compartilhamento de poder sobre os caminhos, os horizontes e os produtos pertinentes a tal interação.

Em que pese, hoje, poder fazer tais afirmações, ainda estou aprendendo a dialogar. Talvez eu nunca saiba completamente como construí-lo perfeitamente. O diálogo é um processo com o qual se aprende permanentemente. Não há ninguém que saiba fazê-lo perfeitamente, como também não há ninguém que não saiba e nem nunca vai saber fazê-lo. É um exercício, cabe ressaltar, não só na relação educativa de aprendizagem e de construção compartilhada do conhecimento, como também dentro de casa, em nossas famílias, com os pais e as mães, com todos os ancestrais, com os companheiros e cônjuges.

Diante de tais elementos, podemos dizer que o diálogo tem uma intencionalidade, ou seja, um objetivo compreensivo e explícito, qual seja o de mobilizar as pessoas para participarem ativamente, atuarem autonomamente e agirem, em conjunto com outros, como protagonistas na construção de processos de emancipação e de transformação das situações que oprimem e incomodam as pessoas e os grupos sociais.

Na EPS, decorre um diálogo direcionado para conseguir desenvolver nas pessoas a conscientização e mobilizar nelas o protagonismo, para que enfrentem as suas principais questões e situações-limite mediante processos de construção coletiva de enfrentamento para as situações que as estão oprimindo e incomodando.

Em lugar de aplicar técnicas padronizadas, abrir-se à aventura de construir abordagens, caminhos e trilhas em movimento e em coerência com a realidade local

Diante do exposto, compreendemos que não existe, na EP, uma capa de "super-herói". Assim sendo, não basta se dizer educador popular, tampouco anunciar seus postulados para pura e simplesmente, transformar os processos e os contextos de exclusão. Tudo isso se dá por meio do trabalho e do esforço coletivo, processual, paulatino e insistente no desenvolvimento de experiências concretas. Com muito suor, lágrimas, sorrisos, conquistas, tristezas, alegrias, erros e acertos, cada um vai aprendendo, passo a passo, abordagens, caminhos e trilhas que são significativos para uma proposta educativa popular.

Assim, não basta considerar importantes as situações e determinações sociais e econômicas que oprimem e incomodam e tentam deslegitimar as pessoas como cidadãos e indivíduos, mas procurar incessantemente abordagens e procedimentos relacionais e comunicativos, através dos quais se coloque o outro no centro do processo, de forma que reconheça e valorize esse outro como sujeito, protagonista de sua história e cidadão.



*Imagem 15. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Nesse sentido, dialogar não significa mobilizar estratégias espertas e elegantes para convencer o outro das saídas ou resoluções mais apropriadas para seus problemas. No campo da educação em saúde, mesmo em alguns grupos progressistas, essa concepção ainda prepondera; apregoa-se o diálogo e a participação popular, mas aquele que o medeia ou mobiliza já inicia o processo convencido de que tem a resposta certa para os problemas aí encontrados. Dentro do diálogo, na ótica da EP, há pontos de partida, mas o ponto de chegada é construído conjuntamente entre os sujeitos em processo de ação e reflexão. Desse modo, também, cabe ponderar que o diálogo não é o todo em processo educacional com o olhar freiriano, mas um entre outros importantes elementos do processo e do caminho para potencializar as pessoas a construírem estratégias de luta, resistência, superação e enfrentamento diante das situações-limite de seus contextos sociais, históricos e políticos.

Trazendo a reflexão sobre a EP como princípio que orienta o nosso viver e, conseqüentemente, nossas relações culturais, sociais e comunicativas com o outro, emerge um elemento fundamental na sua perspectiva teórica, que é encharcadamente freiriano: a amorosidade.

Muitos pensam na amorosidade como um conjunto de atitudes simplistas, como dar carinhos, abraços e afagos. Mas não é isso. Por amorosidade, na acepção fundamentada por Paulo Freire, denota-se a habilidade de enxergarmos, em todo ser humano, alguém cheio de capacidade e de vocação de ser mais, de produzir coisas boas, úteis para a humanização do mundo e das pessoas, um ser bonito no sentido de ser que é transformador, que tem riqueza, que tem potência, que tem a capacidade de mudar esse mundo. Ter uma abordagem amorosa é, portanto, dedicar-se incessantemente à promoção autônoma e protagonista desse outro, de modo que possa desenvolver plenamente todas essas capacidades e vocações acima mencionadas. Envolve o amor porque o processo de promoção do

outro deriva, fundamentalmente, de um sentimento profundo e rico de cuidado, carinho e desejo de sucesso, desenvolvimento e bem viver com dignidade para esse outro.

Amorosidade é, antes de tudo, uma postura ética diante da sociedade, das sociabilidades e do mundo. Pois o sentimento profundo de cuidado, anteriormente mencionado, não se estende somente para esse outro, ou um outro em especial, mas para todas as pessoas, mulheres e homens que compõe o mundo, particularmente aqueles e aquelas em processo de sofrimento, dor, desconforto, opressão e exclusão.

Aprendi a amorosidade como abordagem na EP quando de minhas vivências na Comunidade Maria de Nazaré. Se chegasse, por exemplo, na comunidade sendo chato, impaciente com as pessoas, sem respeitar a integridade de cada uma, isso enfraquecia a construção das ações, distanciava-me das pessoas, comprometia o vínculo e dificultava todo o processo. Nesse sentido, aprendi que o vínculo e a amorosidade são condições antecedentes para se construir processos de EP.

Amorosidade fortalece o vínculo, e ambos só se estabelecem quando promovemos plenamente o outro em seu exercício de ser e de viver mais. Isso tem, fundamentalmente, uma articulação com a cultura popular. Pela EP, a todo momento estamos promovendo, dignificando e potencializando a cultura do povo, de suas práticas sociais e o saber de seus antepassados, particularmente nas realizações culturais que se afirmam pela inclusão, pela valorização dos seres humanos e seus modos de pensar e organizar a vida.

Outro elemento importante para guiar a construção de abordagens e trilhas pela EP é a problematização, a qual implica um debruçar crítico, ativo, questionador, curioso e desvelado daquilo (processos, contextos, situações) que está incomodando, oprimindo, gerando problemas, inquietações, desentendimentos e obstáculos para que as pessoas e grupos vivenciem plenamente o ser mais. O

olhar atento e curioso sobre tais questões e seus determinantes e condicionantes é, concretamente, o ponto de partida do processo educativo em um olhar popular. Colhe-se tudo isso e se analisam esses problemas, considerando suas conformações como situações-limite, para, paulatina e conjuntamente com os sujeitos envolvidos, ir olhando que métodos viáveis podemos edificar, ou seja, que novos horizontes podemos construir para o enfrentamento desses problemas.

Há de se ponderar, no entanto, que não adianta problematizar sem articular tal processo com outros elementos já abordados aqui antes, como o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento. É importante estar atento ao risco de, às vezes, acharmos arrogantemente que sozinhos iremos resolver tudo. A problematização só tem sentido quando coletiva. Muitos intelectuais, técnicos, acadêmicos e profissionais, mesmo que intencionados com a resolução de problemas sociais concretos, não têm paciência com a construção coletiva e compartilhada dos enfrentamentos às situações-limite e procuram resolvê-las sozinhos, ou então, no mínimo, convencer as pessoas a agirem conforme suas ideias, pensamentos e entendimentos. Não se abrem, como dissemos anteriormente, à aventura do diálogo, na qual, ao olhar coletivamente para um determinado problema, poderão perceber que sua intervenção tecnicamente padronizada não terá sentido naquela realidade social, e que o saber popular e comunitário poderá desconstruir essa ação ou fazê-la seguir por outros caminhos, misteriosos e ainda não tateados pelo técnico formado com os saberes já sistematizados.

Quando mergulhamos na realidade de um território, uma comunidade, é importante envolvermos de forma protagonista as pessoas do local, até porque podemos estar lá na comunidade por um determinado período e, por diversas razões, no futuro, não estar mais (por ser demitido, remanejado, entre outros), o que deixaria a população desassistida, caso a ação seja centrada em um único

indivíduo ou grupo, mesmo que sua intenção seja progressista, e mesmo que seus saberes técnicos para dar resposta aos problemas sejam relevantes. Desse modo, se não empoderarmos essas pessoas daquele contexto territorial para elas tomarem as rédeas do seu próprio processo, quem mora ali e quem vive ali, vamos acabar por construir não apenas uma ação, como dito antes, individualista e centrada em saberes técnicos especializados, mas também um processo cuja sustentabilidade será extremamente frágil, pois quando um ente sai, tudo aquilo acaba.

Nesse sentido, é importante, no cotidiano da ação e do trabalho social pautado pela EP, valorizar espaços permanentes de diálogo e de problematização no contexto de atuação e com seus protagonistas. Pode ser por meio de uma associação comunitária, um sindicato, ou outros coletivos e grupos organizados. No entanto, cabe ressaltar que é muito potente criar fóruns, reuniões e encontros entre diferentes. Particularmente, no campo da saúde, reunir médicos, enfermeiros, lideranças comunitárias, parteiras, agentes comunitários de saúde, dentre outros atores e profissionais. Isso é muito potente na EP, porque permite que uma amplitude maior de sujeitos se debruce sobre determinado problema, de modo que as estratégias de ação e intervenção sejam coletivas, ajudando também a promover a autonomia das pessoas.

Nessa direção, outro princípio fundamental na EP é a emancipação. Quando estudante da graduação, fui aprendendo que não bastava visitar as famílias e interagir com aquelas pessoas toda semana sem gerar processos, de modo que as pessoas conseguissem reivindicar melhorias concretas para alcançar novos patamares de qualidade de vida. Assim, não bastava cultivar um processo de sociabilidades em que todos criavam vínculos e compartilhavam momentos de convivência rica e significativa. Ora, aquelas pessoas moravam em comunidades que não tinham saneamento, nem urbanização; às vezes, não entrava nem o correio na comunidade.

Desse modo, o processo de construção de vínculos e de um sentimento coletivo para atuação conjunta deveria ser veementemente e necessariamente articulado a um processo proativo, crítico e ativo de mobilização de processos educacionais, formativos e de atuação com questionamento da realidade e proposição/ação de mudanças.

Nesse sentido, a EP não apenas pressupõe uma boa comunicação, uma amizade profunda entre diferentes, e tampouco uma "conversa-fiada"; requer, de modo muito explícito, de todos os seus sujeitos, a clareza de aonde se quer chegar, e para que realmente se está procedendo com a EP.

Para concluir: EP e a construção processual de um compromisso social emancipador

A EP, em seu corpo teórico e prático, está compromissada com um projeto de sociedade democrático e popular. Digo isso como um aprendizado mobilizado por reflexões profundas que fui, ao longo de minha trajetória, construindo: por que mesmo eu entrei no Projeto na comunidade Maria de Nazaré e não saí? Por que persisti desenvolvendo práticas profissionais contra-hegemônicas em espaços sociais subalternos e pouco valorizados? Aos poucos, fui percebendo que era mobilizado, sobretudo, por um conjunto de indignações, inquietações e inconformações; não aceitava realidades humanamente contraditórias e injustas, como a que presenciava cotidianamente na comunidade. Assim, fui percebendo que não era, exatamente, a EP, em si, que me instigava e mobilizava; mas ela era uma abordagem efetiva no sentido de me orientar, inspirar e guiar na construção de estratégias que remasse na direção de um novo horizonte social, político e cultural naquela realidade desafiadora.



*Imagem 16. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Assim, não há sentido em se fazer, nem em se falar em EP sem articular sua promoção com a mobilização de esforços para se chegar em uma sociedade diferente da que temos hoje preponderantemente, que é desumana, opressora, excludente e preconceituosa- apesar de conter, inegavelmente, uma vocação profunda de ser solidária, fraterna, amorosa, respeitosa, inclusiva e promotora de inclusão.

No entanto, considerar esse aspecto na prática da EP não significa que a transformação objetiva das condições sociais injustas se dará da noite para o dia, tampouco que um único ato poderá mudar tudo. Fazer EP é, sobretudo, ter a clareza de que o movimento de suas ações é, necessariamente, paulatino, processual e exigente de insistência, paciência, obstinação e resistência. Evidentemente, as situações sociais excludentes nos mobilizam a ter pressa e buscar por ações que resolvam agilmente e resolutivamente os problemas enfrentados; isso, contudo, não pode atropelar o processo educacional democrático, inclusivo, amoroso e participativo, vivenciado no seio dessas práticas.

Desse modo, um elemento importante de se ressaltar é que, na EP, os fins não justificam os meios. Não se pode corromper suas abordagens e seus princípios em nome da conquista da transformação de um processo ou de uma realidade. Essa metodologia exige uma postura ética de procedimentos que seja coerente com seus princípios e fundamentos, em todo o processo. Dessa maneira, para alcançar a humanização, o processo educativo popular não pode ser desumanizante.

O exercício prático da EP exige que busquemos coerência entre teoria e prática concreta, ou seja, para gerar participação, o processo educacional popular precisa ser, ele mesmo, extremamente participativo, de forma que não se gera participação se for tradicional, conservador, se for antiparticipativo. Para se construir um mundo novo, é preciso começar imediatamente a pôr em prática posturas

e atitudes éticas desse novo mundo. Assim, entende-se que o agir educativo popular transcende o espaço formativo convencional de salas de aula, grupos, iniciativas sociais, dentre outros, pois implica uma vivência cotidiana.

Conhecer através de atitudes populares humildes: uma epistemologia no ato de risco de aprender caminhando nas incertezas espirituais e físicas¹¹

Hélène Laperrière

Há dimensões invisíveis nas práxis de educação popular em saúde que a avaliação tradicional não pode considerar. Certa noite, em Salvador (Bahia), caminhei com uma marmita para jantar. Na esquina onde dormem habitualmente moradores de rua, vi uma senhora deitada com cobertor. Curiosamente, ela tinha uma rosa na mão. A senhora mencionou que era o aniversário dela. Foi a aproximação física que me permitiu ver uma flor dentro da pobreza. A integração destas experiências limites e marginais (dor, sofrimento, dificuldade, etc.) é relevante dentro do quadro de análise acadêmico do trabalhador da saúde (VASCONCELOS, 2006, 2009). O movimento da educação popular latino-americano se distingue por sua tentativa de inserção física em bairros populares com um compromisso à longo prazo junto com os movimentos

11 Texto publicado originalmente em: *Construção compartilhada do conhecimento na pesquisa e na ação social*. Pedro José Santos Carneiro Cruz (org). Hucitec Editora, São Paulo, 2020, no prelo.

sociais da comunidade. Não é somente mergulhar-se o dedo do pé para testar a água; é de molhar-se completamente. O imerso nos becos propicia "ali" um terreno fértil para olhar a realidade de maneira mais realista.

Figura 9: A Vitória-Régia



Fonte: <https://pixabay.com/pt/illustrations/flor-flores-vit%C3%B3ria-r%C3%A9gia-lotus-2886026/>

Este movimento de inserção relembra o conceito de "heuristic field" [campo heurístico] de Polanyi (1964, p.403). O campo heurístico supõe um acesso à uma oportunidade (aqui o beco popular) para fazer desta oportunidade uma de aprendizagem; isto, apesar das incertezas e imprevisibilidades deste movimento de saída da zona de conforto pessoal e profissional. Conhecer inclui então todas as manifestações de "livings" [vivência] que permitem a ocorrência de uma certa práxis. A aprendizagem implica uma participação "pessoal" que alimenta um conhecimento "pessoal" (POLANYI, 1964, p.vii).

Uma avaliação mais honesta deveria incorporar estas dimensões de espiritualidade e de busca de sentido de se fazer esta práxis de

educação popular. Uma avaliação alternativa teria que propiciar ferramentas novas para entender melhor o que mobiliza o "corpo" enquanto nós envolvemos nas situações arriscadas e imprevisíveis (violência, calor, cheiro, terreno ariscado de caminhar) (ZÚÑIGA & LAPERRIÈRE, 2006). A "atitude popular" supõe um relacionamento mais horizontal nas relações sociais e políticas em geral, que valorizam o contexto em que acontece a prática educativa. O termo popular usualmente refere-se à atitude "implementadora" da práxis de participação presente nas práticas concretas de educação popular. José Francisco de Melo Neto, professor do Centro de Educação da UFPB, trouxe este conceito durante o debate "Educação Popular no Canadá e no Brasil"¹².

Os olhos dos protagonistas engajados no projeto de extensão popular transformaram meu olhar de estrangeira. Quando utilizo a palavra "minorias visíveis" com os colegas nordestinos, as reações críticas me levam a refletir que tenho de desmistificar as percepções do meu beco canadense (LAPERRIÈRE, 2011). Victor Valla (2007) explicou que "a conversão é um movimento de descentramento, uma mudança fundamental em termos do conjunto de experiências a partir do qual olhamos e entendemos o mundo, as possibilidades de ação no mundo e a construção de um mundo possível para todos". O estágio no projeto de extensão popular foi um momento intenso no qual me descentralizei do olhar de meu grupo social de origem. Revisitei o conceito de "auto-produção" de Touraine & Khosrokhavar (2000) e Zúñiga (1975, 1986, 2002a, 2002b, 2008). Estes autores defendem a tese de que a pessoa, como sujeito livre, é produtora do sentido de sua ação. Há uma relação da palavra à ação. Sem vivência, as palavras "idealizadas" precedem, determinam e substituem o ato concreto.

12 Seminário organizado pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, no dia 25 de julho 2007.

Os conflitos epistemológicos têm a mesma origem: considera-se o espaço pensado como uma confirmação do mundo real. De um lado, a educação popular encoraja a concepção de "ato-poder" de Mendel (1998): a re-apropriação da significação subjetiva dos atos pelos "executantes" como contraposição das relações de poder das classes dominantes na verticalidade universitária. Do outro lado, as palavras idealizadas (por exemplo, inclusão e participação) podem definir erroneamente a práxis vivida, como se ela fosse real. A ação idealizada (promoção da saúde, justiça social, luta contra desigualdade, socialismo, educação popular no contexto acadêmico) não inclui nem a obstinação nem a intenção que o sujeito tenta exercer sobre o mundo. A resposta de Mendel (1998) é clara: o conceito de "ação" absorveu o "ato" como fenômeno, a ponto de ambos parecerem ter-se fusionado, terem se tornado intercambiáveis, mas sempre em favor do primeiro.

Os estudos de pós-doutorado no programa me propiciaram ocasião de participar de um encontro nacional em educação popular em saúde. Para avaliar a ação deste movimento estudantil, uma roda formada dos participantes debateu sobre o desempenho da extensão popular universitária nas universidades brasileiras. A um certo momento, os coordenadores nos convidaram a resumir em uma palavra a importância da educação popular para a sociedade. As trocas giraram entorno de "justiça social", "participação e cidadania", "inclusão social". Enquanto a maioria das respostas estudantis focalizavam em valores abstratos, a única participante de uma comunidade urbana apontou resultados bem concretos: "emprego" e "trabalho". Como se faz que nós, universitários, esquecemos do pão de cada dia? Me lembrei do sociólogo Pedro Demo (2001, p.125) que escreveu: "uma participação sem auto-sustentação é uma farsa".

Pedro Demo (2001) já discutiu sobre as divergências sobre a finalidade da participação cidadão. Muitas vezes, os acadêmicos atribuem os valores de consolidação da cidadania enquanto as associações da sociedade civil popular e o povo em geral apontam

a necessidade de responder em termos práticos as questões de sobrevivência material, como a geração de emprego e de renda. Demo (2001, p.129) sintetiza bem esta situação : "A comunidade cansa, quando entra no gargalo comum da discussão infinita, da reunião constante, da agitação pela agitação. Atinge-se facilmente nível exacerbado de excitação política. [...] Participar por participar é uma fórmula certa para matar a participação".

Quando o idealista permanece no mundo das ideias puras, o esforço pode se limitar a comparar a realidade com um modelo ideal. Zúñiga (1986, inédito) já tratou do paralelo entre certos motivos da ação humana e aqueles da perspectiva religiosa. Nesta, a pessoa considera que não é ela quem atua: é Deus quem atua através dela. O operário do campo do Senhor não pode conhecer completamente o resultado do trabalho dele nem a eficácia do esforço - nem é uma preocupação do ponto de vista teológico. O que deve ter claro é a pureza da intenção e a totalidade da entrega a esta. O trabalhador é avaliado como crente e como militante, mas não como um pleno criador da ação dele. Assim, o modelo teológico da ação humana, inclusivo da educação popular, torna impossível a avaliação destas práticas.

As praxis de educação popular necessitam uma análise mais rigorosa das formas "benevolentes" da opressão. Ao pensar que a opressão seja unicamente o resultado de atos violentos ou de manipulação mal-intencionada, o educador militante desvia do olhar as formas mais subtis e inconscientes de controle. A opressão é mais profunda quando atua por convencimento, e é mais eficaz quando é motivada por boas intenções. O amar não é garantia de respeito ao outro. O mistério profundo de toda ação de educação popular realizada para o outro, numa atitude de "dar o que mais quero" não é um grande presente: é uma projeção dos meus desejos, que podem ser tão opressores como um ato violento: aguenta porque o faço por seu bem. Se torna uma espécie de altruísmo irreflexivo.

Freire (1986) analisou o problema da pertença objetiva e subjetiva de classe social. Ele preparou instrumentos para analisar a realidade sociopolítico dos oprimidos. Todavia, a posição de classe, transmitida por gerações e reforçada por socialização, influencia o olhar elitista dos desejos para o outro. Ao pensar em desenvolver uma atitude popular, no sentido de uma relação de colaboração e de convivência inter-classes, veja inter-étnicas [pois, vivemos em sociedades cada vez mais pluralistas], um deve considerar o que não desaparece tão rápido, seja a estrutura das diferenças de estilos de vida cotidiana, nossos aprendizagens de como perceber o mundo e atuar nele - o conceito de habitus de Bourdieu (1996) como experiência social incorporada em nossas mentes, que podem ser identificações imaginárias e ilusoras de participação, cujas distinções aparecem nos campos das supostas alianças.

Nos anos 1960, já se debatia sobre as questões de desigualdade socioeconômica e colonização interna na América Latina. O antropólogo mexicano Rudolfo Stavenhagen (1981, 1992) criticou as interpretações que se tinham das sociedades latino-americanas, que fomentavam uma visão dualista entre regiões rural/urbana, índios/não-índios, entre os camponeses e as elites urbanas, em outras palavras entre o subdesenvolvimento de certas regiões (zonas arcaicas) em comparação com outras consideradas mais desenvolvidas (modernas).

Em 2018, em Manaus (Amazonas), o curso Realidade amazônica me ajudou nesta reflexão, quase existencial que tenho: Quais são os mecanismos de invisibilização das estruturas de poderes e de relações assimétricas entre as elites intelectuais acadêmicas e as populações consideradas como objetos de estudo e de intervenção de libertação? Como ressaltar as incoerências nas práticas ditas de libertação num contexto de internacionalização sem considerar as questões de classes sociais, historicidade e memória coletiva?



*Imagem 17. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Resgatarei aqui a metáfora que ofereceu Orlando Figes (2002) em *Natasha's Dance*. A cultural history of Russia, para utilizá-la em analogia com a da dinâmica de grupo no curso. Há uma cena em *Tolstoy's War and Peace* na qual Natasha Rostov, chegando da capital, é convidada a uma dança folclórica na casa do tio excêntrico, que vive numa simples cabana camponesa. Ela era uma jovem Condessa, educada à la française, de repente, se levanta e executa os movimentos na maior naturalidade do espírito da cultura russa, terminando a dança numa posição com um sorriso triunfal, na grande admiração da audiência! Bem que ela nunca tinha ouvido a música folclórica antes, foi como se os movimentos viessem de dentro do coração. Anishya, a "serf" estava admirada de ver esta graciosa Condessa, slim, vestida de sedas e velvets - tão diferente dela - ainda apta a compreender tudo que estava dentro dela, do seu país, do seu povo. Figes (2002, p.xxvi) se questiona: "O que permitiu Natasha, uma Condessa, de pegar tão instintivamente o ritmo da dança? Como podia entrar tão facilmente na cultura popular da aldeia, da qual, por educação e classe social, ela era muito distante? Tolstoy supunha que havia uma sensibilidade nativa que congregava de maneira universal uma nação. A dança de Natasha abre a discussão sobre o encontro de dois mundos diferentes: o da cultura das classes altas e o da cultura popular rural.

O símbolo da dança de Natasha expõe o potencial poder de transformação social das elites e classes altas numa sede de buscar a justificação de seu nacionalismo comum [Igreja, instituição, cerimonial, etc]. A elite glorificava as virtudes do seu povo - sua música, suas danças folclóricas, e sua coragem (FIGES, 2002) - enquanto superestimava as aptidões da nobreza e das classes intelectuais para liderar o povo. Nesta ideia de um "autêntico" relacionamento entre os intelectuais conscientizados e o povo, "revolucionários" [no contexto era literal, aqui gostaria de definir revolucionários, quem se considera um intermediário para mudança

social; uma espede de atitude evangelizadora secular que transcenderia implicitamente uma vontade de mudança espiritual].

Ali, as elites iriam escutar o povo da zona rural, suas famílias, suas tendências naturais de sabedoria comunitária e de solidariedade. Para a elite russa, o povo tinha um "innate Christian spirit", a "natural goodness", um espirito comunitário e uma cultura pura, não contaminada pelo egoísmo, a violência, as influencias das culturas estrangeiras, as elites, os centros urbanos, e o Estado [quase poderíamos recolher certas narrativas depois de uma visita em comunidade]. O intelectual formalizará em palavras escritas a "sabedoria comunitária" unindo as elites intelectuais [nós, padres, irmãs, laicos acadêmicos, etc.] aos pobres num discurso comum. [somos um só povo e um só corpo]

Eu me pergunto: Será que nos presumimos de um universalismo por "sermos missionários [num sentido geral] tão grande que nem nós questionamos sobre nossos próprios processos históricos e culturais? Aliás por que o chamado de educação popular nos entrega uma legitimidade que ultrapassa as convenções do país, de classes sociais, de cultura educativa, de posicionamento político? Minha interrogação é sobre a legitimidade, simbólica, nas motivações em até viver nas regiões ao Norte do Brasil (LAPERRIÈRE, 2017, 2019) como também o compromisso com populações imigrantes no Canadá.

Souza Santos fala da sociologia das ausências para explicar a ausência, ou seja, a omissão de certas dimensões no processo de problematização. Para não se meter de forma ingênua ou mesmo ideológica, há uma necessidade de desenvolver ferramentas e metodologias que encaram as contradições da realidade. As possibilidades de torturas, de assassinatos, de desaparecimentos, vistos como "acidentes" não são paranoias à toa (COHEN, 2012, LAPERRIÈRE, 2019). São realidades concretas de violência que vão enfrentar as pessoas inseridas nas comunidades de periferias

(aqui extrapolo o termo para setores amplos onde se vivem as massas dos marginalizados). Já vi corpos no chão, pessoas deslocadas por conflitos, jovens assaltados, etc. e outras formas de silenciamento de qualquer movimento que não está alinhado com o consenso implícito das comunidades. Mais recentemente, encontrei um militante das pastorais sociais, que esteve ativo na grande greve dos operários da zona industrial nos anos 80. Deste então, ele está fichado numa lista negra e assim impossibilitado de trabalhar formalmente numa empresa.

Marcio Souza formulou perguntas que são, ao meu ver, significativas hoje para problematizar a postura do estrangeiro mergulhando nesta terra amazônica, e que dá argumentos por um curso como aquele da Realidade Amazônica: "como pretendem defender a integridade da Amazônia sem conhecer o passado da região, sem compreender as peculiaridades de sua cultura e de seus costumes? Como podem tagarelar tanto sobre a Amazônia se da região nada se destaca mais do que o imenso silêncio a que está reduzida? O que fazer para romper com a barreira de desinformação que vem impedindo uma efetiva compreensão da questão?" (SOUZA, 1990, p.14). Sobre o desaparecimento do Chico Mendes e a "inesperada onda de preocupação e solidariedade internacionais" (p.13), os amigos da última hora como ele diz. Ele nos provoca ainda mais:

Porque nós, gente da Amazônia, ao aceitarmos a solidariedade, o fazemos pelo inelutável da situação, mas sabemos que muito pior do que a espoliação, que os desmandos, os assassinatos e a degradação do meio ambiente, é precisar de solidariedade. Quem oferece solidariedade, muitas vezes se julga justo e se apresenta impermeável. Se a exploração mata e arreventa, a solidariedade desfiava e asfixia. Contra a exploração é possível resistir,

mas não há nada que se possa fazer contra a solidariedade (SOUZA, 1990, p.16).

As ciências sociais norte-americanas e europeias tem capitalizado o câmbio social [mudança] como um valor abstrato, aparentemente consensual: parece que "é bom que as coisas mudem". Experiências dolorosas, como na antropologia (CASANOVA, 2002; STAVENHAGEN, 1981, 1971/1992) e nas ciências políticas (HOROWITZ, 1967/1974) têm mostrado a ingenuidade da suposta virtude intrínseca da mudança social. De qual mudança estamos falando? Mudança de que situação? Mudança positiva ou boa segundo quem? Com que custos previstos e assumidos? Quando a mudança socio-política parece ser evolutivo - sem custos aparentes - há pouca adversidade; quando é "radical" (ZÚÑIGA, 1975), a mudança transvia uma comunidade em seus fundamentos mesmos, e não pode senão marcar toda ação com os rastros da eleição dolorosa entre a preservação da ordem ou sua derrota. Como Horowitz denunciou tão forte, o câmbio social é "progresso e desenvolvimento" ou "insurgência e terrorismo".

Ao analisar o caso do Chile, Zúñiga (1975) analisou as influencias políticas como determinantes da produção dos conhecimentos: a versão social de um paradigma metodológico consiste em concentrar os esforços em um estudo de impotentes em situações de impotência. O rigor científico da metodologia de pesquisa se parece como o que o autor caricaturou com as regras da época do uso de maquinas de fotografar Brownies:

A fotografia segue três normas básicas: primeiro, manter o sujeito a uma certa distancia, se possível na mesma distancia da maquina em todas as tomadas, qualquer que seja o tópico. Este resolve o problema de enfoque, do ângulo e da perspectiva. Segundo, expor sempre os sujeitos de cara ao sol,

e fazer a fotografia no meio-dia. Este resolverá o problema da luz e das sombras indesejadas. Terceiro, dizer a estes sujeitos de não se mover. Isto facilitará a composição e controlará o “movimento”. Se se realiza estritamente estas três regras, se obterá um alto grado de confiabilidade. Os sujeitos se verão rígidos, com os ombros quadrados, distantes, como estatuas bizcas [pasmadas], más o orgulhoso dono da máquina terá a satisfação de não perder nunca uma foto. (ZÚÑIGA, 1975, p.41).

Nas ciências humanas, sociais e de saúde, a noção de controle da situação estudada tem regras semelhantes. Assim, o distanciamento pode ser considerado como um modo de evitar a subjetividade; a claridade máxima como o uso de instrumentos prévios; e as restrições dos movimentos sociais como maneira de limitar as variações durante o estudo. Todos são maximizados cuidadosamente com o fim de levar a situação estudada o mais cerco possível da rede de significados conceptuais donde há que interpretar, e longe do caos de um mundo de dimensões infinitas e efeitos recíprocos. A estratégia metodológica consiste em concentrar a análise aos atores que se pode estudar, quer dizer, controlar mais facilmente a situação em que se pode pesquisar, assim, controlar melhor em geral.

Quando alguém estabelece um contato direto com a realidade; o indivíduo adquire conhecimentos e os utiliza sem necessitar de regras estritas de justificação e de evidência (POLANYI, 1964, p. 403). Mintzberg e Srinivas (2010) distinguem o desempenho do doer [trabalhador local, aquele que faz] daquela função do helper [colaborador, apoiador da ação do trabalhador local]. O trabalhador insere-se no contexto local; enquanto o colaborador apoiador é um cosmopolita que assessora de fora. "Trabalho" evoca atividade, esforço, fadiga. As imagens associadas com este são aquelas de

um esforço físico nas manifestações as mais visíveis: a atividade muscular, o esforço de uma pessoa para vencer a resistência de uma matéria inerte, como abater uma árvore, ou para vencer uma força que o opõe, como remar contra a correnteza. Um trabalhador que manipula, que manufatura - literalmente, que faz com as mãos dele - é um artesão (SENNETT, 2008), mas também, um artista, quando realiza materialmente uma obra que ele tem inicialmente conceitualizado.

Literalmente nos termos, aquele que produz uma obra - um obreiro - pode também ser chamado de um operador porque ele opera. A ação dele é assim uma operação, uma "obra" e esta ação é trabalho. Ela representa uma síntese entre uma ideia diretriz e uma atividade que a orienta, que tira o sentido na ideia e sua eficácia nesta atividade (ZÚÑIGA, 1986). E somente quando a ideia é predeterminada, quando a atividade necessária para a realizar é totalmente previsível e decidida com antecedência, que o "trabalho" se torna uma rotina, uma atividade física sem refletir. E quando a ideia desta atividade é ditada por uma pessoa outra que o realizador, o "trabalho" se separa em concepção e execução; em sector social "pensante" e em sector social "obreiro"; em conceptualizadores e em executantes; em "padrões" e em "empregados"; em "capital" e em "trabalho". Esta compreensão é aquela de uma forma política de organização social na sociedade; ela não é uma concepção abstrata e "divina" do trabalho (ZÚÑIGA, 2007, p.41).

Volto ao problema pontuado por Zúñiga : O que fazer?

Umhas pistas sobre a atitude popular poderiam ser na busca da identidade como artesão que materializa uma obra que tem inicialmente conceptualizado. Segundo Taylor (1989) citado por Zúñiga (in press), a identidade se define espontaneamente no "Quem sou eu?" na qual a resposta não será uma genealogia. A resposta está na compreensão do que por nós fica crucial. Saber quem eu sou é um subtema de saber qual é minha tomada de posições"

(TAYLOR, 1989). São meus compromissos e minhas identificações que definem minha identidade, que promovem o marco de referencia para determinar caso a caso o que é bom, valioso, que deveria fazer, que apoio e que me opõe.

Zúñiga (in press) tem uma definição original:

Quando 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.

Richard Sennett (2012), ao estudar em profundidade os rituais pelas quais as pessoas se juntam para trabalhar em cooperação, ressaltou a divisão entre a esquerda política e a esquerda social. A esquerda política se encontra nos movimentos militantes radicais no qual o focus tem por origem relações top-down [de cima para baixo] em contraste com a forma bottom-up [de baixo para cima]. A diferença entre a esquerda política e aquela social é uma das solidariedades nacionais e locais. A atitude da primeira enfatiza unidade [unity] enquanto a outra, a inclusão da diversidade. Querem more unidade ou mais inclusão dentro dos grupos, que poderiam ser grupos de educação popular?

Resido numa cooperativa de habitações mistas na qual tenho que conviver junto com famílias e pessoas de diferentes

backgrounds linguísticos, econômicos, sociais, políticos e étnicos. Utilizamos a cogestão participativa que se materializa em comitês e assembleias gerais. A "Coop" fica em um gueto de várias habitações sociais. No meu bairro, tem uma "Mesquita e restaurantes "Halal". Esta convivência necessita de uma atitude popular no sentido de cooperação e respeito mútuo. Sobretudo, a convivência cotidiana força uma conversão no modo de enxergar o outro.

Ao desenvolver uma perspectiva de pesquisa com atitude popular, eu proponho um componente de praxis reflexiva coletiva. Esta praxis é uma forma de objetivação da subjetividade (BOURDIEU, 2001) do próprio processo de conhecimento de uma realidade desafiadora. Vejo a necessidade de encorajar num processo coletivo - esta praxis é uma aprendizagem de como deveríamos continuar este questionamento, aliás como fazer para não parar de refletir frente aos desafios interculturais e sociopolíticos encontrados nas comunidades. Em outras palavras, é como podemos nos olhar de maneira objetiva. Seria o momento de entregar aos participantes a responsabilidade de um processo autônomo de prática reflexiva. Poderia por à reflexão os próprios relacionamentos inter e fora do grupo, uma prática da "sociedade que experimenta" [an experimenting society, ZUNIGA, 1976] ao longo de um curso de metodologia. Concretamente, poderiam se formar GAPs (grupo de apreciação compartilhada) para discutir os conflitos, os desconfortos, as observações, os posicionamentos, etc. em pequenos grupos, e mesmo se escrever sobre isto - o que permite uma meta-análise das reflexões para uma teorização das práticas transformadoras e conscientizadoras.

Referências bibliográficas

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: Sobre a Teoria Da Ação.** [trad. Mariza Correa]. São Paulo: Papirus. (1996).

BOURDIEU, Pierre. **Sciences de la science et réflexivité.** Paris : raisons d'agir. 2001.

CASANOVA, Pablo González. **Exploração, colonialismo e luta pela democracia na América Latina.** Petrópolis: Vozes. 2002

COHEN, Barry B. Conducting evaluation in contested terrain: challenges, methodology and approach in an American context. **Evaluation and Program Planning**, v. 35, p. 189-198. 2012.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista.** (6e ed.). São Paulo: Cortez. 2001.

FIGES, Orlando de. **Natasha's dance. a cultural history of Russia.** New York : Henry Holt. 2002.

FREIRE, Paulo. **Pédagogie des opprimés.** Paris: La Découverte, 1983.

HOROWITZ, I. **The rise and fall of project Camelot: studies in the relationship between social science and practical politics.** Cambridge, ma: the m.i.t. press. (original publicado em 1967). 1974.

LAPERRIÈRE, Hélène. O olhar de uma estrangeira sobre o projeto de extensão popular. Suas análises e percepções. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC (org). **Educação Popular na formação universitária: reflexões a partir de uma experiência.** Sao Paulo: Hucitec, 2011; 191-203. 2011.

LAPERRIÈRE, Hélène. **Self-reflection on emancipatory education practices with the “oppressed” in community health. reflective practice.** International and multidisciplinary

perspectives, 19:1, 14-25. doi:10.1080/14623943.2017.1299003. 2017.

LAPERRIÈRE, Hèlene. O problema metodológico e político de recolher evidências empíricas em regiões arriscadas da realidade amazônica: problematizações para a educação popular em saúde. **Revista Temas em Educação**, vol. 28, no 1, p. 212-230. 2019.

LAPERRIÈRE, Hèlene; ZÚÑIGA, Ricardo. **Sociopolitical determinants of an aids prevention program: multiple actors and vertical relation-ships of control and influence. Policy, politics & nursing practice, 7(2), 1-11.2006.**

MENDEL, Gerald. **L'acte est une aventure. Du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir.** Paris : La découverte, 1998.

MINTZBERG, Henry; SRINIVAS, Nidhi. Juxtaposing doers and helpers in development. **Community Development Journal**, v. 45, n.1, p. 39-57. 2010.

POLANYI, Michael. **Personal knowledge.** New York : Harper & Row. 1964.

SENNET, Richard. **The craftsman.** New Haven: Yale University Press. 2008.

SENNET, Richard. **Juntos. Os rituais, os prazeres e a politica de cooperação.** [trad. de Clovis Marques]. Rio de Janeiro: Record. 2019.

SOUZA, Márcio. **O empate de Chico Mendes.** São Paulo: Marco Zero. 1990.

STAVENHAGEN, Rodolfo. **Seven fallacies about latin america. in between underdevelopment and revolution. a latin american perspective** (pp. 1-20). New delhi, india: abhinav. 1981.

STAVENHAGEN, Rodolfo. Cómo descolonizar las ciencias sociales. In m. c. Salazar (ed.), **La investigación-acción**

participativa. inicios y desarrollos (pp. 37-64). buenos aires, argentina: humanitas. (original publicado em 1971). 1992.

TAYLOR, Charles. **Sources of the self: the making of the modern identity.** Cambridge, ma: Harvard university press. 1989.

TOURAINÉ, Alain; KHOSROKHAVAR, Farhad. **La recherche de soi. Dialogue sur le sujet.** Paris: Fayard. 2000.

VALLA, Victor Vincet. Problematizando o termo "conversão", a partir do campo religioso. In: Vasconcelos, E.M.; Tavares, M.T.G.; Fleuri, R.M.; Algebaile, E.B. & Valla, V.V. (eds), **A contribuição de Victor Valla ao pensamento da Educação Popular: diferentes olhares.** 2007.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. (org). **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo : Hucitec. 2006.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cadernos Cedex**, Campinas, vol. 29, no 79, p. 323-334. 2009.

ZÚÑIGA, Ricardo. the experimenting society and radical social reform. the role of the social scientist in chile's unidad popular experience. **American psychologist**, 99-115. [tradução de el papel del psicólogo social en américa latina, reproduzido de i. Martín-Baró (ed.), 1985, problemas de psicología social en américa latina, san salvador, El Salvador: uca.]. 1975.

ZÚÑIGA, Ricardo. **El trabajador olvidado.** Apunte de trabajo social. Santiago, Chile. (inédito). 1986.

ZÚÑIGA, Ricardo. **La subjetivación en la intervención comunitaria. Explorando una lectura.** Conferencia pronunciada en el V Congreso Internacional de Psicología Social de la Liberación, Guadalajara, Estado de Jalisco, México, 17/12/2002. 2002a.

ZÚÑIGA, Ricardo. Las resonancias prácticas de la metateoría en psicología social. In: MORALES, J. F. *et al* (Eds.). **Psicología Social**. Buenos Aires : Prentice-Hall, p.39-56. 2002b.

ZÚÑIGA, Ricardo. **L'évaluation dans l'action sociale. Autonomies et solidarités. (inédito). Montréal : U. de Montréal. 2007.**

ZÚÑIGA, Ricardo. Les recherches groupales dans l'action : la systématisation d'expériences et le schéma SWOT en Amérique latine. **Recherche qualitative**, v.28, n.3, 2009, 113-135. 2009.

ZÚÑIGA, Ricardo; LAPERRIÈRE, Hélène. A avaliação comunitária: conflitos verticais e ambigüidades metodológicas. In: Bosi, M.L.M. & al. (org), **Avaliação qualitativa de programas de saúde**. Enfoques emergentes [pp.118-144]. Petrópolis: Vozes. 2006.

Caminhos de construção inicial do vínculo com o território: relato da experiência de uma residente

Marina Stabile do Patrocínio

Situando minha trajetória até a residência de medicina de família e comunidade

Nasci em Goiânia-GO, mas morei em 5 cidades, uma delas Brasília - DF. Onde fiz morada por 6 anos, durante a famosa e incrível "época da faculdade". Escolhi fazer Medicina na Universidade Católica de Brasília. Durante os primeiros anos de faculdade, ainda na Semiologia, tive uma exemplar professora, Dra Luciana que dizia: "façam o curso de Medicina sem focar apenas na sua especialidade pretendida, vão aprender mais". Era apenas o começo e antes mesmo dessa fala, pensava exatamente isso. Por mais que minha especialidade pretendida fosse Dermatologia, não era só Dermatologia que queria aprender. Afinal, sonhava antes de tudo, em ser médica!

E assim, mergulhando nas profundezas de cada disciplina seguiram os semestres. A cada uma das disciplinas, uma impressão e uma conclusão, mas a certeza de que no corpo humano todas elas se integravam. E "montar esse quebra-cabeça" era o meu

grande fascínio. Cardio, Gastro, Endócrino, Ortopedia, Pneumo, Oftalmo, Psiquiatria, Ped, GO, Uro... achava interessante, porém notava que havia muita limitação em olhar pelo "todo". Claro, não posso dizer que Dermatologistas só tratam de "pele". Dr Eugênio ensinava na prática que pacientes portadores de Vitiligo muitas vezes necessitavam mais de uma palavra, um suporte psicológico e por vezes, psiquiátrico, do que simplesmente fazer um tratamento para diminuir a alteração de cor. E esse era meu encanto - cuidar do paciente de maneira integral.

Quando rodei em Medicina de Família e Comunidade (MFC), o coração bateu em um compasso diferente. Nela vi que era possível mesmo oferecer essa Medicina focada no paciente de forma mais global. Aí, eu que sempre quis Dermatologia, decidi que ainda faria Dermato um dia, mas antes, queria ser essa médica mais "completa". Quando, no final da faculdade, cheguei aquela época de "estou me formando, vou ser médica. A única e repetida pergunta era: "E agora?" Era época de pré- residência: tensão, nervosismo, plantões, estresse, estágios e ... muitas apostilas do MED acumuladas. Tudo isso aglomerado - em um ciclo crescente. No entanto, decidida que prestaria Dermato em Brasília e MFC em João Pessoa - PB e Florianópolis - SC. Nesses lugares pois sabia da "fama" de suas especialidades. Essas últimas cidades, pois sempre foi meu sonho morar um período da minha vida na praia e vi que a "época de residência" seria ideal para conciliar este combo: sonho & praia & residência. No fim, João Pessoa me escolheu como meu próximo destino para morar. Sendo assim, não poderia deixar passar a oportunidade. Larguei carro, pais, amigos, família, cachorros e vim viver esse sonho!

Concepção ampliada de territorialização

Quando tratamos sobre território a primeira imagem que surge à mente é o mapa. Muitas vezes confundimos os conceitos entre território e paisagem. Enquanto paisagem consiste em tudo aquilo que é perceptível através de nossos sentidos (tato, audição, olfato ou paladar); território faz referência à vida em sociedade, isto é, "os territórios [...] são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos" (SOUZA, 1995). Para reconhecer o território além da paisagem é preciso entender a dinâmica, o que realmente acontece naquele espaço, buscando encontrar quais são as características daquele local, especialmente entendendo o que essas características impactam no modo de pensar e agir daquela população.

Figura 10: O Territorio



Fonte: <https://pixabay.com/pt/illustrations/casa-home-estrutura-de-t%C3%B3picos-313396/>

Um mapa é necessário, pois delimita geograficamente sua área, mas obrigatoriamente, precisará considerar a dinâmica do espaço. Nesse contexto, nesse território é necessário que tenha uma instituição com capacidade de liderança, de mobilização e de utilização dos recursos. Então, o papel da equipe de saúde, de interagir com essa dinâmica. O território tem que permitir oportunidades de compreender essas relações, elementos que determinam saúde-espaço, diante disso, criar possibilidades, parcerias, para produzir saúde naquele espaço.

Ainda que q USF centre sua atenção na saúde das famílias, está implícita a necessidade de agir sobre o ambiente onde essas pessoas vivem. Para além do mapa, portanto, a USF planeja e atua. Mais amplo do que território, existe o conceito de territorialização, que baseia em parâmetros espaciais e temporais. Alguns autores consideram que a territorialização nada mais é do que um processo de "habitar um território" (KASTRUP, 2001). O ato de habitar faz referência à corporização de saberes e práticas, ou seja, saber que a equipe vai trabalhar numa perspectiva de explorar aquele território, tentar torna-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de se movimentar nele, percebendo alterações nas paisagens. Paisagens dinâmicas. Portanto, fluxos diversos, não só de conhecimento, não só técnico, não só racional; mas, pensado nos aspectos políticos, de comunicação, de afeto, de interação; que são detectáveis naquela área. É uma relação de sensibilidade com o território.

O território da saúde não é só físico ou geográfico, inclui trabalho e localidade. É a inscrição de sentidos no trabalho (CECCIM, 2005). Territorializar é não se conformar com o que está dado no mapa, se resulta em buscar a transformação daquela realidade. Concluímos então, que a forma, como os serviços de saúde se organizam, determina a saúde da população (STARFIELD, 2002).

Aproximação inicial com a equipe e o território

Primeiro dia, na Unidade de Saúde de Família (USF) Vila Saúde, fui recebida pela gerente Josicelma, professor Lindemberg e residentes da Multi. Na sala de Práticas Integrativas, havia um cartaz simples, mas marcante escrito: "Sejam bem-vindas Dra Marina e Dra Juliana". Por lá os R2 da Multi comandaram uma dinâmica de apresentação aos novatos, em que escrevíamos 7 palavras que definiriam várias áreas de nossas vidas. Ao final, formávamos um colar, nos apresentávamos e nos conhecíamos. Mais tarde, o futuro preceptor Luiz Otávio chegou, se apresentou e participou da reunião. Depois, Josicelma pegou uma garrafa abriu, nos deu um papel em branco e pediu para que escrevêssemos o que queríamos ser/ter/conquistar em nosso futuro. Em seguida, embrulhamos os papéis e colocamos dentro da garrafa. Explicou que ao final da residência, abriremos a garrafa e tiraremos nossas frustrações ou nossas conquistas.

No dia seguinte, estava marcada nossa visita ao território. Fomos caminhando, Agente de Saúde Comunitária (ACS) Josevandro, gerente Josicelma, Assistente Social Joelma, Dr. Lindemberg, R2 Multi Enfermeira Gabriela, R2 Multi Psicólogo André, R1 Multi Enfermeira Rosa, R1 Multi Nutricionista Isabel Cândida e eu, R1 de MFC. O ACS Josevandro nos guiava pelo território de uma manhã quente e ensolarada, passando e explicando sobre os principais limites do Jardim Itabaiana I, da USF Vila Saúde.

Dimensões territoriais

A USF Vila Saúde, localizada na Rua Engenheiro Sérgio Rubens de Albuquerque - Cristo, João Pessoa - PB, atua focada em três bases: matricial, assistencial e técnico-pedagógico. É composta

por 04 equipes: Jardim Itabaiana I, Jardim Itabaiana II, Pedra Branca I e Pedra Branca II e oferece à população serviços como: atendimento médico (consultas, pequenos procedimentos, Pré- Natal, visitas domiciliares, exames ginecológicos, participação nos grupos); atendimento de enfermagem (consultas, puericultura, Pré- Natal, coleta de colpocitologia oncótica, visita domiciliar, participação em grupos); atendimento técnico em enfermagem (aferição de pressão arterial, teste de glicemia, curativo, retirada de pontos, imunização, troca de sonda uretral, participação em grupos, e coleta de sangue); atendimento em saúde bucal (avaliação odontológica, restauração, limpeza de tártaro, extração simples, escovação supervisionada e aplicação de flúor), atendimento psicológico (consultas, grupos), atendimento com nutricionistas (consultas, grupos), atendimento com fisioterapeuta (consultas e terapias), auriculoterapia, terapia floral, horta medicinal, canto do chá, grupo de Mulheres e grupo de Saúde Mental (comandado por ACS Eolina), marcação de exames e consultas e dispensação de medicamentos de receituário simples.

A USF Vila Saúde possui 1 gerente e fisioterapeuta, Joscilma; 1 assistente social, Joelma; 1 psicóloga, Dayse; 1 preceptor clínico de residência médica, Dr Luiz Otávio; 1 preceptora de campo, Dra Danyela; 1 preceptora de núcleo, Dra Bruna. Além disso, conta com professores Eduardo (médico), Pedro (nutricionista), acadêmicos, internos, 1 residente da Clínica Médica, 4 enfermeiras, 5 médicos, 2 dentistas, 2 assistentes odontológicas, 2 profissionais de limpeza, 1 vigia, diversos ACS e técnicas de Enfermagem, 2 recepcionistas, estagiários de Enfermagem, integrantes do Práticas Integrais de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB) e residentes Multi (Farmácia, Psicologia, Nutrição e Enfermagem).

O território de Jardim Itabaiana I, da USF Vila Saúde, estimado a ter 3.650 habitantes, foi dividido em 8 microáreas, mas apenas 5 delas possuem cobertura. Os ACS responsáveis são Josevandro, Francineide, Jaciara, Rejane e Marilene. Dos outros

ACS, há 1 que está de licença maternidade, Fabiana e 1 que está em licença médica, fazendo tratamento para Fibromialgia em Portugal, Célia. A outra área não possui ACS.

Na região do Jardim Itabaiana I, da USF Vila Saúde encontram-se padarias, igrejas, farmácias, praça, depósitos de materiais de construção, centro de umbanda, Associação Promocional do Ancião Dr. João Meira de Menezes / Centro Residencial do Idoso (ASPAN), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), cemitério do Cristo, Instituto de Polícia Científica (IPC), uma escola particular até Ensino Fundamental, dois berçários e diversos pontos comerciais. É uma área com poder aquisitivo relativamente médio, mas há microáreas bem carentes, com vulnerabilidade social e insegurança.

A equipe de Jardim Itabaiana I é composta atualmente por 2 médicos, Dra Marina e Dr Fidel; 1 enfermeira Maria Lêda, 1 técnica de enfermagem: Maria das Graças, 1 dentista: Stefany; 1 recepcionista: Edileusa; 1 responsável pelo serviço de limpeza: Lúcia, além dos 5 ACS já citados. A equipe desenvolve consultas, visitas domiciliares, participação nos Grupos de Hipertensão e de Saúde Mental, ambos às quintas-feiras, das 7:30 às 11:00 na Igreja São Lucas e desenvolve também o projeto Dialogando com a Comunidade, última sexta-feira do mês, das 13:00 às 16:00, em uma calçada diferente a cada encontro para ouvir e instruir a comunidade sobre um tema.

Aprendizados do processo de aproximação inicial e territorialização

É marcante conhecer a comunidade, fora dos consultórios. Em cada visita, perambulando pelas ruas a pé pode conhecer melhor a paisagem, o território, a população e sua interação. Deparei-me com

diversas surpresas, abraços e cumprimentos durante as caminhadas pelas ruas. A cada casa que visitava começava a correlacionar os graus parentescos dos pacientes, aprendia melhor sobre sua história, compreendia suas condições, seu ambiente, seus planos... suas dinâmicas!

Tornei-me sensível a fazer parte da transformação de muitas realidades. Percebo que só pude chegar a essa somatória de impressões e conclusões porque pude conhecer e participar do que é de territorialização. O projeto Calçada Amiga, intitulado Dialogando com a Comunidade e os Grupos: Hiperdia e Mente Saudável, são também ferramentas para trabalharmos na territorialização. Uma vez que esses grupos possibilitam conhecer um pouco mais sobre saúde, histórias, culturas, economia, visões, questões políticas, religiosas ... e nos permite agir no processo saúde-doença.

Fazer territorialização é algo contínuo, uma experiência que adoro vivenciar e pretendo continuar trabalhando, tentando a cada nova aproximação me aperfeiçoar mais e continuar tentando transformar a realidade daquela população.

Pretendo atualizar esse trabalho de territorialização durante os 2 anos da residência.

É só o começo!



*Imagem 18. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Referências

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986, 2005.

KASTRUP, Virginia. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicol. Estud.*, v. 6, n.1, p.17-25, 2001.

SOUZA, Marcelo Lopes. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná, E. de; GOMES, Paulo Cesar da C.; CORRÊA, Roberto L. (org.). **Geografia: conceitos e temas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, p. 77-116.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/** Bárbara Starfield. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Territorialização na atenção primária à saúde: relatos de experiências e caminhos tecidos por residentes à luz de uma perspectiva popular

Bruno Oliveira Carneiro

Rodrigo Diniz de Sá

Alinne Urquiza de Medeiros Dias

Isaunir Verissimo Lopes

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Pelos caminhos do método cartográfico

Descrito primeiramente no final da década de 1960, pelos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari, a cartografia pode ser definida como a representação gráfica da saúde, da doença e das relações destas com o ser humano e destes entre si e com o ambiente (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013). É um mapa elaborado através de pesquisas, vivências e estudos sobre a situação em saúde de uma área, condições de vida, economia, afetos, relações interpessoais, problemas ambientais e suas consequências sobre o bem-estar, bem como redes de apoio, análise espacial das doenças, sua difusão, e o acesso aos serviços de saúde. É um desenho, que torna mais fácil - através dos dados colhidos-, tanto o conhecimento geral acerca de uma comunidade, quanto à visualização de problemas que

possam ser sanados; o que permite o desenvolvimento de estratégias que visem promover de forma integral a saúde de uma população.

Conforme Martines, Machado e Colvero (2013), a cartografia é uma metodologia para conhecimento da realidade em termos de descrição geográfica, processos produtivos que nela ocorrem e fluxo de sujeitos, de tal modo que, ao considerar a realidade como algo tão complexo, exige conhecimentos diversificados na sua construção, como geoprocessamento, biologia, história, conhecimento popular, e inúmeros outros saberes indispensáveis na elaboração desse retrato vivo.

Desse modo, a cartografia é uma importante metodologia nas pesquisas das áreas da saúde coletiva no Brasil, haja vista que sua proposta consiste em acompanhar os processos de subjetivação e produção do mundo, segundo Fernandes e Allgayer (2016). Pode-se afirmar que ela é diferente dos mapas geográficos convencionais e estáticos, pois trata-se de uma delimitação dinâmica, passível de ser conectada com múltiplas entradas e saídas, que se transforma constantemente, acompanhando as mudanças de movimentos de uma população e a transformação da paisagem pelo tempo e pelas pessoas que imprimem sua singularidade no território, tornando-o um conjunto de diferenças e semelhanças em contínua modificação. Pode ser considerada também uma proposta construída horizontalmente, disposta a levar em consideração as novidades e o que passou despercebido no processo da própria produção (FERNANDES; ALLGAYER, 2016).

Ante o exposto, a cartografia em saúde possibilita uma visão mais ampla do território e dos problemas de saúde da população adscrita. No entanto, para que essa ferramenta tenha aplicabilidade efetiva, é necessário que o mapa seja bem construído. Segundo Barcellos e Monken (2007), a qualidade de um mapa é tanto maior quanto melhores forem as bases cartográficas e os dados sobre os problemas de saúde. O mapa deve, portanto, obedecer a critérios da

cartografia tradicional - escala, legenda, orientação, precisão, entre outros; e os dados nele plotados devem ser completos e fidedignos à realidade da população estudada. Assim, o primeiro passo para montar o mapa de um problema de saúde é conseguir a base cartográfica, que podem ser obtidos através de recursos advindos de fontes diversas, como a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a prefeitura municipal e o próprio Sistema de Posicionamento Global (GPS) (BARCELLOS; BONKEN, 2007).

De posse dessa base, o cartógrafo-pesquisador segue para a sua experiência em campo, de modo que a pesquisa cartográfica deixa de ter foco na representação do objeto para se concentrar na construção de um plano comum, participativo e interventivo, e o pesquisador passa a dar vazão ao processo de subjetivação e à circulação de forças (PASSOS; KASTRUP, 2014).

Para entender um problema de saúde e impactar sobre ele, o pesquisador opera como cartógrafo, registrando no mapa todos os dados que envolvem a problemática em questão, bem como os equipamentos sociais e redes sociais secundárias vistos como possibilidades para melhoria das condições de vida da população. Porém, tudo isso é feito em concomitância com o estabelecimento de uma relação compartilhada entre os atores da pesquisa, o que permite, para além da coleta de informações, um convite a pensar junto o problema e criar intervenções coletivas que potencializem a forma de estar no mundo.

Desse modo, a metodologia cartográfica se apresenta como importante dispositivo para enfrentar as questões no campo da saúde coletiva, haja vista ser essa uma ferramenta dinâmica e mutável de produção de saberes acessados a partir da experiência do pesquisador e das redes de relações construídas em campo.

Pelos caminhos do mapeamento

O termo mapeamento é utilizado em diversos campos do conhecimento, como a biologia, física, administração, saúde, a geografia. Do ponto de vista geográfico, mapa é uma representação de determinada superfície terrestre, mantendo relações de redução, localização e projeção no plano (ALMEIDA, 2009).

Ao ser inserido no contexto da saúde, em especial na saúde coletiva, vários entendimentos surgem a respeito de seu conceito e de sua importância. Para Barcellos e Monken (2007), na construção do mapeamento, devem existir dados do ponto de vista cartográfico, como ruas, praças, casas, escolas, igrejas, rios, vegetação, morros, respeitando suas características do ponto de vista geográfico; e dados sobre os problemas de saúde do território, retirados de bases de dados do próprio Sistema Único de Saúde. Segundo os autores, isto é fundamental para que se percebam os riscos aos quais determinado território está submetido, integrando informações dos indicadores de saúde com as condições ambientais e sociais do território.

Por sua vez, de acordo com Brasil (2016), o mapeamento é uma estratégia que auxilia no reconhecimento de problemas de saúde de uma população e de aspectos concretos da realidade social, através de dois tipos de mapa, o de delimitação geográfica e o inteligente. O primeiro corresponde à representação da área adscrita, do ponto de vista geográfico, pertencente à equipe de saúde da família responsável, e tem o objetivo de promover sua visualização. Já o segundo é construído a partir de informações geográficas adicionadas por conteúdos econômicos, sociais, ambientais, demográficos, e objetiva adentrar em aspectos tradicionalmente esquecidas por uma abordagem mais conservadora do território. Assim, trata de evidenciar os caminhos das pessoas dentro do território, como são construídas as moradias, em que condições estão as reservas naturais

do território seja rios, matas, vegetação, que tipos de equipamentos sociais estão presentes, quais as áreas de vulnerabilidade social.

Quadro 1. Comparativo entre os tipos de mapas de acordo com Brasil (2016).

Mapa de delimitação geográfica	Mapa inteligente
Representa graficamente o território da população adscrita;	Mapa de delimitação geográfica acrescido de informações geográficas, ambientais, sociais, demográficas e de saúde;
Permite a visualização espacial da área;	Permite planejamento e objetiva melhorar a qualidade do serviço de saúde;
Pode ser exposto especialmente na recepção da USF;	Não deve ser exposta à população;
Identifica microáreas dos agentes comunitários de saúde, localização da USF e dos equipamentos sociais;	Identifica o fluxo da população através das ruas, infraestrutura urbanística, as condições de saneamento básico, as condições do meio ambiente, os principais equipamentos sociais, áreas de risco social ou vulnerabilidade;

Há, no entanto, pouca percepção quanto à influência de condições laborais, econômicas e de determinantes sociais na produção da territorialização. Esta abordagem é verificada em Pessoa et al (2013), em que se defende o mapeamento do ponto de vista participativo, ou seja, com o propósito de identificar necessidades de saúde de uma comunidade, levando em conta os condicionantes sociais de determinada patologia e a fluidez do território; de modo a serem construídos mapas social, ambiental e do trabalho, nos quais existem íntimas relações entre eles. Através de tais mapas, observar-se-iam transformações ambientais, laborativas e no modo de vida das pessoas, bem como suas relações e consequências para a saúde e a qualidade de vida da comunidade.

Segundo Pessoa et al (2013), o mapa social identifica problemas de ordem social como analfabetismo, populações em situação irregular de moradia, drogas, prostituição e possibilita a visualização das políticas públicas direcionadas a cada questão levantada, bem como o caráter intersetorial necessário para o enfrentamento deles. O mapa de natureza ambiental identifica os bens naturais existentes no território, suas mudanças no decorrer do tempo e o modo como elas ocorreram, revelando o impacto na vida coletiva (PESSOA et al, 2013). Por exemplo, poder-se-ia citar determinada comunidade que acessava rios como recurso naturais para uso da água e para a pesca e que passou a não poder mais contar com isso a partir da poluição de suas águas por deposição de resíduos tóxicos em seu trajeto. Já o mapa do trabalho deve evidenciar os tipos de ocupação que os moradores daquele território têm, os riscos relativos a cada ocupação, as relações entre as condições econômicas da população e trabalho. Tais levantamentos são sempre pensados a partir da influência do trabalho e da economia sobre cada aspecto levantado, associando os problemas citados com a exploração do trabalhador, da natureza e como o modo de produção interfere na produção de vida.

Quadro 2. Comparativo entre os tipos de mapas segundo Pessoa (2013).

Mapa social	Mapa ambiental	Mapa do trabalho
Identifica problemas de ordem social	Identifica os bens naturais existentes no território, mudanças no decorrer do tempo e o modo como elas ocorreram	Evidencia os tipos de ocupação dos moradores de determinado território
Visualiza as políticas públicas direcionadas a cada problema	Revela o impacto na vida coletiva	Identifica os riscos relativos a cada ocupação
Identifica o caráter intersetorial para a resolução dos problemas		Evidencia relações entre as condições econômicas da população e trabalho

O mapeamento pode ser visto como um olhar mais aprofundado de determinado aspecto da cartografia também, como as ocupações dos trabalhadores de determinado território, o comércio, a rede de educação como creches e escolas, os centros de vivência religiosa. Essa perspectiva defende que não só a observação do todo é importante, mas, também, a das partes e que ao realizá-las se alcançaria uma visão global do território.

Considerando a integralidade como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade

do sistema" (BRASIL, 1990), percebe-se que o mapeamento é fundamental pois permite um olhar amplo, a partir de um contexto histórico sobre as condições de vida da população pertencentes ao território, revelando quais as influências que elas possuem para a saúde da comunidade. É também uma ferramenta necessária para o fortalecimento da Medicina de Família e Comunidade, que tem como um de seus princípios ser influenciada pela comunidade de acordo com Lopes (2012), de modo que, ao lidar com problemas de ordem emocional, doenças crônicas, ou mesmo problemas agudos, identifique as condições de vida intrínsecas à população e que brotam quando surgem as doenças.

Pelos caminhos das redes de apoio social

O apoio social é considerado um importante instrumento de suporte material e emocional para um indivíduo com algum problema de saúde física, mental ou social visando garantir uma maior autonomia e bem estar, constituindo uma interface entre o sujeito e o sistema social do qual ele faz parte. O estabelecimento da rede de apoio pode ser um fator de proteção que fornece interações agradáveis e medidas de enfrentamento mais eficientes na resolução dos problemas referentes à vida do indivíduo. Segundo Brito e Koller (1999), rede de apoio social é um "conjunto de sistemas e de pessoas significativas, que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo". Podemos dizer que o apoio social é qualquer informação ou ajuda material, ofertado por grupos ou pessoas que resultam em efeitos emocionais e comportamentais que trazem benefícios para as pessoas envolvidas, fornecendo qualidade de vida e contribuindo para construir relações mais estáveis entre as pessoas envolvidas gerando um vínculo capaz de tornar o indivíduo

mais autônomo e com uma percepção mais ampla e clara da situação que o causa sofrimento (VALLA, 1999; TEIXEIRA; LEÃO, 2002).

Entre os tipos de apoio social, podemos citar a família, os vizinhos, a igreja, os grupos, os estabelecimentos de saúde, os espaços de lazer e de práticas esportivas, assim como outros dispositivos presentes na comunidade. Para Perrone (1999), este apoio possibilita a potencialização dos recursos e novas alternativas para a resolução de problemas favorecendo uma aprendizagem socialmente compartilhada. Tais espaços e pessoas auxiliam o indivíduo na superação das adversidades, contribui para seu crescimento pessoal, intercâmbio e reciprocidade de experiências cotidianas e informações úteis para superação de problemas vividos pelos atores envolvidos (BASTOS, 2000).

Quando nos referimos à rede de apoio social, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise. Esta rede é composta por um conjunto de fios interligados por nós onde cada nó corresponde a um ator e que são ligados por uma relação mais ou menos próxima com outros indivíduos ou grupos. Para Castel (1999), uma rede é definida como sendo um conjunto de nós interconectados. Estes nós possuem uma variedade de interligações que representa as ligações entre um ponto e outro, sendo estes contatos, a depender da qualidade da relação, mais ou menos firmes ou frouxos. Estas relações são fluídas a depender do momento, espaço ou situação em que se considera. Existe interações que em determinado espaço de tempo são mais sólidas, porém em outro momento pode se tornar mais conflituosa e vice-versa. (BRITO; KOLLER, 1999).

Pelos caminhos da história de vida

O método História de Vida é uma modalidade de estudo em abordagem qualitativa, cujo objetivo é apreender e compreender a vida conforme ela é relatada e interpretada pelo próprio autor; através desse método, procura-se compreender determinado contexto histórico, por meio do relato do sujeito sobre a realidade da qual ele fez ou faz parte (SPINDOLA; SANTOS, 2003). É um procedimento metodológico que utiliza a história de uma vida, narrada ao entrevistador tal qual foi vivenciada pelo sujeito, levando o pesquisador a focar o ponto de convergência ou divergência dos seres humanos, em suas condições sociais, da cultura e da práxis, assim como as relações socioestrutural e dinâmica da história (BERTAUX, 1980 apud RIBEIRO e SANTOS, 2000).

Ele é um dos quatro métodos da metodologia qualitativa biográfica, a saber: História Oral, Biografia, Autobiografia e História de Vida, e tem como principais características a preocupação com a criação de vínculo entre pesquisador e sujeito e a produção de sentido. A História de Vida propõe uma escuta comprometida, engajada e participativa. Da qualidade desse vínculo vai depender a qualidade da entrevista; além disso, sujeito e pesquisador se encontram num mesmo nível e vão juntos construindo o processo. Nessa relação de cumplicidade entre pesquisadores e sujeitos pesquisados, encontra-se a possibilidade daquele que narra sua história experimentar uma ressignificação de seu percurso e dar continuação à construção de um sentido frente a este relato endereçado (SILVA et al, 2007).

Para Silva et al (2007), ao se apropriar do social, o indivíduo nele inscreve sua marca e faz, em sua subjetividade, uma retradução deste social, reinventando-o a cada instante. O processo por ele experimentado exprime o "psicossocial" onde ele está inserido, no processo dialético de construção de sua própria identidade e de reconstrução social - mobilidade da história para a história de vida e da história de vida para o coletivo. Nesse sentido, Spindola e Santos (2003) afirmam que, ao ressaltar o momento histórico

vivido pelo sujeito, o método História de Vida é histórico, dinâmico e dialético: é histórico por remeter a um tempo passado; dinâmico, por apreender estruturas de relações sociais e processos de mudanças; e dialético, porque teoria e prática são colocados em confronto durante a investigação.

A técnica da coleta de dados deste método é a entrevista aberta, onde não deve haver perguntas pré-determinadas e padronizadas. O entrevistado deve ser estimulado a falar livremente sobre o tema que lhe é proposto, e a ordem em que os assuntos serão abordados será determinada pelas preocupações e ênfases que o sujeito dá aos assuntos em pauta. O pesquisador que utiliza o método História de Vida deve ter em mente que quem está na posição de comando é o entrevistado, que deve falar o que é importante para si. Além disso, deve saber que a cumplicidade é o pré-requisito para a boa informação e que, nesse processo, pesquisador e pesquisado inconscientemente se influenciam um ao outro, não apenas por palavras, mas também pelos gestos, olhares e outras manifestações do comportamento (RIBEIRO; SANTOS, 2000)

A entrevista é um momento de escuta atenta, sem ser passiva: o pesquisador deve interromper o mínimo possível; no entanto, ele pode se utilizar de algumas perguntas se desejar compreender mais sobre determinados assuntos e, outrossim, as informações devem ser sistematicamente confrontadas com as evidências disponíveis: quando se ouve algo que contradiz o que já foi dito, o investigador pode e deve solicitar mais explicações, utilizando-se para isso de maneiras sutis de abordagem, que não venham a inibir a fala do entrevistado. Deve-se utilizar linguagem comum, ao alcance dos entrevistados, sem duplo sentido e que não seja indutiva. Os dados da entrevista são armazenados em aparelho gravador de voz, para serem posteriormente transcritos e analisados. A entrevista se encerra quando se atinge um ponto de saturação, que é aquele em que os assuntos discutidos se esgotam e se tornam repetitivos.

A importância desse método para a "territorialização ampliada" está na possibilidade de compreensão do processo de como se deu a constituição de uma comunidade dentro de um território definido, por meio do olhar de quem foi protagonista nesse contexto, ainda que esse protagonismo não tenha merecido, à época, algum destaque ou importância histórica. Ao cruzarmos os dados de diversas "histórias de vida" sobre um mesmo processo de territorialização, tem-se um entendimento muito mais rico e fidedigno em relação à realidade que se pretende compreender.

Tecendo os caminhos no transcorrer da prática na aps: a experiência de três residentes em uma usf



*Imagem 19. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

As atividades de territorialização dos residentes de Medicina da Família e Comunidade da UFPB fazem parte do processo de utilização de técnicas de reconhecimento de determinada localidade através de ferramentas adquiridas ao longo da preceptoria em saúde coletiva, visando uma maior percepção por partes dos médicos residentes do local onde realizam sua atuação clínica e de promoção de saúde.

Durante a segunda metade do ano de 2016 e início de 2017 os residentes percorreram a sua área de abrangência conhecendo equipamentos sociais, líderes comunitários, pessoas que realizam práticas integrativas e complementares, benzedeadas e parteiras, entre outros atores importantes na vida diária da comunidade. Os residentes Rodrigo Diniz, Bruno Oliveira e Aline Urquiza percorreram este território, localizado inteiramente no bairro do Cristo Redentor, pertencentes a Unidade de Saúde da Família Vila Saúde, coletaram informações com moradores pré-selecionados, visitaram escolas e creches, acompanharam o funcionamento de cozinhas comunitárias e serviços de apoio à saúde da família, etc.

Na medida em que essa experiência procurou ser pautada pelos preceitos da Educação Popular em Saúde, guiando-se pelos caminhos metodológicos anteriormente citados no presente artigo, algumas potencialidades e desafios foram desvelados, conforme descreveremos a seguir.

No âmbito da equipe de Pedra Branca II, vinculada a rede de Saúde da Família (USF), o médico Bruno realizou visitas a moradores mais antigos da comunidade, como seu Américo e dona Dôra, que também é uma liderança comunitária, tendo sido conversado sobre a história da comunidade, de onde os moradores vieram, quais os aspectos econômicos, sociais, culturais, religiosos que os caracterizam, quais suas demandas para os trabalhadores da USF Vila Saúde, buscando uma aproximação com os moradores da comunidade Boa Esperança pela gestão da saúde.

Em agosto, dando continuidade à atividade, o médico residente buscou conhecer o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) onde foi discutida a importância deste serviço junto ao território de Pedra Branca II no que tange às pessoas com risco social, econômico e etário. Abordou-se os auxílios financeiros que a instituição pode disponibilizar às pessoas sem emprego, renda fixa, ou para as gestantes, como o enxoval do bebê, ou assistência dada àqueles que sofrem maus tratos por filhos, companheiros, cuidadores. Falou-se a respeito de grupos existentes na instituição para gestantes, idosos, que contam com a participação de profissionais de saúde e do CRAS, assim como grupos que funcionam em escolas; a rede CRER-SER foi apresentada e solicitada presença de profissionais de saúde em sua composição.

No mês de Setembro, o residente Bruno realizou visita à Escola Municipal de Ensino Fundamental Francisco Pereira da Nóbrega através de contato com a diretora Genilsa. Explicou-se as ações que a escola possui relacionadas à saúde, bem como a importância atribuída a ESF quando haviam palestras acerca de gravidez na adolescência, que, segundo a diretora, é um dos problemas mais frequentes na escola. Solicitou-se maior interação com a escola nesse sentido de reduzir o número de gestações indesejadas; foi sugerido palestras no auditório da escola, podendo usar o recurso do projetor, com os alunos, que estariam em número de até cinquenta. De acordo com a diretora, sempre ocorre abandono de pelo menos uma adolescente em função deste problema de gravidez em idade precoce.

No mês de outubro foi realizado por parte do médico residente Bruno visita à cozinha comunitária localizada na comunidade Bela Vista através de contato com Ana Rúbia. Trata-se de um programa do Ministério de Desenvolvimento social, que dá refeição a pessoas em situação de vulnerabilidade econômica, social, familiar. Os usuários são selecionados ou por meio de visitas de assistentes

sociais do CRAS, nos bairros que o possuem, ou através de visitas dos próprios trabalhadores da cozinha comunitária. Em João Pessoa, o programa existe há 4 anos e existem 5 cozinhas comunitárias, funcionando das 11:00 às 12:30, servindo, portanto, almoço para até 200 pessoas. Há planos para ampliação no sentido de outras refeições serem oferecidas e de aumentar a quantidade de usuários atendidos, porém são dependentes da gestão municipal e do repasse dado pela União aos municípios.

O cardápio tem sempre uma proteína e duas guarnições além de uma fruta como sobremesa e um copo de suco, elaborado por nutricionista. A cozinha recebe matéria-prima e a produção de alimentos é diária, não havendo a possibilidade de se levar os alimentos para a residência. Permite-se o livre abastecimento de alimentos, muitas vezes, a única refeição do dia dos usuários do serviço. É possível que haja desvinculação desde que se falte quatro vezes consecutivas. Também pode existir refeições para pacientes acamados, desde que haja alguém que possa levar a comida até o paciente.

Em janeiro de 2017 Bruno visitou o Centro de Referência em Educação Infantil (CREI), no qual conversou sobre o funcionamento da creche e suas relações com a saúde. Foi abordado a estrutura geral do centro educacional, como faixa etária da população atendida, número de vagas disponibilizadas e outras instituições do mesmo tipo existente no bairro do Cristo.

O trabalho realizado pela saúde se dá principalmente por parte da enfermagem, nutrição e odontologia que se dirigem à creche. A enfermagem aborda principalmente peso, altura e problemas de pele, ao passo que a odontologia trabalha mais com a questão da escovação dos dentes e a nutrição com alimentação saudável. Foi demandado pelas profissionais da creche maior atenção aos outros problemas de pele que porventura acometem as crianças, principalmente no que diz respeito a afastamento da entidade.

No contexto da equipe de Pedra Branca I, a médica Aline iniciou suas atividades no mês de julho com uma visita a um dos casais de moradores mais antigos da comunidade Pedra Branca I. A visita contou com a presença de uma agente comunitária de saúde (ACS) e de três graduandos do primeiro período do curso de Medicina da UFPB. Procurou-se descobrir a história de como se deu a constituição territorial da comunidade; quais foram e de onde vieram os atores do processo; qual o contexto político à época; e, por fim, como se organizava a comunidade, quais os equipamentos sociais da mesma, etc.

Em agosto a médica realizou uma visita à Cozinha Comunitária da região, que abrange os bairros circunvizinhos, como o Cristo Redentor e Rangel. A visita contou com a presença de uma ACS, de dois internos e de um aluno do segundo período do curso de Medicina da UFPB. Na visita, procuramos entender o funcionamento da cozinha comunitária, nos seguintes aspectos: que refeições são ofertadas, em que quantidade, qual o público que dela se beneficia, como é realizado o cadastramento dos usuários por ela acolhidos. Estes profissionais e acadêmicos tiveram a oportunidade de conhecer uma horta que existe dentro do próprio espaço onde funciona o estabelecimento da Cozinha Comunitária.

Aline realizou um mapeamento do território do Pedra Branca I no mês de setembro. Esta atividade foi feita na presença de uma turma de alunos do primeiro período do curso de Medicina da UFPB, além de contar com a presença do professor Pedro Cruz, bem como de cinco ACSs (das equipes Pedra Branca I e II). Nela fizeram um percurso abrangendo diversas ruas da Comunidade Boa Esperança, além de terem visitado a antiga horta comunitária e o local da nascente do rio que corta a região. Fizeram o reconhecimento de áreas vulneráveis, tanto do ponto de vista de risco de desabamentos (as barreiras), quanto de acúmulo de lixo doméstico. Procuramos identificar alguns dos equipamentos sociais locais, e tentar entender,

sob a perspectiva dos ACS, como se deu o processo de territorialização da região; quais as características/perfil dos moradores da mesma, como se organizavam em termos de liderança política e o que eles acham de seu acesso ao serviço de saúde ofertado na unidade Vila Saúde; quais eram as potencialidades e limitações do território e da comunidade; como se dava o processo de coleta de lixo e o abastecimento de água na região; quais conquistas a comunidade havia adquirido após anos de luta como, por exemplo, a identificação das ruas por nome e com CEP; entre outras questões. Após esse momento, realizou-se uma discussão em roda com os alunos, na USF Vila Saúde, a respeito de suas impressões sobre a territorialização realizada

No território da equipe de Jardim Itabaiana II, o médico residente Rodrigo iniciou seu processo de territorialização visitando no mês de junho a casa de uma antiga benzedeira/ curandeira/ rezadeira do bairro, Dona Dudui.

Durante a conversa a benzedeira explicou como são feitos os preparos com plantas e as orações que são feitas durante o processo de retirada dos males do corpo da pessoa doente. Relatou que usa uma folha de pião roxo para "chupas" as "mazelas" do espírito da pessoa afetada por algum mal. Dona Dudui refere que ao final das rezas a folha da planta fica "murcha" e que deve ser descartada por encontra-se carregada de "coisa ruim". Segundo a rezadeira suas ações já curaram inúmeros tipos de doenças, das mais variadas partes do corpo, curando inclusive pessoas com estado de saúde "condenado" pelos médicos.

No mês de Julho o médico residente visitou um antigo líder comunitário, Seu Manel, que desde os anos 70 luta pela posse de uma ocupação urbana em um terreno antes baldio auto-denominado pelos moradores de Favela. Seu Manel contou como eles organizaram a "invasão" e as dificuldades que passaram ao longo do tempo, e até hoje vivem essa realidade, de falta de emprego, renda, alimentação,

saneamento, moradia segura, violência policial e tráfico de drogas. Relata que até hoje não conseguiram a posse legal da área onde vivem e que as ameaças de despejo são constantes, com inúmeros casos de resistência às reintegrações de posse.

Em agosto foi a vez do residente visitar um equipamento social muito utilizado pelos moradores da localidade, a Escola Municipal Augusto do Anjos. Nesta oportunidade foi realizado conversa com a direção, professores, porteiros, inspetores e estudantes. A direção afirmou que o maior problema da escola é a evasão escolar, o tráfico de drogas, a falta de investimentos e a sexualidade precoce, bem como a disputa entre facções inimigas que causa muito medo e evasão escolar aos estudantes, familiares e funcionários da escola. Foi conversado a respeito da necessidade de uma maior integralidade entre os serviços de saúde e as instituições públicas de ensino básico.

No final do mês de setembro o residente visitou áreas de intensa vulnerabilidade que faz parte do seu território. Estas áreas são frequentadas por usuários do serviço que são alcoolistas crônicos e que reúne dezenas de homens adultos, adolescentes e algumas mulheres com problemas relacionados ao abuso de álcool. Os frequentadores destes locais chamam o lugar de "UTI", que, segundo eles, significa "última tentativa do indivíduo", e explicaram que usam esse termo pois ali se torna um espaço onde se encontram os usuários de álcool em estágio mais avançado de abuso (sic). Muitos frequentadores destes lugares falam com orgulho que ali não se usa outra droga, apenas cigarro e bebida alcoólica, sendo discriminado usuários de drogas ilícitas como crack e maconha. Nesta territorialização na área de abrangência da equipe jardim Itabaiana II foi encontrada pelo menos três ambientes como o descrito acima, sendo o alcoolismo um problema frequente em muitas localidades com baixo índice de desenvolvimento humano.

Em novembro o médico residente fez um mapeamento de todo seu território, avaliando o número de escolas públicas e

provadas e de ensino fundamental e médio. Avaliou também o crescimento e especulação imobiliários com inúmeros novos prédios verticais e casas vazias para alugar. Foi registrado em um mapa lugares como escolas, serviços de saúde, comunidades religiosas, áreas de risco de desabamento e acúmulo de água parada, a situação do cemitério que é um foco de depósito de larvas do mosquito transmissor da zika, dengue e chicungunya. Nesse percurso foi visto que inúmeras famílias vivem da criação de viveres para subsistência como a avicultura (galinhas) e suinocultura (poucos), além do uso de cavalo para tração de carroças.

Ao final deste processo todos os três residentes em Medicina de Família e Comunidade concordaram sobre o intenso valor em vários aspectos que pode trazer um processo de melhor conhecimento da área em que atuam como promotores de saúde e agentes transformadores da realidade local.

Referências

ALMEIDA, Rosângela Doin. **Do desenho ao mapa: iniciação cartográfica na escola**. São Paulo: Contxto, 2009.

ARROSSI, Silvina. Apoyo social y salud mental en las ciudades del Tercer Mundo - algunas consideraciones para su análisis. **Medio Ambiente y Urbanizacion**, n. 46, p. 25-34. 1993.

BARCELLOS, Christovam; MONKEN, Maurício. Instrumentos para diagnóstico sócio-sanitário no programa saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p.225-265.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Telessaúde Santa Catarina. Segunda Opinião Formativa. **Qual o objetivo e como elaborar o mapa do território adscrito pela equipe de saúde da família no contexto da Atenção Básica?** Santa Catarina, 2016.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

FERNANDES, Daniel; ALLGAYER, Mariana. A Cartografia como Metodologia de Investigação no Campo da Saúde Coletiva. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5, 2016, Porto. **Anais, Investigação Qualitativa em Saúde**. Porto: 2016. p. 1107 – 1110.

LOPES, José Mauro Ceratti. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre : Artmed, 2012. Cap. 1.

MARTINES, Wânia Regina Veiga.; MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 2, 2013.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal, Rev. Psicol**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 391-413, Mai/Ago 2013.

PESSOA, Vanira Matos; RIGOTTO, Raquel Maria; CARNEIRO, Fernando Ferreira and TEIXEIRA, Ana Cláudia de Araújo. Sentidos

e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, Ago. 2013.

RIBEIRO, Maria das Graças Martins; SANTOS, Rosângela da Silva. O método "história de vida" e seu uso em pesquisa de enfermagem com gestante HIV positivo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 47-54, abr 2000.

SILVA, Aline Pacheco; BARROS, Carolyne Reis; NOGUEIRA, Maria Luisa Magalhães; BARROS, Vanessa Andrade. "Conte-me sua história": reflexões sobre o método de história de vida. **Mosaico: estudos em psicologia**. Belo Horizonte, v.1, n.1, p. 25-35, jan 2007.

SPINDOLA, Thelma.; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.37, n.2, p.119-26, jun 2003.

VALLA, Victor Vincent. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M.V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Editora Loyola, 1998. p.151-80.

Significados da residência de medicina de família e comunidade no processo de trabalho de uma unidade em João Pessoa-PB-Brasil

Alinne Urquiza de Medeiros Dias

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Kátia Suely Queiros Silva Ribeiro

José Augusto de Sousa Rodrigues

Introdução

Este trabalho aborda o significado de um programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) para o processo de trabalho de equipes da Saúde da Família. O tema surgiu da intenção de se avaliar os impactos da RMFC da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) no trabalho de uma unidade onde, no ano de 2017, completaram-se quatro anos de atuação da residência.

A RMFC existe na UFPB desde 2010, a partir da parceria firmada entre a universidade e a Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP) e atua na USF estudada desde 2013. É formada por quatro médicos-residentes, dois docentes e um médico com formação em medicina de família e comunidade sendo preceptor

dos residentes na USF. Cada residente assume a função de médico em uma equipe desde o início das atividades da residência, responsabilizando-se pelos atendimentos clínicos, atividades coletivas, gerenciamento das agendas de atendimento e reuniões em equipe e pelas atividades de vigilância em saúde da população. Dessa forma, participa de maneira global no processo de trabalho tanto da equipe, quanto da unidade.

Desde que o programa entrou em vigor, pode-se dizer que houve algumas mudanças no processo de trabalho e nas ações de cuidado à saúde ofertadas na USF estudada, particularmente nos aspectos de: mudança na formatação do acolhimento e do acesso aos usuários e potencialização dos grupos de educação em saúde e do atendimento aos pacientes.



*Imagem 20. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Considerando a residência médica uma modalidade de aperfeiçoamento profissional, de maneira que o especializando adquira o máximo de habilidades possíveis para um adequado exercício profissional na área a que se propõe e considerando a MFC uma área de recente expansão na pós-graduação médica, pressupõe-se e espera-se que o desenvolvimento de suas atividades esteja repercutindo positivamente no processo de trabalho e nos resultados das ações em saúde da USF, apesar das eventuais dificuldades encontradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que independem da região considerada.

Esta pesquisa se justifica pela crescente importância e expansão que o programa de RMFC tem assumido nos últimos anos, tanto em nível nacional quanto estadual, de maneira que se faz necessária uma permanente avaliação de suas atividades, visando seu aperfeiçoamento para que haja melhorias na formação profissional e no atendimento à população.

Diante disso, o objetivo geral deste estudo é identificar os significados das ações desenvolvidas na RMFC no processo de trabalho da USF pesquisada, tomando como referência o olhar da equipe, da gestão e dos usuários da USF.

Metodologia

Foi realizado um estudo qualitativo e descritivo, na modalidade de pesquisa com *survey*. A USF estudada é uma das unidades-escola da cidade de João Pessoa (PB), recebe estudantes de graduação de alguns cursos da área de saúde de universidades do município, além de contemplar os programas de pós-graduação das residências médica e multiprofissional, na área de Saúde da Família e Comunidade. É uma unidade integrada, composta por quatro

equipes de saúde, responsável pelo atendimento de aproximadamente 13.000 usuários.

Cada uma das quatro equipes integradas à USF é composta por um enfermeiro, um odontólogo, um técnico em enfermagem, um técnico em saúde bucal e os agentes comunitários de saúde (ACS), que somam um total de 25 para as 4 equipes, divididos de acordo com as necessidades territoriais de cada equipe. A gerência da USF é exercida por profissionais vinculados ao NASF, bem como destacam-se profissionais com atuação vinculada a todas as equipes, sendo eles: farmacêutico, recepcionista, marcador de exames e de procedimentos junto a regulação de redes.

A amostra da pesquisa foi constituída a partir de sorteio por 17 pessoas, com representantes dos três segmentos: 2 membros da gestão da USF sendo 1 gerente da USF e 1 do Distrito Sanitário II do município, 11 profissionais sorteados de modo a contemplar todas as categorias e também representar as 4 equipes, constituindo então sendo um ACS de cada equipe, um marcador de exames e procedimentos, um recepcionista, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal e o profissional responsável pela farmácia e 4 usuários, sendo um vinculado a cada uma das quatro equipes. O sorteio dos usuários se deu por meio da seleção aleatória pelo número de prontuário da família. Dois dos quatro usuários inicialmente selecionados não compareceram à entrevista.

A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas gravadas em grupo focal. Todos os participantes estiveram presentes no mesmo grupo, o qual foi realizado no mês de novembro de 2017. Partiu-se de um roteiro de questões semiestruturadas previamente formulado, relacionado aos aspectos que se quiseram compreender em relação ao programa da residência médica. As perguntas foram as seguintes:

1) "Com a implantação da residência médica na USF, como você avalia o acolhimento e o acesso da população às consultas? Por quê?";

2) "Na sua opinião, houve alguma mudança no grau de resolutividade das ações médicas realizadas, entendendo-se que está, entre as competências de um médico de família, resolver aproximadamente 85% dos problemas apresentados pela população? Se possível, justifique a resposta".

Cabe pontuar que a referência ao acolhimento no roteiro de entrevista se deu pela centralidade que o mesmo possuiu, no momento estudado, para a organização do processo de trabalho da equipe pesquisada.

Previamente à entrevista do grupo, fez-se uma explanação sobre a implantação do programa da RMFC na USF, bem como a apresentação da pesquisa e seus aspectos éticos e posterior assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. A condução da pesquisa, no que tange a abordagem as pessoas participantes, foi orientada pelo que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. A construção desse estudo se deu de forma articulada a outro estudo mais amplo, o qual encontra-se registrado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da UFPB com CAAE nº 80194217.9.0000.8069.

A mediação do grupo foi realizada pela própria pesquisadora, que na ocasião era médica residente atuante na USF, sem, contudo, fazer interferência ou manifestar qualquer tipo de opinião na construção das falas, pensamentos e opiniões dos entrevistados, assumindo o papel exclusivo de mediadora do grupo de discussão.

A entrevista ocorreu na sala de reuniões da USF, no turno de reunião de equipe, de maneira que não prejudicasse os atendimentos. Ocorreu de forma satisfatória com participação espontânea de todos os presentes, embora não tenham todos

expressado suas opiniões diante de cada questionamento feito. O conteúdo das falas foi armazenado em aparelho gravador de voz. A entrevista do representante da gestão municipal foi feita em separado, na medida em que o mesmo não compareceu à entrevista grupal sob justificativa de que inúmeros compromissos devidos ao período de final de ano impossibilitariam a sua presença na data marcada para a coleta dos dados em grupo.

Cabe ressaltar que, no que concerne à análise dos dados coletados, a mesma seguiu a perspectiva da análise de conteúdo na perspectiva temática. Procedeu-se inicialmente com a transcrição da íntegra das falas dos entrevistados. Em seguida, decorreram duas leituras completas do material transcrito, seguindo-se de sistematização em um quadro organizativo, de todas as questões/significados/sentidos emergidos das falas, conforme esforço interpretativo da pesquisadora, particularmente no que tange às ideias dos entrevistados sobre cada uma das questões formuladas. Ou seja, para cada questão formulada, foram organizados conjuntos de ideias provindas das respostas. Para cada conjunto, foram destacados trechos ilustrativos a partir das falas, compondo então um quadro-síntese das informações que foram possíveis de serem coletadas a partir do esforço investigativo em curso.

Considerando o papel protagônico da pesquisadora na experiência estudada, priorizamos uma análise do material estudado à luz da perspectiva hermenêutica-dialética, de modo que se valorizou não apenas o esforço interpretativo da pesquisadora diante dos conteúdos manifestos nas falas dos entrevistados, mas ponderou-se também seu pensamento crítico e reflexivo diante do seu acervo-repertório histórico como autora e coautora da experiência estudada, agregando, portanto, a análise dos dados, a sua compreensão histórica do processo e as peculiaridades, movimentações e mudanças de seu cotidiano. Para tanto, orientou-se pelos preceitos de Jara Holliday¹ e Gadamer².

A análise das falas dos entrevistados destacou dois principais eixos aglutinadores de ideias, de reflexões e de problematizações em torno do objetivo geral do estudo. Foram eles: o acolhimento e acesso dos usuários a USF; e o grau de resolutividade das ações em saúde na USF.

Significados da residência no acolhimento e no acesso dos usuários à USF

Como dizem Silva et al.⁴ a discussão em torno dos conceitos de acesso e de acolhimento na APS resulta do crescimento de uma nova perspectiva de modelo assistencial presente na realidade brasileira, particularmente caracterizada pela ênfase na integração dos serviços do SUS e suas respectivas redes de atenção à saúde, bem como pela prioridade em dar respostas adequadas e resolutivas para as necessidades de saúde da população. Silva et al.⁴ acostam-se em Starfield e Franco, respectivamente para situar esses conceitos.

Starfield aborda a discussão de acesso a partir do uso oportuno dos serviços para o alcance dos melhores resultados possíveis, em termos de tempo e atendimento às necessidades de saúde. Envolve a experiência de uso do cidadão ao buscar o serviço de saúde como sua referência e associa cuidado com necessidades, ampliando o olhar do aspecto geográfico. Sobre o acolhimento, Franco [e colaboradores] apontam este dispositivo como uma possibilidade de aperfeiçoamento (ou inversão) da lógica de organização dos serviços de saúde, com foco na relação equipe de saúde-usuário. Para os autores, três aspectos são definidores para a compreensão do acolhimento: a universalidade, a presença de equipe multiprofissional e a base da humanização e cidadania nas relações de cuidado,

nos encontros da equipe de saúde e a comunidade e nos processos de escuta (SILVA ET AL, 2019, p.743)

Uma consideração importante a ser feita antes da exposição dos resultados sobre esse tópico é que, muitos entrevistados se referiram ao termo "acolhimento" correlacionando-o mais especificamente ao momento da *escuta qualificada* realizada nos turnos da manhã e da tarde, na primeira hora antes do início dos atendimentos na USF. Esse termo foi utilizado nessa perspectiva, embora se saiba que ele é bem mais abrangente do que o significado da escuta qualificada/triagem dos pacientes, porque assim a escuta é corriqueiramente chamada tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes da USF.

Sobre o "acolhimento" foi citado por uma das entrevistadas o quanto ele é importante por permitir um acesso mais equilibrado dos usuários aos atendimentos, uma vez que diminuiu o acesso por meio de facilidades de indicação de pacientes conhecidos por trabalhadores do serviço, em detrimento de outros que perdiam a oportunidade de serem consultados ("diminuiu o paternalismo"). Acrescentou ainda que, o acolhimento/escuta qualificada já existia antes do funcionamento da residência médica, no entanto, a partir do momento em que foi instituído por um médico residente de sua equipe a escuta coletiva, com a presença conjunta de todos os profissionais que a realizavam, facilitou-se o processo de trabalho na equipe, com a diminuição da sobrecarga para os trabalhadores e, ao mesmo tempo, por proporcionar uma interação maior entre eles sobre as demandas de atendimentos dos pacientes.

"[...] Facilitou muito porque antes, a gente enfrentava sozinho uma fila quilométrica de pacientes e,

além disso, a gente discute na hora se é caso para atendimento no mesmo dia ou se dá pra ser agendado". (E 6)

Esse raciocínio foi complementado pela fala de uma ACS e da Assistente Social, que atua na função de apoio/gerência na USF, no sentido de que a interação entre o médico residente e o restante da equipe potencializa a escuta qualificada não apenas por aumentar a resolutividade da mesma, mas também pelo caráter educativo que passa a existir nas trocas de informações e discussão de condutas durante o "acolhimento".

"[...] A presença do médico residente qualifica a equipe para o atendimento aos usuários". (E 11)

"[...] O acolhimento sendo realizado por toda a equipe facilitou o acesso aos usuários, principalmente pra coisas mais simples, que muitas vezes são resolvidas no próprio acolhimento, como um encaminhamento pra um oftalmologista, sem que o paciente tenha que ser agendado pra depois pra resolver isso" (E 2).

Nessa perspectiva, o sentido de acolhimento é reforçado por Beck e Minuzi⁵, afirmando que este, é um reorganizador do processo de trabalho, que busca ampliar o acesso e humanizar o atendimento. É mais que uma triagem ou escuta interessada, pois pressupõe um conjunto de atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Pode possibilitar a ampliação da capacidade de cada equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde⁵.

Na opinião da gestora municipal, a mudança da escuta qualificada para o formato coletivo foi importante, pois serve como um incentivo a que equipes de outras unidades possam aderir a mesma. Ainda sobre o processo de trabalho na USF, ela considerou a chegada da residência médica valiosa, e, particularmente, a postura da preceptoria, no sentido de mudar gradualmente, certas concepções e posturas de profissionais, até então sempre "muito resistentes a mudanças". Ressaltou ainda o quanto essa troca de experiências foi importante para os trabalhadores e para a USF como um todo.

Sobre essa resistência de profissionais no processo de trabalho e destacando o papel de "facilitador" e mediador que o preceptor assume nesse ambiente de ensino-serviço, Barreto et al.⁶ afirmam que a interdisciplinaridade é um dos princípios da APS, porém existem outras estruturas macropolíticas do poder que constroem obstáculos para a sua efetivação. Quando a realidade é o ponto de partida e alvo da atenção à saúde, ela já é interdisciplinar por si mesma, delineando assim, as práticas de saúde. Na USF, é importante a pactuação da equipe preceptora, construindo as programações de ensino em conjunto. Dessa forma, integra-se o educando a todas as pessoas da equipe, que passam a se sentir responsáveis pela aprendizagem dos estudantes.

Sobre o acesso dos usuários, uma auxiliar de saúde bucal comentou que não enxerga haver maiores barreiras para estes, uma vez que conseguem marcar consultas com os vários profissionais para, no máximo, o mesmo mês ou, dependendo da necessidade, para o mesmo dia. Comparou o acesso dos usuários do SUS com os da assistência suplementar, representada pelos planos de saúde, em que muitas vezes se esperam meses para o atendimento com determinados profissionais. Esta facilidade de acesso, por sua vez, já não foi constatada em estudo realizado por Van Stralen et al.⁷, que revelou uma má avaliação do acesso aos serviços de saúde da APS, tanto por profissionais quanto por usuários do SUS.

Ainda sobre o acesso dos usuários, uma paciente enxergou nos grupos operativos de saúde uma forma de acesso facilitado, uma vez que ela tem suas necessidades atendidas nos mesmos, que, além de serem mensais, são realizados dentro da própria comunidade e não no espaço físico da USF, que dista aproximadamente um quilômetro de sua casa, o que melhora o acesso físico.

"[...] É muito difícil eu vir pro posto de saúde; só venho quando tô nas últimas. Eu consigo minhas receitas no grupo que participo e que acontece todo mês e é bom porque não tenho que caminhar até aqui pra conseguir elas e ainda consigo falar com o médico". (E 14)

Com isso compreende-se que os grupos operativos, desenvolvidos pelas equipes de saúde da família são uma oferta do serviço e mais um ponto da rede social de cuidados dos usuários no território de referência⁸. A análise das falas dos entrevistados reforça que uma das principais contribuições da RMFC para a estruturação do serviço tem sido o fortalecimento da promoção sistemática dos grupos operativos como forma de construção compartilhada do cuidado em saúde, desenvolvendo-se mais próxima ao território e sua realidade concreta. Entende-se então que houve uma ênfase da ação dos residentes nos grupos de saúde enquanto modalidade de cuidado à saúde dos usuários e, conseqüentemente, de acesso dos pacientes a esses cuidados. Rocha⁹ comenta que as atividades em grupos na APS são uma alternativa às práticas assistenciais e permitem a possibilidade de intervir no processo saúde-doença de cada pessoa.

No entanto, a partir desse pensamento a respeito dos grupos, não se pode deixar escapar a questão de que alguns indivíduos tem adotado esses espaços como única forma de acesso ao serviço, distanciando-se cada vez mais do consultório. Sabe-se que os grupos

operativos são uma forma importante de acesso dos usuários e de cuidado no processo saúde-doença, que facilitam a assistência concomitante de um grupo de pessoas com doenças semelhantes e que potencializam o aspecto educativo e preventivo do cuidado, além de propiciarem espaço de interação social e consequente rede de apoio, porém, eles não substituem a avaliação clínica pormenorizada que é realizada em ambiente de consultório.

No entendimento da recepcionista, houve benefício no processo de trabalho, pontuando considerável diminuição nas filas que se formavam a cada turno de atendimento, pois a marcação das consultas se dava diretamente na recepção da USF. Ainda comentou que a organização dos horários de atendimentos, com determinação de hora marcada para os usuários agendados, sendo-lhes reservados os últimos horários de cada turno após os atendimentos dos casos agudos do dia, foi algo que organizou a dinâmica da USF, embora, em sua opinião, isso ainda não esteja ocorrendo de forma unânime nas quatro equipes de saúde.

Uma das usuárias reclamou do horário do acolhimento/escuta no turno da tarde, considerando-o muito cedo e, na opinião da dentista e da auxiliar de saúde bucal, o acolhimento deveria ocorrer apenas no turno da manhã. Ambas demandas demonstram inquietações por parte dos usuários e da equipe, quanto a organização do acolhimento na USF.

Vale ressaltar que o turno vespertino (12 às 16h), já é pré-estabelecido pela gestão municipal para o funcionamento das USF, porém torna-se compatível com o momento em que as pessoas tem seus compromissos diários, como almoço e a locomoção de muitos jovens para a escola.

Quanto a realização de escuta qualificada apenas pela manhã, deve-se ao fato de alguns profissionais referirem que esta não deveria ser a forma de abrir os atendimentos nos dois turnos na USF, indo de encontro a concepção da escuta como forma de operacionalização

do acolhimento para garantia do acesso com qualidade dos usuários em qualquer horário de funcionamento do serviço. Frente a isso, a residência deve agir na mediação das visões diferentes, afim de compor entendimentos e operar uma construção da dinâmica do serviço que seja coerente com a realidade comunitária e com os pensamentos e ideias dos trabalhadores. Tal mediação pode ocorrer pelo apoio em atividades como avaliação permanente e sistemática do serviço e de seu fluxo nas reuniões de equipe, bem como em ações como o estabelecimento de reuniões frequentes do conselho local de saúde.

Significados da residência para o grau de resolutividade das ações em saúde

Figura 11: Residentes



Fonte: <https://pixabay.com/pt/vectors/m%C3%A9dico-linha-arte-m%C3%A9dica-medicina-5180142/>

Esse tópico torna-se um desdobramento do anterior e a seu respeito foram feitas algumas considerações, de certa forma contraditórias entre si: se por um lado foi enfatizada a diminuição de encaminhamentos para determinados serviços da rede de saúde do município, por outro foi expressado o desejo do usuário se consultar com o especialista e, além disso, a constatação de que a solicitação de exames permanece elevada na Atenção Básica (AB) do município.

A diminuição de encaminhamentos à especialistas foi associada particularmente aos pequenos procedimentos cirúrgicos, bem como à inserção do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, feitos na USF pelos médicos residentes sob supervisão do preceptor. Esse aspecto foi ressaltado tanto pelo gestor quanto por trabalhadores da USF. Observado na fala seguinte:

"[...] Assim, sobre essa questão que você falou das pequenas cirurgias, melhorou muito porque antes tinha muito encaminhamento pra o CAIS Cristo e isso diminuiu bastante; hoje tá demorando uns dois meses pra o paciente conseguir se consultar no setor de pequenas cirurgias de lá". (E 9)

Ainda sobre o tema, um comentário foi feito pelo entrevistado cinco em relação às consultas clínicas, foi:

"[...] Ao ser atendido pelo médico residente, o paciente já vai sendo investigado sobre os seus sintomas, o médico já vai pedindo alguns exames e, mesmo que o paciente seja encaminhado, porque isso demora no sistema, até acontecer o encaminhamento o médico já pode ter resolvido muitas coisas pro paciente. Ele realiza um pré-atendimento". (E 5)

Isso demonstra o poder de resolutividade dos atendimentos clínicos do médico de família, resultando de consultas médicas bem realizadas, além da longitudinalidade do acompanhamento clínico e de uma boa relação médico-paciente. Características da atuação do médico de família que lhe permitem melhor coordenação do cuidado, além de facilitar o estabelecimento de boa parte dos diagnósticos de seus pacientes, sem que haja necessidade de solicitação excessiva de exames ou encaminhamentos à especialistas. Isso é algo positivo porque alivia a demanda dos níveis de atenção superior. Ainda que a referência dos usuários a outros setores da assistência venha a ocorrer, é possível que as necessidades do indivíduo sejam parcialmente resolvidas já na AB¹⁰.

Contrapondo-se a esse entendimento, uma das usuárias argumentou sobre a necessidade e importância de ser vista por um especialista, dependendo da necessidade apresentada.

"[...] Sobre os atendimentos eu acho bom, doutora, mas assim... tem coisas que a gente quer ser vista por um médico que seja focado naquele problema, por exemplo, se seu chego querendo ir pra um ginecologista porque eu tô com algum problema, assim, eu prefiro ser vista por um ginecologista, porque ele vai saber melhor o que eu tenho". (E 15)

Isso revela ainda incompreensão dos usuários sobre poder de resolutividade da AB e particularmente do médico de família, sem que ainda boa parte da população o saiba e mesmo sem o merecido destaque e reconhecimento pelos colegas de outras especialidades. O MFC é um clínico qualificado e deve ter um conhecimento da grande variedade de problemas das pessoas na comunidade, incluindo os menos frequentes, mas que ameaçam a vida, e as emergências tratáveis, em pessoas de todos os grupos etários. Deve ter sua prática clínica baseada no melhor conhecimento científico existente, e saber

adapta-lo à sua realidade de atuação e às necessidades individuais de cada um¹⁰.

Tal percepção da usuária certamente é devida à forma como a medicina vem sendo hegemonicamente exercida no Brasil há muitas décadas, com predominância do modelo biomédico de atuação, que valoriza as especialidades e subespecialidades médicas^{11,12}. Apesar de não ser uma especialidade médica recente, a MFC ainda é pouco valorizada e pouco reconhecida no Brasil, tanto dentro da própria classe médica, quanto pela população.

Sobre isso, estudo realizado por Van Stralen et al.⁷, que avaliou serviços da APS - comparando aqueles com e sem a ESF - no tocante a variáveis como elenco de serviços, coordenação de serviços e formação profissional, entre outras, revelou uma baixa avaliação da ESF pelos usuários. Os autores sugerem que isso seja reflexo de uma estratégia ainda em construção e ponderam, inferindo que talvez a dificuldade das estratégias da AB se deva a problemas sobre os quais a ESF não pode atuar, como por exemplo, as curtas jornadas de trabalho e a alta rotatividade dos médicos nesses serviços, os quais ainda tendem a não valorizar a especialidade da MFC.

A respeito da resolutividade das ações da residência médica, no tocante à solicitação de exames e de encaminhamentos e considerando dados objetivos obtidos das fichas do E-Sus, que são o atual meio de monitorização das ações na AB, a gestora que a quantidade de exames solicitados ainda é considerável, principalmente quando se consideram os de alta complexidade. Porém, ela acredita que uma formação profissional específica, que valorize o "toque", o exame clínico e uma anamnese bem feitos, seja bastante importante para diminuir essa sobrecarga do sistema.

"[...] Há ainda muitos profissionais que tem uma cultura de solicitação excessiva de exames, e não estou me referindo a USF, mas aos profissionais da

Atenção Básica como um todo; para tudo se pedem exames, muitas vezes atendendo aos pedidos dos pacientes. A gente percebe uma grande solicitação de exames de alta complexidade, que deveriam ser solicitados por especialistas".(E 13)

Analisando esse comentário que engloba todos os médicos da AB do município, é possível que essa constatação ocorra pelo motivo de que, por vezes os profissionais terem que refazer ou transcrever solicitações de exames anteriormente solicitados por especialistas que consultaram os pacientes, particularmente exames de alta complexidade. Mas é possível também que ainda esteja havendo uma grande solicitação de exames complementares por médicos residentes e isso precisaria ser revisto e monitorizado em conjunto com o PRMFC, caso se constatasse como verdadeira tal informação.

A gestora referiu, existir ainda mau preenchimento das fichas do E-Sus e o quanto isso dificulta o acompanhamento mensal dos indicadores da AB do município. Essa realidade é observada em outros municípios, uma vez que semelhante verificação foi feita no estudo realizado em Fortaleza (CE)¹³, que encontrou dificuldades para avaliar numericamente o percentual de encaminhamentos dos médicos-residentes, devido à inconsistência e insuficiência dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), até então utilizado para monitorização dos dados deste nível da assistência. Este mesmo estudo, no entanto, encontrou um percentual discretamente maior de encaminhamentos semanais (18%) do que o preconizado (15%) pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ao considerar a autoavaliação dos especializandos sobre este item.

Ainda sobre a resolutividade das ações em saúde após a chegada da residência médica, dois pontos foram tocados a parte e merecem ser destacados.

Um deles se refere à quebra de vínculo que ocorre a cada dois anos, quando da mudança do médico residente de cada equipe, ao final do período do programa de residência. O entrevistado 1 comentou o seguinte:

"[...] Na minha opinião, a vinda do médico residente foi muito boa pra unidade, mas eu acho que ele quebra completamente o vínculo com os pacientes, porque ele fica dois anos e depois sai... Na minha opinião, esse é o ponto ruim da residência, doutora".

Essa é uma questão bastante importante e delicada, uma vez que a longitudinalidade e o vínculo são traços fundamentais do exercício da MFC. De fato, a ruptura que ocorre pela mudança do residente que assume uma equipe, acaba sendo contraproducente à continuação do cuidado dos usuários e mesmo ao processo de trabalho da equipe.

Sabe-se o quão importante é o vínculo para relação médico-paciente e, conseqüentemente, para o sucesso dos cuidados ofertados. Hübner e Franco¹⁰ afirmam que um aspecto importante da organização do processo de trabalho diz respeito à diretriz do vínculo, isto é, a adscrição de clientela a determinada equipe de saúde, sendo esta, responsável pelo cuidado àquela população. O vínculo se refere também à responsabilização pelo usuário, o que fortalece a relação e o uso de dialogo no processo de trabalho, conduzindo a maiores ganhos de autonomia do usuário¹¹.

O vínculo é conseqüência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde, o que facilita a adesão popular ao serviço de saúde¹⁴. Esse último estudo comenta que a falta

de estabilidade dos profissionais, produz uma instabilidade no trabalho idealizado para o SUS, dada a fragmentação de vínculos estabelecidos, e que somente por meio do fortalecimento desse vínculo será possível um trabalho focado nas necessidades de saúde da população.

Infelizmente - sobre a quebra de vínculo que ocorre a cada troca de médico residente- esse é o modelo atualmente exercido nas residências em MFC não apenas no município. Um modelo que ainda é relativamente novo no que se refere a inexistência de médico fixo na equipe na qual o residente se vincula e, portanto, permanece em busca de aperfeiçoamentos. Cabe destacar que esse não é um problema só da Paraíba e da residência médica, mas das residências multiprofissionais e até da graduação, pois a chegada de estudantes mobiliza diversos processos ricos nas USFs e em seus territórios, porém a transição de equipes sempre é delicada e desafiadora. Mesmo que se evite, muitas ações organizativas do processo de trabalho têm lideranças e referências que, ficando atreladas somente a figura dos estudantes, torna-se difícil a sua continuidade, uma vez que faz parte do processo de formação dos profissionais sua saída do serviço. No caso da residência nas unidades-escola, a questão se torna mais delicada pelo fato de o residente ser o médico titular da equipe no período de sua residência.

A outra questão considerada e que merece destaque é a impressão de insegurança e inexperiência que alguns usuários parecem ter dos médicos residentes. Esse comentário foi feito por duas ACS's e pela auxiliar de saúde bucal.

"[...] outra coisa que os pacientes questionam muitas vezes é a questão da experiência de vocês, porque, assim, bem dizer, vocês tão começando a vida profissional agora, é diferente dos que tão há muito tempo atuando". (E 1)

"[...] o profissional, se ele não souber de algo, tem que tentar ao máximo não transparecer para o paciente que ele está com alguma dúvida, porque às vezes isso faz com que o usuário não tenha segurança no profissional".(E 2)

Tais comentários emergiram pelo fato dos residentes usarem livros para esclarecerem dúvidas durante as consultas, sendo isso considerado como motivo de insatisfação dos pacientes e julgando-os como inaptos para serem MFC. Esses comentários foram contra argumentados pela enfermeira, levantando a importância dos residentes continuarem se capacitando para atender as pessoas, ressaltando a importância dos estágios em ambulatórios e das aulas semanais, como propiciadoras de aperfeiçoamento técnico dos residentes.

Em estudo sobre o papel do preceptor, afirma-se que este espera que o aluno desenvolva a capacidade de acessar as informações certas para cada situação-problema. O educando deverá aprender a acessar as informações das mais variadas fontes, como biblioteca da própria USF, banco de dados em computador de mão, bibliotecas virtuais e base de dados como o *UpToDate*, entre outras. As informações virão também através de outros profissionais da rede de referência, além de movimentos sociais de usuários, amigos de turma etc., construindo, assim, uma rede de conhecimento que lhe possibilite maior resolutividade⁶.

Sobre a atitude referida de que os médicos residentes consultam livros durante as consultas, embora possa causar certo desconforto e má impressão em alguns pacientes, sabe-se que ela pode fazer parte do cotidiano desses profissionais, pelo fato de estarem em processo de aperfeiçoamento constante e pela USF em que estão inseridos ser uma unidade-escola.

No dia a dia dos atendimentos dos médicos residentes na USF, tanto os do primeiro quanto os do segundo ano, são comuns momentos de discussão de casos clínicos entre residentes e o preceptor ou o professor, com a participação muitas vezes dos alunos da graduação; bem como as consultas ao recurso telefônico do Telessaúde, ou mesmo compartilhamento de dúvidas através de aplicativos de mensagens dos aparelhos celulares, seja durante ou após as consultas clínicas. E isso tudo é muito rico porque propicia a criação de uma verdadeira "junta clínica virtual", quando não, real, com uma "rede de mentes pensantes" acerca do problema que se quer solucionar.

Propicia-se ao residente uma grande troca de informações que, quase sempre, elucidam a dúvida diagnóstica ou terapêutica, evitando ou postergando encaminhamentos e solicitação de exames e melhorando a qualidade do cuidado ofertado.

Por outro lado, é importante levar em consideração a ressalva das três profissionais, no sentido de que esse "hábito" possa estar repercutindo negativamente, talvez por alguma falha de comunicação entre os sujeitos envolvidos. Embora haja a intenção, de proporcionar o melhor cuidado que lhes esteja ao alcance, é possível que o "gesto" utilizado para esse fim não esteja sendo recebido com o mesmo entendimento pelo usuário e integrantes da própria equipe podendo ser nocivo à produção do cuidado.

Evidentemente, para o fortalecimento do processo de trabalho do vínculo com os pacientes, é necessário um diálogo contínuo com usuários e trabalhadores da USF, acerca da dinâmica da residência médica, sobre esse jeito "particular" de produzir cuidado, perpassado por conflitos que possam surgir em profissionais que, por um lado, assumem as responsabilidades de uma equipe, por estarem diretamente na assistência e, por outro, estão em plena construção de um modo de pensar e fazer saúde, na especialidade que escolheram para si.



*Imagem 21. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

Considerações Finais

A compreensão dos significados das ações do programa de RMFC na concepção dos entrevistados, resulta em uma avaliação positiva. Os principais pontos positivos apontados centram-se no aperfeiçoamento da escuta qualificada, na melhora dos atendimentos médicos prestados, que primam por uma abordagem integral e criteriosa dos usuários e de suas necessidades, na diminuição de encaminhamentos a outros setores da assistência e na melhoria da qualidade dos grupos operativos de saúde que, foram também entendidos enquanto ampliação do acesso. A diminuição dos encaminhamentos a outras especialidades foi relacionada, basicamente, à realização dos pequenos procedimentos cirúrgicos e da inserção do DIU de cobre.

A melhor desenvoltura dos grupos de saúde esteve condicionada à interação entre os profissionais das residências médica e multiprofissional em saúde e também pela participação ativa de alunos de cursos de graduação. Outro ponto positivo é a importância da atuação da preceptoria do programa por, aos poucos estar conseguindo reverter a resistência às mudanças de alguns trabalhadores no que se refere ao processo de trabalho da USF. Compreende-se que isso foi possível pelo fato da residência ter implementado no cotidiano da USF momentos de estudo, de problematização e de autogestão das ações do serviço. Isso contribui, portanto, para a ampliação e a qualificação de espaços de educação permanente em saúde, através dos quais se desenvolvem mudanças no processo de trabalho das equipes.

Os aspectos negativos apontados, foram a quebra do vínculo entre os médicos e os usuários e trabalhadores das equipes, a cada troca de turmas de residentes e a "inexperiência" dos especializandos, manifestada através de pesquisa em materiais didáticos durante as consultas, que esteve relacionada a uma baixa avaliação de alguns

usuários sobre a credibilidade do cuidado ofertado. Denota-se a necessidade de também refletir aspectos do processo formativo dos residentes, sobretudo no que se refere a dimensões como comunicação e como autoconfiança, de modo a superar essas questões.

Observa-se ainda, baixa compreensão dos usuários sobre potencialidades e poder de resolutividade de um médico de família, posto que ainda anseiam se consultar com outros especialistas.

São escassos os estudos na literatura brasileira que abordam os programas de RMFC, e a maioria deles, são desenvolvidos na modalidade de avaliação histórica sobre processo de implantação do programa e/ou de suas perspectivas futuras, ou fornecendo as ferramentas norteadoras para a implantação do mesmo. Apenas dois avaliaram a qualidade da formação e da assistência a partir da autoavaliação dos residentes, um complementou esta avaliação tomando por bases dados numéricos obtidos em sistemas de vigilância e de avaliação da AB. Por fim, outro estudo analisou a influência na formação dos médicos residentes da atuação conjunta a uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Não foram encontrados estudos abordando a qualidade da formação médica e da assistência prestada pelos residentes de MFC na ótica dos usuários, dos outros trabalhadores das equipes de saúde da família ou de gestores da AB do SUS. Ressalta-se a importância de novas pesquisas serem realizadas nessa perspectiva, além das anteriormente relatadas, a fim de que os frutos das experiências da implantação do programa, sejam compartilhados por todos os que acreditam na especialidade e em um SUS com uma APS de qualidade.

Espera-se que este estudo possa ampliar o olhar sobre as potencialidades e desafios do programa de residência em MFC, essa especialidade tão complexa, encantadora e significativa.

Referências

1. HOLLIDAY, Oscar Jara. **Para sistematizar experiências**. 2ª ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
2. GADAMER, Hans Georg. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes; 1999.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012.
4. SILVA, Larissa Ádna Neves; HARAYAMA, Rui Massato, FERNANDES, Franciane de Paula; LIMA, Juliana Gagno. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 742-754, Set. 2019
5. BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZI, Danielle. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**. 2008; 34(1-2):37-43.
6. BARRETO, Vitor Hugo Lima; MONTEIRO, Regina Onezifora da Silva; MAGALHÃES, Gustavo Sérgio de Godoy; ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre de; SOUZA, Lara Neves. O papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Rev. bras. educ. med.** 2011; 35(4):578-83.
7. VAN STRALEN, Cornelis Johannes; BELISÁRIO, Soraya Almeida; VAN STRALEN, Terezinha Berenice de Sousa; LIMA, Ângela Maria Dayrell de; MASSOTE, Alice Werneck; OLIVEIRA, Cláudia di Lorenzo. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro Oeste do Brasil. **Cad. saúde pública**. 2008; 24(supl. 1):148-58.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. ROCHA, Priscila Araújo. **A prática dos grupos educativos por enfermeiros na atenção primária à saúde** [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.
10. LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2012. 1 v. p. 01-12
11. HÜBNER, Luiz Carlos Moreira; FRANCO, Túlio Batista. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis**. 2007; 17(1):173-91.
12. RODRIGUES, Ricardo Donato. Programa de residência em medicina de família e comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. **Rev. bras. med. fam. e com.** 2007; 3(11):149-56.
13. RIBEIRO, Marco Tulio Aguiar Mourao. **Avaliação da implantação de programa de residência de Medicina de Família e Comunidade de larga escala em capital do Nordeste** [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.
14. MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virginia Paiva, MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Rev. esc. enf. USP**. 2009; 43(2):358-64.

A agenda de trabalho em uma unidade básica de saúde com residência em medicina de família e comunidade: o estudo de caso da equipe II do Grotão em João Pessoa-Paraíba-Brasil

*Hélio Batista de Araujo Terceiro,
André Luis Bonifácio de Carvalho*

Atenção básica como estratégica para a garantia de acesso

Frente à necessidade de construção de uma rede de cuidado para garantir acesso à saúde para toda a população, a Atenção Básica apresenta-se como espaço estratégico e estruturante, pelo potencial de inserção nos diversos territórios espalhados em todo o país, sobre os quais assume responsabilidade sanitária ao desenvolver ações dirigidas ao cuidado individual, familiar e coletivo.

Sendo assim, a Atenção Básica destaca-se como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde; desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada; realizada com equipe multiprofissional e dirigida

à população em território definido. A partir dessas ações, as equipes assumem responsabilidade sanitária. (1)

Outro aspecto a ser destacado é o fato de a Atenção Básica nortear-se por princípios e diretrizes, com ênfase na universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. **Assim, a agenda da Atenção Básica está centrada** no cuidado à pessoa, apontando para o desenvolvimento de ações de forma singularizada, as quais auxiliam a população a desenvolver conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões sobre o cuidado em saúde, de forma mais efetiva. Dessa forma, notabiliza-se por ser a principal porta de entrada, ofertando seus serviços a todas as pessoas, sendo proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual ou funcional. (1)

Nessa perspectiva, a Atenção Básica ganha uma natureza estruturante e estratégica para a constituição das redes de atenção à saúde, uma vez que unidades básicas são o tipo de serviço com maior grau de descentralização e capilaridade, pois lhes é característico a grande proximidade ao cotidiano das pessoas e coletivos em seus territórios. As equipes têm a possibilidade de vincular-se, responsabilizar-se e atuar em ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co)gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, os quais, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral. (2)



*Imagem 22. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

A partir de sua estrutura descentralizada, que garante proximidade ao cotidiano de vida das pessoas e dos coletivos presentes na comunidade, as equipes de saúde têm o potencial de desenvolver atividades de prevenção e promoção à saúde, assim como a construção de projetos terapêuticos singulares, que muitas vezes exigem a coordenação do cuidado articulado com outros níveis, para a garantia da integralidade. (2)

Segundo o Art. 4º da Portaria, Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) credita à Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. No Art. 5º da mesma portaria, destaca-se que a coexistência entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população.(1)

Cabe destacar que, embora as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atendam suas finalidades, é fato que os gestores do SUS ainda enfrentam vários desafios institucionais, na busca da ampliação e do melhoramento da qualidade dos serviços prestados à população, principalmente, nos médios e grandes centros urbanos. Esse fato que tem levado os gestores a buscarem o aperfeiçoamento das normas para o atendimento dos principais problemas de saúde do usuário/família/comunidade.

Dentre as medidas para o aprimoramento, destacam-se: a busca da revisão contínua sobre organização de trabalho das equipes; a incorporação de tecnologia de informação e comunicação; a qualificação do acompanhamento da avaliação da Atenção Básica e a utilização das informações para a tomada de decisão, sobretudo, as informações coletadas diretamente na comunidade adscrita.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como principal objetivo analisar os aspectos inerentes à construção da agenda de trabalho da equipe II, da UBS- Integrada do Grotão, à luz da percepção de atores estratégicos, no intuito de identificar os aspectos

que dificultam e facilitam sua organização, como também de apontar alternativas para sua qualificação.

A agenda de trabalho como dispositivo estratégico no âmbito da atenção básica

Como destacado, a Atenção Básica (AB) é definida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, a qual envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Portanto, a população que vive na área de responsabilidade de alguma UBS procura a unidade de saúde por vários motivos, como: busca de diagnóstico e tratamento de alguma doença; prevenção de doenças por meio da imunização ou exames de rastreamento; planejamento familiar; acompanhamento de doenças crônicas e recebimento regular de medicamentos; transferência para serviços especializados, entre outros.(3,4)

Segundo Tomasi *et al.* (2008), os sistemas de saúde baseados no fortalecimento da atenção básica estão organizados de modo a atender a maior parte dos problemas de saúde e a enfatizar ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos, resultando na interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do profissional que o conduz dentro do sistema e dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis. (5)

Cabe destacar que o acesso dependerá, em primeiro lugar, da disponibilidade do serviço e, em segundo, da capacidade dos sujeitos de transitarem pelo sistema de saúde, levando em conta, dentre outras, a situação econômica. Assim, a continuidade da utilização dos serviços passa a depender das características da demanda, da decisão médica, com base no diagnóstico sobre o problema do usuário e dos recursos disponíveis, afetando o número de vezes

que o indivíduo precisa retornar ao serviço, após o contato inicial, assim como o desfecho da problemática. (6,7)

Existem inúmeras formas de se organizar o trabalho da equipe de saúde da família, devendo-se levar em conta: (a) os aspectos locais, (b) os problemas de saúde específicos de cada lugar, (c) os costumes locais, os interesses e desejos dos usuários e (d) características da própria equipe e de seus modos preferenciais de trabalhar. Assim, uma boa agenda de trabalho é aquela que permite enfrentar os problemas de saúde da população, que satisfaça aos usuários, mas que também faça com que a equipe se sinta confortável e se reconheça no seu trabalho. (8)

Segundo a WHO (2006), o que os usuários esperam dos trabalhadores em saúde se modificou substantivamente nos últimos anos. Se, em períodos anteriores, a sociedade esperava dos trabalhadores da saúde apenas que tratassem de suas doenças estabelecidas, hoje esse quadro já é outro. Os serviços de saúde são procurados pelos mais diferentes motivos, desde a busca pelo tratamento das doenças já instaladas, até a obtenção de orientações e meios sobre como preveni-las. (9)

Essa situação alimenta uma das grandes dificuldades observadas no trabalho das equipes, que tem sido conciliar as ações clínicas individuais com os trabalhos em grupo e com as ações coletivas de saúde, como de resto em todo o trabalho na atenção básica, a atividade clínica depende de profissionais com formações diferenciadas (médicos, enfermeiros, entre outros), mas depende também da interação interdisciplinar entre essas diversas formas de exercício clínico existentes, interação que tem seu momento privilegiado no trabalho em equipe a elaboração conjunta de agendas visando à melhor utilização dos seus esforços.(8)

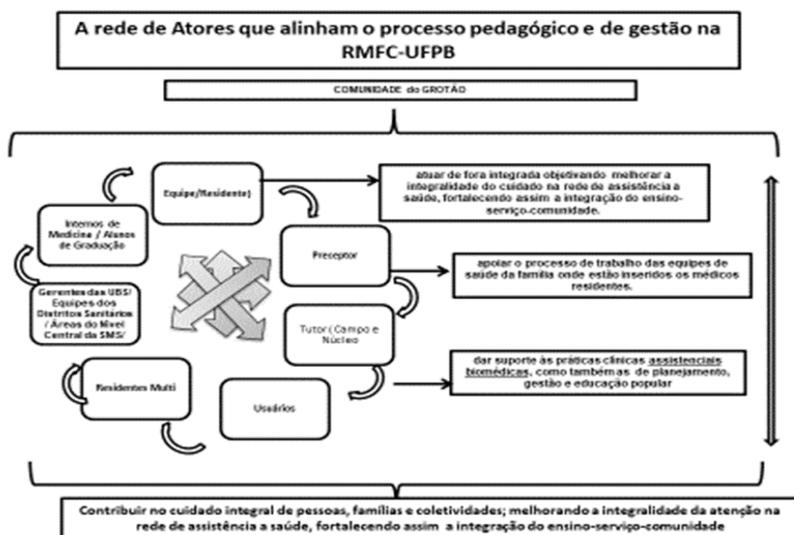
Sendo assim, a equipe precisa construir estratégias tanto para dar atenção aos pacientes vinculados a ações programadas, como também nas situações de sofrimento agudo, para que não haja

redução do vínculo e da confiança do usuário à equipe de saúde. Fica patente que a relação entre equipe e usuário fica fragilizada quando essa não pode apoiar o usuário na situação de maior necessidade. Dessa forma, é necessário conciliar todas essas atividades em uma agenda proativa e sincronizada com as necessidades dos usuários.

Uma abordagem sobre a dinâmica da agenda de trabalho da equipe II do Grotão, em João Pessoa

O espaço de estudo escolhido foi uma das Unidade Básica de Saúde (UBS) de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, onde existe a prática da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC), as quais seguem um modelo que integra quatro equipes de saúde da família, chamadas de Unidades Integradas. Na constituição da Rede Escola da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), essas unidades são preferenciais para a integração de atividades da graduação dos cursos de Medicina e de outros cursos da área de saúde, internato, além da própria residência em MFC e Multiprofissional. Com relação à residência, este desenho possibilita a inserção de vários residentes em uma mesma USF (média de quatro residentes), junto a um preceptor, potencializando o processo de educação permanente junto às equipes e favorecendo um trabalho mais integrado, conforme Matriz I abaixo.

Matriz I: Rede de Atores e estratégias pedagógicas e de gestão na UBS do Grotão.



Fonte: Produção dos autores (Terceiro&Carvalho, 2018).

Cabe destacar que a Unidade de Saúde do Grotão II foi fundada no ano 2000, e, a partir de março de 2012, passou a compor a equipe Integrada do Grotão, em conjunto com a equipe de saúde Grotão I, com posterior implantação da equipe Grotão III, cobrindo uma população de aproximadamente 7 mil habitantes. No que diz respeito à equipe II, a mesma tem uma população adscrita formada por 2.584 habitantes, compondo 743 famílias, distribuídas em um território que faz divisa com os bairros de Colinas do Sul e Presidente Médici, todos pertencentes à Zona Sul da Capital Paraibana. Nesse território, observa-se um número importante de conflitos sociais, em que a violência urbana tem destaque, bem como calçamento incompleto de suas ruas e rede de esgoto com falhas

estruturais. Além disso, há também a carência de outros aparelhos governamentais que garantam a assistência à população.

A dinâmica da agenda médica no serviço era formada por 8 turnos (cada um de 4 horas), dos quais apenas dois estavam vinculados ao atendimento à demanda espontânea, superlotando esses dois turnos. Um turno era destinado à reunião de equipe, e o restante (cinco) formado por demanda agendada (um de Pré-Natal, um de visita domiciliar, atendimento a pacientes hipertensos e diabéticos, de pacientes com dor crônica e um de saúde mental); esse último preenchido quase que totalmente pela atividade de renovação de receita.

Outro aspecto motivador diz respeito ao reconhecimento de que o trabalho em uma UBS requer planejamento, que não deve ser centralizado na figura apenas de um profissional, nem estar distante da realidade comunitária. Sendo assim, a resposta para as inúmeras necessidades não diz respeito exclusivamente à existência de um maior número de profissionais, ainda que isso possa ajudar na maioria das vezes.

Em muitos casos, é possível, a partir de uma reorganização do processo de trabalho e das formas de agendamento, oferecer um melhor acesso com os mesmos recursos profissionais. De acordo com Murray e Berwick (2003), ao atender as demandas reais e momentâneas, as consultas tornam-se mais objetivas (e mais rápidas). Os profissionais de saúde se sentem mais satisfeitos porque passam a lidar com situações clínicas em que podem aumentar a resolutividade. (10)

Tomando como base o exposto, ficou patente a fragilidade na organização da agenda programada, o que dificultava a realização de um atendimento qualificado e integral, preconizado nas premissas da Atenção Básica. Nesse contexto, a situação vivenciada na UBS-Grotão, equipe II, permitiu evidenciar um conjunto de fatores vinculados à implantação de uma agenda de trabalho no que tange

às suas potencialidades e dificuldades, influenciando, assim, nos processos e nas práticas de saúde vinculadas a uma atenção integral, contínua e mais humanizada a população usuária do serviço.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo de caso, que, segundo Yin (2009), envolve o estudo dentro de um ambiente ou contexto contemporâneo da vida real. Esse caso pode ser uma entidade concreta, um indivíduo, um pequeno grupo, uma organização, uma parceria e, em nível menos concreto, pode ser uma comunidade, um relacionamento, um processo de decisão ou um projeto específico. Para tanto, foram utilizadas múltiplas fontes de informação, na perspectiva de termos mais profundidade na observação dos fatos e da situação observada. (11)

O desenvolvimento da pesquisa segue os princípios da abordagem qualitativa que, para Minayo (2004), permite trabalhar com os universos dos significados e atitudes dos sujeitos, dando ênfase à maneira como os fenômenos ocorrem, possibilitando a operacionalização das concepções que emergem dos novos paradigmas, em especial, os que salientam a subjetividade humana em suas crenças, valores e práticas, em determinado contexto, e as repercussões em sua qualidade de vida. (12)

Como destacado, a referida análise dos processos envolveu a agenda de trabalho da equipe II, da Unidade de Saúde Integrada do Grotão, onde foram desenvolvidas práticas de formação em serviço capitaneadas pela RMFC da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir de março de 2017.

Para a construção do percurso metodológico da pesquisa, trabalhamos com a realização de entrevista aplicada aos gestores da UBS, do Distrito Sanitário II e usuários, como também realizamos

um grupo focal com os agentes comunitários de saúde. A escolha dos entrevistados deu a partir de uma leitura estratégica, com base na inserção dos atores na construção da agenda e na efetivação dos processos de trabalho da UBS Grotão II.

Sendo assim, no que tange à gestão, foram definidas as gerentes da UBS e do Distrito, a preceptora da RMFC e uma técnica ligada ao desenvolvimento das práticas integrativas e complementares na unidade. Com relação aos usuários, trabalhamos com os que estavam vinculados aos grupos em funcionamento na unidade de saúde, com aqueles que se dispuseram a participar da entrevistas e com os que eram maior de idade, com no mínimo um ano de vínculo com a equipe de saúde e que foram atendidos nos meses de novembro e dezembro de 2018, compreendendo um total de 79 usuários.

Optou-se pelo Grupo Focal com ACS's devido à particularidade do trabalho desses atores e de sua compreensão sobre Agenda de Trabalho. Buscamos, assim, a singularidade da voz desses sujeitos, a partir da construção de uma linha de convergência de falas, considerando os pontos abordados também o grupo como um dos atores da pesquisa e a construção situacional de sua perspectiva.

Para garantir uma linha de análise, foram trabalhados, tanto com a equipe de gerência, quanto com os ACS, temas considerados estratégicos, vinculados ao entendimento sobre Agenda de Trabalho (AGT), como dispositivo estratégico para a qualificação do trabalho, aspectos a serem considerados para a estruturação da AGT e quais os limites, possibilidades e estratégias para estruturação da AGT no âmbito da unidade de saúde. No que diz respeito aos usuários, a abordagem se deu com base na identificação de aspectos do acesso à UBS; no vínculo com a equipe, na capacidade de resolução dos problemas; na identificação da participação em grupos e nas necessidades de mudanças e melhorias na atenção prestada.

Para garantir o sigilo sobre a identidade dos atores vinculados à UBS e ao Distrito Sanitário II, foram estabelecidos nomes de plantas medicinais presentes na horta da própria unidade de saúde, definindo-se os seguintes nomes: Babosa, Boldo, Camomila, Capim-Santo, Cidreira, Insulina vegetal. Em relação aos usuários, os mesmos foram tratados com um coletivo o qual foi identificado como de usuário da equipe grotão II.

Portanto, o desenvolvimento das atividades aconteceu de forma sistêmica e sinérgica, a fim de permitir uma análise circunstanciada dos conteúdos captados, por meio das reflexões produzidas, através do exercício da triangulação de informações, permitindo a comparação e a avaliação situacional.

Antes da realização das entrevistas e do grupo focal, foi repassado, de forma explicativa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando-se o que estabelece a Resolução Nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Cabe destacar que a atividade foi autorizada pela Gerência de Educação Permanente da SMS-JP, por meio do Termo de Anuência Para Pesquisa, processo nº 11.991/2018. Assim, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde por meio da Plataforma Brasil (código: 156506/2018), preenchendo todos os requisitos formais.

Dialogado com os resultados

Da equipe e gerência:

O processo envolvendo a equipe e gerência foi composto, em sua totalidade, por mulheres, com 47 anos em média, lotadas há mais de 8 anos na UBS, isso particularmente no caso das ACS e da preceptora. As demais profissionais participam da dinâmica da equipe e do distrito

há pelo menos 2 anos, demonstrando, assim, um tempo razoável de vinculação à dinâmica da unidade de saúde.

Em relação ao **entendimento sobre Agenda de Trabalho (AGT) como dispositivo estratégico para a qualificação do trabalho**, houve uma importante coesão de falas, em que o termo "organização" surgiu em todas as vozes, fazendo referência ao processo de trabalho desenvolvido na UBS e no tocante ao seu planejamento. Todos afirmaram que a AGT tem uma importância central no trabalho em saúde e deve ser dirigida a partir das necessidades do usuário.

Cidreira afirmou que a AGT é uma ferramenta potencializadora do trabalho da equipe, uma vez que: "Através da agenda, visualiza-se a demanda existente que, por sua vez, deve ser de corresponsabilidade de todos os profissionais da equipe".

Para Boldo, a AGT não deve ser engessada ou burocratizada, além de ser transparente ao usuário, garantindo, assim, fluidez no processo de trabalho.

Isso dialoga, de forma bastante interessante, com a percepção de Capim Santo ao abordar as consequências de uma AGT qualificada, afirmando que: "Uma agenda de trabalho bem estruturada acalma o usuário".

Quando abordados os aspectos inerentes aos pontos a serem levados em consideração para a estruturação da AGT, destacaram-se o respeito aos tempos e ritmos da comunidade e seus aspectos culturais, bem como a presença da Residência Médica como favorecedora do processo de organização, como destacado abaixo.

Camomila: "A agenda deve estar em sintonia com a comunidade, para isso temos os ACS, para estreitar esse laço".

Babosa afirmou que: "*É necessário respeitar a cultura popular, a pluralidade de crenças presentes na comunidade, os diversos pensamentos e ideias presentes na comunidade*".

Por sua vez, **Capim-Santo** fez um destaque a respeito da presença da RMMFC, quando declara: "*Com a residência, o processo de organização da agenda ficou melhor, temos continuidade no trabalho. Foi uma influência bem positiva*".

Com relação aos limites para estruturação da AGT, os principais destaques foram: a) fragilidade na comunicação com o usuário; b) resistência e frágil compreensão dos trabalhadores sobre a importância da estruturação da AGT; c) dificuldade na comunicação interprofissional; dificuldade na comunicação entre trabalhadores da UBS e nível central (distrito/secretaria); d) fragilidade na formação profissional no que diz respeito à AGT; e) obstáculos em garantir, de forma ágil, o encaminhamento e exames solicitados pelos profissionais.

Destacamos as colocações realizadas por **Cidreira**, que destacou o fato de a agenda ser "*engessada*" e **Insulina**, que chamou a atenção para a baixa pontualidade dos profissionais, como "*um problema recorrente*".

Sobre os avanços conquistados, destacam-se: a) introdução das Práticas Integrativas Complementares (PICS) no âmbito do processo de trabalho da UBS; b) a implantação da horta como dispositivo de cuidado e acolhimento; c) avanço no diálogo interprofissional; d) formação de grupos com participação de usuários; e) melhor funcionamento da sala de observação.

Cidreira assevera: "*Criou-se diálogo entre profissionais sobre acolhimento e agenda de trabalho, além da discussão sobre protocolos de acolhimento e classificação de risco. Isso gerou mudanças de postura por parte de alguns profissionais*".

() Maior participação do médico e enfermeira no acolhimento também foi positivo. As PICS como dispositivo que traz os usuários para decisões dos processos da unidade”.

Capim-Santo e Insulina afirmaram que *“o aumento do número de atendimentos, após a chegada da residência, foi outro avanço real e significativo”.*

No que tange às possíveis estratégias a serem adotadas para fortalecer a AGT, destacaram-se a) a necessidade de estreitar o diálogo com a comunidade, b) o reforço a dispositivos de acolhimento, c) a ampliação da interface entre nível local e distrital, d) o estabelecimento, de forma sistemática, da reunião da equipe, e) a ampliação do conhecimento sobre a situação de saúde da comunidade.

Para **Boldo**, *“A equipe precisa se apropriar da condição de saúde da comunidade, ter agenda interligada com a realidade do território. É necessário explorar a Sala de situação, ali temos a realidade demonstrada ”*

Boldo, Insulina e Capim-Santo reforçaram o papel da *“sala de espera”, em conjunto ao acolhimento, como potencializadora do diálogo com usuários e, assim, da agenda.*

A relação com nível central também teve expressão dentre as falas, especialmente, a possibilidade de planejamento de ações e maior diálogo com o setor de regulação de exames e consultas. A necessidade de a equipe se encontrar periodicamente, a fim de planejar a AGT, foi percebida por alguns dos sujeitos, uma vez que as reuniões de equipe têm cumprido esse papel superficialmente.

Capim-Santo "É necessário garantir, de alguma forma, a sistemática das reuniões de equipe com a presença dos agentes de saúde. A reunião é o principal instrumento de planejamento, além de fortalecer ações em conjunto com o distrito sanitário".

Dos usuários:

Quanto aos usuários, 79 foram entrevistados; a maioria era mulher (74%), com mais de 30 anos (82%), de cor parda (63%); a maioria (51%) concluiu o ensino fundamental. A ocupação da maioria era de donas de casa (39%), seguida de aposentados (14%),

Quando se perguntou sobre a acessibilidade aos serviços, a maioria (62%) afirmou não ter dificuldades para chegar à unidade; em relação ao tempo de deslocamento, a maioria alegou demorar menos de 20 minutos de caminhada. Sobre o vínculo com a ACS, a maioria (94%) afirmou conhecê-las e informaram seu nome, quando questionado. Quando perguntados sobre os motivos da vinda à UBS, verificamos que o principal motivo (68%) era a consulta médica para solução de problemas. O restante relatou ter buscado a unidade para outras atividades, como: conseguir medicação de uso contínuo, participar da campanha do novembro azul, consulta de pré-natal, puericultura e participar de atividade de grupo.

Quando perguntados sobre a capacidade da resolução dos problemas, a quase totalidade dos usuários (95%) acredita que a UBS auxilia no cuidado com seus problemas de saúde; desses, (56%) afirmaram que todos ou a maioria dos problemas foram solucionados. Na mesma linha, quando perguntados sobre o acesso aos processos e práticas da UBS, destacou-se a prática do acolhimento com (76%) de bom ou ótimo; entre os que avaliaram o acolhimento de forma negativa, as queixas se vincularam à desorganização e à demora para ser atendido.

Sobre a participação de grupos de trabalho na UBS, em que pese a baixa participação (8%), todos os entrevistados destacaram que os grupos são importantes para a melhoria do atendimento à saúde. Cabe destacar que as alegações para não participar dos grupos foi a falta de tempo, a indisposição para sair de casa e o desconhecimento sobre a existência de grupos na UBS. Com relação aos entrevistados que participavam dos grupos de trabalho, a maioria estava vinculada ao grupo de auriculoterapia e de idosos.

Por fim, em que pese a maioria não querer mudar de unidade de saúde ou de equipe, quando perguntados sobre o que deveria melhorar no processo de trabalho da equipe, os usuários destacaram: a) tempo na espera do atendimento; b) tempo na espera pela marcação de exames e encaminhamentos para especialistas; c) medicações na farmácia, organização do acolhimento; d) melhor tratamento por parte dos profissionais; f) atraso dos profissionais; g) garantia de ter um médico no período de férias do profissional.

Com base na abordagem feita à gerência, à equipe e aos usuários, vemos que os desafios para construção de uma Agenda de Trabalho estão intimamente ligados à possibilidade do conhecimento sobre os problemas existentes na comunidade e os que estão atrelados às demandas da população.

Desse modo, observamos consenso entre a equipe e a gerência, para as quais a agenda é um instrumento para organização da demanda e do processo de planejamento, devendo ser organizada a partir das necessidades do usuário. Além disso, verificou-se nas falas a necessidade de estruturação do planejamento local e do incentivo ao trabalho multiprofissional, o que denota uma preocupação na existência de uma agenda centrada na figura do médico, situação que aparece reforçada nas afirmativas dos usuários sobre o principal motivo para a ida a unidade de saúde.

Sobre os limites para a estruturação da agenda de trabalho, a equipe e a gerência trouxeram a fragilidade de comunicação como

destaque, seja na relação dos trabalhadores com usuários, entre os trabalhadores e na relação desses com a gestão.

Considerando o acolhimento como um dos pilares programáticos, buscou-se incisivamente aperfeiçoá-lo, tendo como um dos dispositivos a implantação da horta, que trouxe a possibilidade de melhoria no vínculo com os usuários. Destaca-se aqui que a experiência de qualificação dos processos de acolhimento resultou em maior empenho e vigilância por parte dos profissionais, em particular no que se refere ao horário de chegada para início das atividades, mesmo esse sendo um ponto criticado pelos usuários.

A resistência às mudanças e a fragilidade na formação profissional foram também problemas levantados. É necessário atentar que a participação de todos profissionais na construção do processo de trabalho, na articulação e na participação das atividades de formação continuada, além de fazer parte das atribuições dos profissionais da atenção básica, mostra-se como uma estratégia potente a superar o modelo *medicocentradovigente*.

Os usuários veem a UBS como acessível, resolutiva e acolhedora, embora tenham surgido falas a respeito da dificuldade do acesso à UBS pelos seguintes fatores: demora no atendimento, fragilidade na organização de suas atividades - caracterizada pela demora nos encaminhamentos a especialidades - dificuldade na solicitação de exames e dificuldades no acesso a medicamentos para tratamento de comorbidades. Isso denota um cenário que se relaciona à dificuldade de mobilizar recursos no SUS, a fim de garantir a integralidade do cuidado, além das expectativas do usuário a respeito do papel que o sistema de saúde deve cumprir na condução de suas demandas individuais e coletivas.

Mesmo assim, cabe destacar que a maioria dos usuários avaliou que a UBS responde positivamente a suas demandas, avaliação que se repete em relação à equipe, com destaque para o vínculo com os agentes comunitários.



*Imagem 23. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*

A respeito dos avanços, a equipe e a gerência fizeram referência às práticas integrativas e complementares (PICS), atreladas ao surgimento de grupos envolvendo a participação dos usuários, com ênfase para a auriculoterapia. Mesmo com essa constatação, verificamos que ainda é baixa a adesão à sua prática entre os usuários. Outro aspecto diz respeito à melhoria da comunicação interpessoal e à organização da sala de situação, fatos que foram impulsionados com o início das atividades da RMMFC.

Sendo assim, observamos quão complexo e instigante é a temática inerente à agenda de trabalho de uma equipe de saúde, a qual não deve estar vinculada a um único profissional ou até mesmo a uma única equipe. Desse modo, é necessário avançar na garantia de uma atenção à saúde, em que o diálogo entre os sujeitos implicados na construção cotidiana do cuidado em saúde seja um componente estratégico. Portanto, fomentar a consolidação de estratégias de melhoria da agenda de trabalho, por meio do desenvolvimento das PICS, do processo de territorialização, da estruturação da sala de situação de grupos de trabalho como espaços de escuta, da organização do acesso a exames e a consultas em tempo hábil, ainda é um grande desafio, pela predominância de um modelo verticalizado que concorre cotidianamente com o esforço de se produzirem diálogos, encontros, movimentos e produzir saúde.

Eis um desafio para o qual não há um modo único de atuar, mas existem formas de construir. Essa foi a experiência vivenciada.

Conclusão

A experiência vivenciada no âmbito da Residência em Medicina de Família e Comunidade possibilitou um conjunto de aprendizados para além do saber médico, tradicional, biologicista e mecanicista, expandindo a percepção sobre o cuidado em saúde

e na relação com a comunidade, deslocando o núcleo do saber da figura do médico, para os diversos atores presentes no cenário de uma Unidade Básica de Saúde.

Utilizando o dispositivo da agenda de trabalho, podemos comprovar as diferentes perspectivas e necessidades dos trabalhadores, gestores e usuários que constroem suas relações em um espaço complexo e diverso, os quais, além dos aspectos técnicos, necessitam articular o diálogo, o conhecimento do território, a satisfação profissional e a credibilidade dos usuários com a equipe - UBS e a rede de serviços de saúde.

Por fim, registra-se a necessidade da implementação e aprofundamento dos estudos e dos espaços de discussão a respeito da Agenda de Trabalho, de forma continuada, a partir das necessidades do serviço e da comunidade, garantindo a participação do maior número de profissionais e usuários. Assim, romper o paradigma *biomédico* é imprescindível para o exercício do cuidado como a expressão de um processo pleno e integral.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL, Ministério da Saúde : PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017: **Política Nacional da Atenção Básica.**
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1) (2)
- 3 TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto; THUMÉ, Elaine; PICCINI, Roberto Xavier; OSORIO, Alessander; SILVEIRA, Denise Silva da, SIQUEIRA, Fernando Vinholes, TEIXEIRA,

Vanessa Andina; DILÉLIO, Aliteia Santiago; MAIA, Maria de Fátima Santos. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção; **Revista Brasileira de Medicina de família e Comunidade**; Florianópolis, 2011 Jul-Set; 6(20): 175-81 (3)

4. RADAELLI, Sônia Maria; TAKEDA, Sílvia M. Pasa; GIMENO, Luisa Isabel D.; WAGNER, Mário B.; KANTER, Flávio José; MELLO, Vera M. de; BORGES, João César; DUCAN, Bruce B.. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista de Saúde Pública**, 24: 232-240. 2011. (4)

5. FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; TEIXEIRA, Vanessa Andina; SILVEIRA, Denise Silva da; MAIA, Maria de Fátima Santos; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida; PANIZ, Vera Vieira; OSÓRIO, Alessandro. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad Saúde Pública** 2008; 24(Supl. 1):s159s172. (5)

6. CARVALHO, Marília S.; D'ORSI, Eleonora; PRATES, Enirtes C.; TOSCHI, Wálria D. M.; SHIRAIWA, Tizuko; CAMPOS, Tatiana P.; ELL, Érica; GARCIA, Norma L.; JUNQUEIRA, Ana Paula; SERRÃO, Simone A.; TAVARES, Elda L. Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede Pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil; **Cad Saúde Pública**. 1994; 10(1): 17-29. [http:// dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100003](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100003) (6)

7. PORTA, Miquel. **A dictionary of epidemiology**. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2008. (7)

8. PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica; in : Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. **Manual de práticas de atenção básica: saúde**

ampliada e compartilhada. São Paulo, 2008. 313-339 p. (Saúde em Debate; 190)

9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2006: Working Together for Health.**

10. MURRAY, Mark; BERWICK, Donald M.. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. EUA, **Rev. JAMA**, v.289, n.8, p: 1035-40, 2003.

11. YIN, Robert K. **Case Study research: Design and method** (4th ed), 2009; Thousand Oaks, CA: Sage.

12. MINAYO, Maria Cecília de Souza 2004. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** (8 a ed.) Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Alinne Urquiza de Medeiros Dias

Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (2012). Residência médica em Medicina de Família e Comunidade, pela UFPB (conclusão em março de 2017). Supervisora do programa Mais Médicos para o Brasil, desde março de 2017. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa (Unipê) desde março de 2018.

André Luis Bonifácio de Carvalho

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2016), Mestrado em Ciência da Informação pela Universidade Federal da Paraíba (2004), possui Residência em Medicina Preventiva e Social pela UFPB(1990) e graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (1988). Professor Adjunto 2 da Universidade Federal da Paraíba-DPS-CCM, tendo sido Secretário Municipal de Saúde de Campina Grande - PB (2002-2004), e no período de 2005 a 2016 ocupou cargos de gestão e direção no Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão do SUS, regionalização, articulação interfederativa, planejamento, monitoramento e avaliação.

Bruno Oliveira Carreiro

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba em 2015. Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal da Paraíba/Hospital Universitário Lauro Wanderley vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação de Educação, Ensino e Inovação em Medicina vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Médico-área/ Medicina de Família e Comunidade da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Possui experiência na área de atenção primária à saúde e preceptoria de estudantes da graduação em Medicina e Residência em MFC.

Eduardo Navarro Stotz

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1981), mestrado em História pela Universidade Federal Fluminense (1986) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1991). Atualmente é pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação popular, Movimentos sociais e saúde. Preside a Comissão Municipal da Verdade de Petrópolis

Eymard Mourão Vasconcelos

Possui graduação em Medicina (1975), mestrado em Educação (1986), doutorado em Medicina Tropical (1997), todos pela Universidade Federal de Minas Gerais e pós-doutorado em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. É professor aposentado do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, tendo atuado por 19

anos no Programa de Pós-Graduação em Educação. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Educação Popular e Saúde Comunitária, atuando principalmente nos seguintes temas: educação em saúde, educação popular, atenção primária à saúde, espiritualidade na saúde e extensão universitária. É o atual coordenador da Rede de Educação Popular e Saúde. Coordena ainda o Grupo de Pesquisa Educação Popular em Saúde

Hélène Laperrière

Professora associada da Faculty of Health Sciences, School of Nursing, University of Ottawa (Ontario) Canada. Fez Mestrado em Ciências de Enfermagem (University of Montreal, 2004), Ph.D em Saúde pública, opção Promoção da Saúde com Micro-Programa Evaluation and Analysis of Intervention in Health (University of Montreal, 2008) e Pós-doutorado em Educação, linha Educação popular em saúde (UFPB, 2009). As principais linhas de interesses são a avaliação comunitária, as relações entre a população civil popular e o Estado na Saúde pública, a educação popular em saúde e a formação dos profissionais em saúde de populações minoritárias. Tem trabalho com grupos comunitários e movimentos sociais no Estado do Amazonas (Brasil) e com a Coalizão dos organismos comunitários quebequenses de luta contra AIDS no Quebec (Canadá).

Hélio Batista de Araújo Terceiro

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG (2016). Possui residência médica em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2019).

Isaunir Verissimo Lopes

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba(UFPB) desde 2016. Residência em medicina de família e comunidade pela

UFPB, com campo de prática na unidade Vila Saúde- PSF, em João Pessoa no biênio 2017-2019. Atualmente atuando como médico de família e comunidade na prefeitura municipal de Araçagi-PB e como professor substituto da UFPB na área de saúde coletiva. cursando Especialização em Preceptoría de Medicina de família e comunidade da UNA-SUS/UFCSPA/SBMFC Ex -diretor de comunicação da Liga Acadêmica de Endocrinologia e Metabologia da Paraíba, da qual foi membro fundador. Foi bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde - Vigilância Epidemiológica) .

José Augusto de Sousa Rodrigues

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCCG-CFP (2018); e Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPGSC da Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2019). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Campina Grande. Membro do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular - EXTELAR da Universidade Federal da Paraíba.

Kátia Suely Queiros Silva Ribeiro

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Regional do Nordeste (atual Universidade Estadual da Paraíba), direcionou sua pós-graduação para a área de educação, tendo feito curso de especialização em metodologia do ensino superior, mestrado e doutorado em educação. Atualmente trabalha exclusivamente como docente da Universidade Federal da Paraíba, no curso de graduação em Fisioterapia, na área de saúde coletiva, desenvolvendo estudos, pesquisas e atividades de extensão, bem como publicações, neste campo. Essas atividades estão vinculadas ao Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC). Atua principalmente nos seguintes temas: fisioterapia, fisioterapia - atenção primária, atenção básica; acesso aos serviços de reabilitação, formação em fisioterapia e educação popular - saúde. É

professora do Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde/CCEN/UFPB e do Mestrado em Fisioterapia/CCS/UFPB.

Maria do Socorro Xavier Batista

Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Federal da Paraíba (1978), mestrado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (1983) e doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2000). Atualmente é Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Sociologia da Educação, Educação Popular, Educação e movimentos sociais e Educação do Campo. Desenvolve Pesquisa e Extensão envolvendo as temáticas de Educação Popular; Educação do Campo; Movimentos Sociais; Política Educacional; formação de educadores, infância camponesa.

Marina Stabile do Patrocínio

Graduada em Medicina pela Universidade Católica de Brasília (UCB/DF), especialista em medicina de família e comunidade pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB

Maria Waldenez de Oliveira

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (1980) - bacharelado e licenciatura, com mestrado em Educação Especial (Educação do Indivíduo Especial) pela Universidade Federal de São Carlos (1987) e doutorado em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (1996). Em 2003 fez pós-doutorado em Educação Popular e Saúde junto à FIOCRUZ com os professores Eduardo Stoz e Victor Valla. Sou professora titular em “Educação Popular e Saúde: processos educativos em práticas sociais” (2013). Em 1986 ingressei como docente concursada na Universidade Federal de São Carlos/Departamento de Metodologia de Ensino. Desde 1998 atuo junto ao Programa de Pós-Graduação

em Educação, atualmente na Linha de Pesquisa “Práticas Sociais e Processos Educativos”. Sou co-líder do Grupo de Pesquisa “Práticas Sociais e Processos Educativos” registrado no CNPq em 1997. Faço parte da coordenação do projeto Mapeamento e Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde de São Carlos, desde 2006, tendo este projeto recebido o prêmio Victor Valla de Educação Popular e Saúde do Ministério da Saúde em 2012. Sou membro da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) - GT de Educação Popular e Saúde e da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED) - GT de Educação Popular, do qual fui coordenadora no período de 2014 a 2017, sendo atualmente parecerista ad hoc desses GTs.

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) do Centro de Educação da UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB. Doutor em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação (2015), linha Educação Popular, da Universidade Federal da Paraíba. Líder do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular - EXTELAR (CNPq/UFPB). É membro associado da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), onde é membro do Grupo Temático (GT) de Educação Popular em Saúde. Graduado em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (2007) e Mestre em Educação (2010), linha Educação Popular, pela UFPB.

Rodrigo Diniz de Sá

Universidade Federal da Paraíba. Hospital Universitário Lauro Wanderley. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Médico-residente.

SOBRE OS ORGANIZADORES

José Augusto de Sousa Rodrigues

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFPG-FCF (2018); e Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPGSC da Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2019). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Campina Grande. Membro do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular - EXTELAR da Universidade Federal da Paraíba.

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) do Centro de Educação da UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB. Doutor em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação (2015), linha Educação Popular, da Universidade Federal da Paraíba. Líder do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular - EXTELAR (CNPq/UFPB). É membro associado da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), onde é membro do Grupo Temático (GT) de Educação Popular em Saúde.

SOBRE O AUTOR DAS IMAGENS

Luiz Gonzaga Gonçalves

Professor Voluntário da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).



Número 1: CRUZ, Pedro José Santos Carneiro Cruz; VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de; SOUSA, Luciana Maria Pereira de; TÓFOLI, Adriana Maria Macedo de Almeida ; CARNEIRO, Daniela Gomes de Brito ; ALENCAR, Islany Costa. **Educação popular e nutrição social:** reflexões e vivências com base em uma experiência. 1. ed. João Pessoa: Editora da UFPB, 2014. 554p . Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B5WM6ossn5w1WFFqRExkWUIRWEE/view?usp=sharing>

Número 2: CRUZ, Pedro José Santos Carneiro Cruz; VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de; ARAÚJO, Renan Soares de (organizadores). **Pesquisa em extensão popular no Programa PINAB:** produções acadêmicas em 2014. João Pessoa: Editora do CCTA, 2016. 100p. Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/0B5WM6ossn5w1MIJMLWY2dGhJNTg/view?pref=2&pli=1>

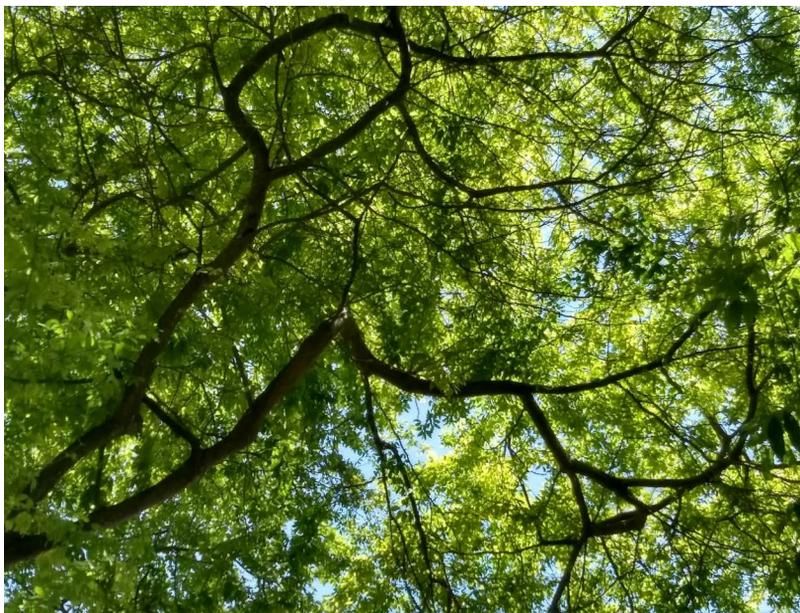
Número 3: CRUZ, Pedro José Santos Carneiro Cruz; VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de;

ARAÚJO, Renan Soares de (organizadores). **Pesquisa em extensão popular no Programa PINAB**: produções acadêmicas em 2015. João Pessoa: Editora do CCTA, 2017. 138p. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B5HBSD9i1L0AU1dpUzM3YmQ4UzQ/view>

Número 4: CRUZ, Pedro José Santos Carneiro Cruz et al (orgs). **Extensão popular: caminhos em construção**: caminhos para a construção de trabalhos sociais emancipatórios e humanizadores. João Pessoa-PB: Editora CCTA, 2017. 242p. Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wp-content/uploads/2018/02/Extens%C3%A3o-Popular-caminhos-em-constru%C3%A7%C3%A3o-Editora-do-CCTA-2017.pdf>

Número 5: ARAÚJO, Renan Soares et al (Orgs). **Extensão popular: caminhos em construção**: caminhos para a construção de trabalhos sociais emancipatórios e humanizadores. Volume 2. João Pessoa: Editora do CCTA, 2019. v.2 : 229 . Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wp-content/uploads/2018/02/LivroExtens%C3%A3o-Popular-caminhos-em-constru%C3%A7%C3%A3o-volume-2.pdf>

Número 6: CRUZ, Pedro José Santos Carneiro Cruz; VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de; ARAÚJO, Renan Soares de (organizadores). **Pesquisa em extensão popular no Programa PINAB**: produções acadêmicas em 2016 [recurso eletrônico]. - João Pessoa: Editora do CCTA, 2019. 185p. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Evp9UDQ3KtwCZWT57CHYkqsR8WHFhQRg/view>



*Imagem 24. Traços vivos na Cidade Verde.
Autor: Luiz Gonzaga (2020).*