



VEPOP-SUS

Em seu processo de editoração, a presente obra contou com o apoio do Projeto de Pesquisa e Extensão VEPOP-SUS — Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS, o qual atua a partir de pesquisadores e consultores ancorados na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Esse projeto é uma iniciativa de apoio e fomento às experiências brasileiras de extensão universitária na linha da Educação Popular em Saúde, financiado pelo Ministério da Saúde a partir da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS).

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

SGEP
SGTES



SUS



UFPB



Educação Popular No Sistema Único de Saúde

Educação Popular no Sistema Único de Saúde

Projeto de Pesquisa e Extensão VEPOP - SUS

HUCITEC EDITORA

Essa obra nasceu do compromisso do Projeto VEPOP-SUS com o aprimoramento de saberes e práticas para a inserção criativa e mobilizadora da Educação Popular nos espaços do Sistema Único de Saúde (SUS), provocando os trabalhadores da ponta dos serviços a participar ativamente da construção dinâmica e compartilhada das práticas sociais capazes de reorientar a lógica dos serviços na direção da humanização, da integralidade, da participação da comunidade, da equidade e do acesso universal com qualidade.

A inspiração do VEPOP-SUS partiu da visão em propagar o cotidiano das ações dos infindáveis atores e atrizes que constroem a Educação Popular em meio ao SUS. Particularmente, daqueles que, de alguma forma, vem encontrando obstáculos e dificuldades em sistematizar suas práticas, e, como consequência, têm sido negligenciados nas produções de livros e artigos em periódicos.

O SUS e a Educação Popular são duas conquistas inestimáveis que floresceram nas bases da luta soberana do povo brasileiro e de suas buscas por ser mais e por ter garantidos seus direitos sociais, humanos e políticos. Ambos compromissos com uma saúde pública, democrática, participativa, diversa, equânime, de qualidade e respeitosa das lógicas, saberes e prioridades de cada pessoa, seus grupos, coletivos e projetos de felicidade.

Ao longo do nosso livro, compartilhamos esses sentimentos e intencionalidades por meio de diversas vozes e de dezenove narrativas repletas de trabalhos, desafios, limites, dilemas, aprendizados e êxitos, valorizando diferentes histórias, culturas e saberes.

Arte da Capa: Kamilly Lourdes

Foto cedida por Eduardo Mourão Vasconcelos, professora UFRJ e ativista antimanicomial; fotografa há 30 anos.

Saúde em Debate 282
direção de
Gastão Wagner de Sousa Campos
José Ruben de Alcântara Bonfim
Maria Cecília de Souza Minayo
Marco Akerman
Yara Maria de Carvalho
ex-diretores
David Capistrano Filho
Emerson Elias Merhy
Marcos Drumond Júnior

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrificuem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE (1533-592).
Ensaíos. “Da semelhança dos pais com os filhos”.
Trad. Sérgio Milliet

SAÚDE EM DEBATE

TÍTULOS PUBLICADOS A PARTIR DE 2014

- Educação Popular na Universidade: Reflexões e Vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)*, Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmiento, Murilo Leandro Marcos & Eymard Mourão Vasconcelos (orgs.)
- Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso*, João Henrique Scatena, Ruth Terezinha Kehrig & Maria Angélica dos Santos Spinelli (orgs.)
- Avaliação de Projetos na Lógica da Promoção da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Marco Antonio de Moraes (orgs.)
- As Ciências Sociais na Educação Médica*, Nelson Filice de Barros
- Os Mapas do Cuidado: o Agir Leigo na Saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Graça Carapinheiros & Rosemarie Andrezza (orgs.)
- Saúde que Funciona: a Estratégia Saúde da Família no Extremo Sul do Município de São Paulo*, Davi Rumel & Adélia Aparecida Marçal dos Santos (eds.)
- A reformulação da clínica e a gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas*, Bernadete Peréz Coelho
- Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Alcool, Crack e Outras Drogas*, Mirna Teixeira & Zilma Fonseca (orgs.)
- Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel à Dilma*, Carlos Augusto Monteiro & Renata Bertazzi Levy (orgs.)
- Saúde e Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986)*, Daniela Carvalho Sophia
- Lutas Sociais e Construção do SUS: o Movimento de Saúde da Zona Leste e a Conquista da Participação Popular*, João Palma
- Uma ou Várias? IdentidadeS para o Sanitarista*, Allan Gomes de Lorena & Marco Akerman
- O C.APSI e o desafio da Gestão em Rede*, Edith Lauridsen-Ribeiro & Cristiana Beatrice Lykouropoulos (orgs.)
- Rede de pesquisa em Manguinhos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS*, Isabela Soares Santos & Roberta Argento Goldstein (orgs.)
- Saúde e Atenção Psicossocial nas Prisões: um olhar sobre o Sistema Prisional Brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina*, Walter Ferreira de Oliveira & Fernando Balvedi Damas
- Reconhecer o Patrimônio da Reforma Psiquiátrica: o que queremos reformar hoje? I Mostra de Práticas em Saúde Mental*, Gastão Wagner de Sousa Campos & Juliana Azevedo Fernandes (orgs.)
- Envelhecimento: um Olhar Interdisciplinar*, Lina Faria, Luciana Karen Calábria & Waneska Alexandra Alves (orgs.)
- Caminhos da Vigilância Sanitária Brasileira: Proteger, Viaggiar, Regular*, Ana Figueiredo
- Formação e Educação Permanente em Saúde: Processos e Produtos no Âmbito do Mestrado Profissional*, Mônica Villela Gouvêa, Ândrea Carosso de Souza, Gisella de Carvalho Queluci, Cláudia Mara de Melo Tavares (orgs.)
- Políticas, Tecnologias e Práticas em Promoção da Saúde*, Glória Lúcia Alves Figueiredo & Carlos Henrique Gomes Martins (orgs.)
- Políticas e Riscos Sociais no Brasil e na Europa: Convergências e Divergências*, Isabela Soares Santos & Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (orgs.)
- Saúde, Sociedade e História, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves*, José Ricardo Ayres & Liliana Santos (orgs.)
- Saúde, Sociedade e Cultura. Ciências Sociais e Humanas para Graduação em Saúde*, Marilene Cabral do Nascimento & Carla Ribeiro Guedes
- Caminhos do aprendizado na Extensão Universitária: educação popular e a pedagogia da participação estudantil na experiência da articulação nacional de extensão popular (Anepop)*, Pedro José Santos Carneiro Cruz & Eymard Mourão Vasconcelos
- Políticas e Riscos Sociais no Brasil e na Europa: Convergências e Divergências*, Isabela Soares Santos & Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (orgs.)
- Investigação sobre Gestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Juliana Azevedo Fernandes, Cristiane Pereira de Castro & Tatiana de Vasconcelos Anéas (orgs.)
- O Apoio Psíquico e Suas Rodas: Reflexões sobre Práticas em Saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Mariana Dorsa Figueiredo & Mônica Martins de Oliveira (orgs.)
- Trabalhar no SUS: gestão do trabalho, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde*, Francisco Antonio de Castro Lacaz, Patrícia Martins Goulart, Virginia Junqueira
- Práticas e Saberes no Hospital Contemporâneo: o Novo Normal*, Daniel Gomes Monteiro Beltrammi & Viviane Moreira de Camargo (orgs.)
- Corpo e pensamento: espaços e tempos de afirmação da vida na sua potência criadora*, Valéria do Carmo Ramos, Maximus Taveira Santiago & Paula Cristina Pereira (orgs.)
- História da Saúde no Brasil*, Luiz Antonio Teixeira, Tânia Salgado Pimenta & Gilberto Hochman (orgs.)
- Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: Interpretações Plurais e Modos de Enfrentamento*, Suelly Ferreira Deslandes & Patrícia Constantino (orgs.)
- Educação Popular em Saúde: Desafios Atuais*, Pedro José Santos Carneiro Cruz (org.)
- Educação Popular no Sistema Único de Saúde*, Bruno Oliveira de Botelho, Eymard Mourão Vasconcelos, Daniela Gomes de Brito Carneiro, Ernande Valentin do Prado & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)

OS DEMAIS TÍTULOS DA COLEÇÃO SAÚDE EM DEBATE ACHAM-SE NO FIM DO LIVRO.

*Educação Popular
no Sistema Único de Saúde*

Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS
Vivências de Extensão em Educação Popular
e Saúde no SUS



BRUNO OLIVEIRA DE BOTELHO
EYMARD MOURÃO VASCONCELOS
DANIELA GOMES DE BRITO CARNEIRO
ERNADE VALENTIN DO PRADO
PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ
organizadores

*Educação Popular
no Sistema Único de Saúde*



VEPOP-SUS

Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS
Vivências de Extensão em Educação Popular
e Saúde no SUS

HUCITEC EDITORA
São Paulo, 2018

© Direitos autorais, 2018,
da organização,
de Bruno Oliveira de Botelho, Eymard Mourão Vasconcelos,
Daniela Gomes de Brito Carneiro, Ernande Valentin do Prado
& Pedro José Santos Carneiro Cruz.
Direitos de publicação reservados por
Hucitec Editora Ltda.,
Rua Águas Virtuosas, 323
02532-000 São Paulo, SP.
Telefone (55 11 2373-6411)
www.huciteceditora.com.br
lerereler@huciteceditora.com.br

Depósito Legal efetuado.

Coordenação editorial
MARIANA NADA

Assessoria editorial
KÁTIA REIS

Circulação
comercial@huciteceditora.com.br / jmlivros@gmail.com
Tel.: (11)3892-7772 – Fax: (11)3892-7776

ARTE DA CAPA
Kamilly Lourdes Ferreira dos Santos

REVISÃO
Alberto Holanda Pimentel Neto
Gabriela Januário de Oliveira
Tamyrys Fernandes Vilar Bento

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

E-26

Educação Popular no sistema único de saúde / organização Bruno Oliveira de Botelho [et al] – 1 ed. – São Paulo : Hucitec, 2018.
303 p. ; 21 cm (Saúde em debate ; 282)

Inclui índice
ISBN 978-85-8404-135-0

1. Educação permanente – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Política de Saúde – Brasil. 4. Política de educação médica – Brasil. I. Botelho, Bruno Oliveira de. II. Série.

17-46450

CDD 610-70981
CDU 614.25(81)

PROJETO DE PESQUISA E EXTENSÃO VEPOP-SUS VIVÊNCIAS DE EXTENSÃO EM EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE NO SUS

O Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS — Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS — é uma iniciativa de apoio e fomento às experiências de Extensão Universitária na linha da Educação Popular em Saúde, de maneira integrada com os espaços e sujeitos do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como com os grupos, movimentos e iniciativas de saúde do campo popular no Brasil.

Este projeto constitui ação apoiada pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (Pneps-SUS) com apoio do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Sgtes) e colaboração da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep).

Em sua frente nacional vem atuando a partir de uma equipe operacional de pesquisadores e consultores ancorada na UFPB, com ações de articulação e integração entre as diversas iniciativas e experiências de extensão em Educação Popular e Saúde no país. Toda gestão se dá em eventos, oficinas, encontros, difusão de informações, compartilhamento de publicações e materiais didáticos no campo da Educação Popular e do SUS. Pela promoção regular do Estágio Nacional de Extensão em Comunidades (Enec) há uma oportunidade de vivências e experiências de estudantes de graduação de todo o país em práticas de Extensão orientadas pela Educação Popular nos espaços do SUS.

Uma de suas frentes de atuação é o apoio ao desenvolvimento de publicações em andamento e republicações de obras relevantes no âmbito da Extensão Popular, da Educação Popular e da Formação em Saúde, assim como a divulgação de produtos referentes a pesquisas realizadas neste campo e de reflexões sobre estas práticas, no sentido de incentivar e aprimorar o registro, a pesquisa e a sistematização de experiências nas diferentes iniciativas em âmbito nacional. Os livros editorados, publicados e/ou impressos pela Coleção Vepop-SUS podem ser encontrados no Portal Isuu: <<https://issuu.com/vepopsus>>.

Por meio do Vepop-SUS, espera-se estimular em todo o país a Educação Popular como expressão da construção de caminhos e novas práticas de saúde na formação dos profissionais, protagonizando o campo popular e os serviços públicos de saúde.



SUMÁRIO

Apresentação	
Saúde e Educação Popular: entrelaços históricos . . .	13
Bruno Oliveira de Botelho	
Quando a medicina encontra a Educação Popular em Saúde: intersecções teórico-práticas que modificam o cuidado em saúde	26
Camilla Guimarães Souza	
Bruna Carolina de Oliveira	
Danilo Borges Paulino	
A construção de Teatro do Oprimido na Saúde Men- tal em Alagoas	41
Claudete do Amaral Lins	
Deise Juliana Francisco	
Diego Januário	
Udson Pinheiro Araújo	
Williane da Silva Santos	
Alguns passos para vivenciar experiências em Educa- ção Popular e práticas educativas no SUS	55
Juciany Medeiros Araújo	

A participação política dos trabalhadores do Nasf sob a perspectiva da Educação Popular	62
Mateus do Amaral Meira	
Carla Caroline Silva dos Santos	
Luana Padilha da Rocha	
Sémares Genuíno Vieira	
Aline Cavalcante de Lira	
Vigilância popular em saúde: contribuições para repensar a participação no SUS	79
Marize Bastos da Cunha	
Fatima Pivetta	
Marcelo Firpo de Souza Porto	
Lenira Fracasso Zancan	
Fabiana Melo de Sousa	
Mônica Santos Francisco	
Viviani Cristina Costa	
Livros artesanais de receitas caseiras: um resgate da culinária cultural do município de Sobral-CE . . .	102
Alane de Sousa Nascimento	
Sabrina Maria Carreiro Almeida	
Grupo de reeducação alimentar, ferramenta para Educação Popular em Saúde.	117
Caroline D'Azevedo Sica	
Janaina Cristina da Silva	
Ressignificação do amamentar: uma abordagem ampliada na Educação em Saúde em uma maternidade pública da Paraíba.	127
Érika Patrícia P. Gomes Ribeiro	
Maria de Fátima Costa de Araújo	
Juliana Sampaio	
Tiago Salessi Lins	

Atenção às pessoas em situação de rua: os microuni- versos que se “Chocam” em círculos	156
Adriano Coutinho de Carvalho	
Relato de experiência sobre a formação em Educação Popular em Saúde no EdPopSUS de São Carlos-SP	168
Iraí Maria de Campos Teixeira	
Maria Waldenez de Oliveira	
Reijane Salazar Costa	
Mudanças na vivência do trabalho a partir do EdPopSUS	182
Débora Sâmara Guimarães Dantas	
Maria Rocineide Ferreira da Silva	
Visitas domiciliares de palhaços cuidadores em uma USF do Recife-PE	198
Mateus do Amaral Meira	
Pedro José Santos Carneiro Cruz	
A Educação Popular em Saúde na formação e prática médica: ressignificando o cuidado com diálogo e amo- rosidade	209
Danilo Borges Paulino	
Letícia da Silva Alves	
Matheus Cesar Vieira Barros	
Rafaela Pereira de Oliveira Lima	
Quem conta um conto, ganha um ponto: construção teórica sobre aproximação entre arte, saúde e Educa- ção Popular	221
Osmar Arruda da Ponte Neto	
Márcia Maria Santos da Silva	
Maria José Galdino Saraiva	
Maria Socorro de Araújo Dias	

ACorDAR: Aprendendo a viver pacientemente impaciente (um relato de experiência)	233
Lilian Suelen de Oliveira Cunha Thais da Silva Ramos	
Arte e Educação Popular em Saúde: construção de novos percursos na atenção psicossocial	246
Jéssika Bezerra Oliveira Leite Jean Alex Silva de Alencar	
Uma abordagem problematizadora da questão do lixo e do rato em periferia urbana	260
Eymard Mourão Vasconcelos	
Chegar e partir	285
Marcos Oliveira Dias Vasconcelos	
Dança circular e Educação Popular em Saúde: construindo com as pessoas novas estratégias no cuidado em saúde no SUS	292
Danilo Borges Paulino Elisa Toffoli Rodrigues Natália Madureira Ferreira Gustavo A. Raimondi	

Bruno Oliveira de Botelho*

Apresentação

SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR:
ENTRELAÇOS HISTÓRICOS

Esta obra é uma iniciativa do Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS¹. Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS, cujo objetivo é fortalecer experiências de Extensão na linha da Educação Popular em Saúde, de maneira integrada com os espaços do Sistema Único de Saúde (SUS) e comprometida com a formação de trabalhadores para atuação com postura ética, humanizada, interdisciplinar e participativa.

Dentre suas ações, o VEPOP-SUS tem como pauta a organização de livros para publicação de textos que socializem aprendizados e proporcionem reflexões a partir de experiências de educação e formação em saúde com ótica emancipatória, contribuindo com a transformação de sujeitos para uma ação crítica no cotidiano das práticas de saúde.

* Fisioterapeuta e mestre em Educação, linha Educação Popular, pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Membro da equipe executiva de pesquisadores do Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS na UFPB. É membro do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular (Extelar) e da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop).

1 Acesse o *blog* do Projeto em <www.vepopsus.blogspot.com>, o *site* em <www.vepopsus.com> e a página do Facebook em <<https://www.facebook.com/VEPOPEPS/>>.

Dessa maneira, para além do campo da extensão universitária, o Vepop-SUS está também compromissado com aprimorar saberes e práticas para a inserção criativa e mobilizadora da Educação Popular nos espaços do SUS, provocando os trabalhadores da ponta dos serviços a participar ativamente da construção dinâmica e compartilhada de práticas sociais capazes de reorientar a lógica dos serviços na direção da humanização, da integralidade, da participação da comunidade, da equidade e do acesso universal com qualidade. Essa obra resultou do esforço da equipe do Vepop-SUS em oportunizar espaços nessa direção.

A inspiração do Vepop-SUS partiu da visão em propagar o cotidiano das ações dos infindáveis atores e atrizes que constroem a Educação Popular em meio ao SUS. Particularmente, daqueles que, de alguma forma, vêm encontrando obstáculos e dificuldades para sistematizar suas práticas, e, como consequência, têm sido negligenciados nas produções de livros e artigos em periódicos.

Nos dias de hoje é fácil identificarmos trabalhadores cuja horizontalidade com os usuários do serviço de saúde, além de sua criatividade e determinação, envolve atores comunitários, equipes de trabalho na criação de uma situação inédita e viável ao avanço do SUS que idealizamos.

Todavia, embora boa parte desses sujeitos estejam construindo essas ações há alguns anos ou mesmo meses, deve-se destacar que a Educação Popular tem inspirado a atuação de trabalhadores na construção de uma saúde integral como um direito universal e equânime há décadas, possivelmente datando até o início do século XX.

Ao apresentarmos a obra *Educação Popular no Sistema Único de Saúde*, faz-se premente traçar momentos históricos em que a Saúde e a Educação se entrelaçaram nas lutas populares, combatendo as desigualdades e injustiças, para reconhecer que,

embora as experiências aqui apresentadas sejam inspiradoras e possam revitalizar novas gerações de militantes rumo ao futuro, elas também representam inúmeras gerações que paulatinamente construíram essa história no passado.

Embora hoje a Educação Popular tenha numerosos espaços institucionais, ou embora o SUS seja um modelo que muitos tenham por garantido, nem sempre foi assim. O surgimento de um novo sistema de saúde após o advento da Nova República e a resistência da Educação Popular à ditadura militar são conquistas que merecem ser lembradas para compreendermos que a Educação Popular no Sistema Único de Saúde é fruto de uma odisséia e que o caminho em frente é longo, mas vem sendo construído pelo trabalho de muitas mãos.

Educação Popular no SUS: uma história construída por diversas mãos

Tanto o SUS quanto a Educação Popular têm um longo percurso no Brasil, a partir de um conjunto de práticas e experiências que se fizeram junto às classes populares, em locais diversos como sindicatos, comunidades, igrejas, universidades, escolas, no campo, na cidade, com a participação dos mais diferentes sujeitos, especialmente aqueles em situação de exploração, excluídos de seus direitos básicos. Entretanto, o percurso da Educação Popular caminha também em experiências que se realizam no espaço da educação formal ou da institucionalidade de governos municipais, estaduais e federais.

O atual sistema de saúde brasileiro foi modelado a partir de um processo de lutas e reivindicações por mudanças, orientado pela ação criativa e ativa de diversos sujeitos, atuando em

meio a um contexto desafiador de ditadura, muitas vezes expostos à perseguição política. Com a redemocratização, tal processo acelerou o passo ao longo dos anos de 1980 adquirindo estatuto institucional na Constituição Federal. Sua formulação foi de caráter unificante dos vários subsistemas que existiam até então, deixando para trás uma fragmentação administrativa que prevalecia tanto no interior da esfera federal quanto entre as diferentes esferas governamentais. Sua arquitetura institucional é considerada altamente inovadora e se deu por meio de um processo social rico, no qual se uniram vários interesses e valores sociais que pautavam a renovação de crenças culturais relevantes, algumas delas inéditas na tradição de políticas públicas no Brasil. Hoje o SUS inclui em suas políticas os saberes das parteiras, rezadeiras, das práticas integrativas e complementares e, particularmente, a partir do ano 2013, da Educação Popular em Saúde.

A Educação Popular é tanto uma concepção teórica como uma metodologia de educação que articula, pelo compromisso com o diálogo, os mais variados saberes e práticas para suscitar o protagonismo das classes populares nas transformações sociais. Antes de inserir-se em espaços institucionais como o SUS, tem longa história caminhada no campo da organização e das lutas populares no Brasil, responsável por inúmeros avanços e conquistas.

É importante destacar que a Educação Popular não nasce da cabeça de teóricos, como por exemplo Paulo Freire. Sua construção paulatina foi mobilizada pela inquietação de diferentes sujeitos sociais com a piora na qualidade de vida, a crescente concepção da pobreza como um problema social e a aglomeração de pessoas nos ambientes urbanos, centralmente nos anos 1940 e 1950, em um contexto onde prosperaram os sindicatos e os movimentos sociais. Vinculados à percepção de educação como caminho fundamental para a preparação das pessoas na

superação dos problemas sociais, vários núcleos permearam a Educação Popular até que ela pudesse estar sob a atenção das políticas públicas, a exemplos de movimentos anarcossindicais; as organizações sindicais urbanas e rurais; os movimentos populares de base da Igreja Católica; organizações estudantis — todos foram intensificando suas lutas nos anos que precederam o regime militar ou durante.

O entendimento de que a educação pode ser emancipatória foi se formando gradativamente, iniciando-se no movimento anarcossindical e passando pelas campanhas de alfabetização nas décadas de 1940 e 1950, marcadamente nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste do país. Com as campanhas educacionais os trabalhadores começaram a fortalecer a perspectiva das políticas progressistas e, vendo essa oportunidade, enquadraram-se às campanhas nacionais de alfabetização do Governo Federal, de 1947, ao final da década de 1950, bem como à campanha “De Pé no Chão Também se Aprende a Ler”, em Natal-RN, no início de 1961, da qual Paulo Freire recebeu destaque e, posteriormente, sistematizou este movimento de Educação pelo povo e com o povo que vinha acontecendo em todo o Brasil. Essa Educação Popular, conforme ficou conhecida, continuou sendo impulsionada pelo Movimento de Educação de Base (MEB), criado pela Igreja Católica, em 1961; o Movimento de Cultura Popular, surgido em Recife-PE, em 1961 até o Plano Nacional de Alfabetização, de 1963.

Um movimento intersetorial como a Educação Popular fez-se presente na defesa incondicional da escolaridade como um direito público; adicionalmente, os movimentos sociais que a compõem também defendiam a valorização da diversidade étnico-racial brasileira, moradia para todas e todos, reforma agrária, direito ao trabalho digno, liberdade de expressão religiosa,

acesso ao transporte público de qualidade, dentre tantas outras lutas, a saúde pública de qualidade.

Quando a ditadura militar se inicia em 1964, o sentido da política pública de educação alterou significativamente, sendo marcada pela enorme repressão à organização popular e destruição da memória de diversas expressões sociais. A Educação Popular sofre com o exílio de Paulo Freire e a interrupção do Programa Nacional de Alfabetização ainda em abril de 1964, seguindo posteriormente de sua substituição pelo Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), lançado como continuidade às campanhas de alfabetização, contudo tendo sentido político inverso, valorizando muito mais a leitura e a escrita instrumental do que a formação humana.

No setor saúde, os anos posteriores até a década de 1970 tiveram altos e baixos e gradativamente levaram à ruína o sistema vigente. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), como braço direito da saúde do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), foi condicionado a atuar de forma limitada de acordo com a disponibilidade dos recursos existentes e explodiu o teto de gastos do sistema graças à opção por enfatizar o modelo de medicina curativa, cujos custos eram elevados em função do ritmo progressivo de incorporação tecnológica e pela valorização dos procedimentos mais especializados e refinados, fora as numerosas fraudes financeiras.

As despesas do Inamps passaram a corresponder a um percentil cada vez maior do orçamento da Previdência Social. Essa e outras crises financeiras abriram vários caminhos para a reforma do sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, o Movimento pela Reforma Sanitária começa a apontar para a saúde numa concepção mais ampla, transitando de um modelo de atenção curativa à demanda para um de atenção integral à população.

Nesse contexto, apesar de ser um programa apenas às margens do Inamps, representando menos de 10% de seu orçamento total, as Ações Integradas de Saúde (AIS) construíram um caminho de mudança de estratégia do sistema. Sob pressão ininterrupta da crise financeira iniciou-se um processo de transformação que, embora inicialmente motivado apenas pela necessidade de contenção de gastos, terminou por ampliar e incorporar elementos criticamente necessários sobre a estrutura do sistema. Nesse momento é deflagrado o início de um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada entre as esferas de governo e órgãos setoriais do governo federal, as AIS desempenharam um papel pioneiro na consideração dos estados e municípios como cogestores do sistema de saúde.

Durante esse tempo, a Educação Popular foi um importante instrumento para organização de movimentos sociais, práticas comunitárias e experiências educativas de elaboração, experimentação e aprimoramento de outras abordagens de cuidado em saúde, o que se dava, ainda, de modo subversivo em sua maioria e sem apoio institucional significativo. Nessas ações, a concepção ampliada de saúde e sua perspectiva biopsicossocial se configuravam na prática e no concreto do cotidiano do território e dos atores sociais. Desvela-se, assim, na prática, e não somente na teoria, que outras perspectivas do agir em saúde eram possíveis, e que o entrelaço entre saúde e educação consistia em um caminho profícuo nesse sentido. Os protagonistas dessas iniciativas não se limitaram ao localismo de suas ações, interações e interfaces, uma vez que promoveram expressivas experiências de luta por direitos e reformas sociopolíticas.

O advento da Nova República, em 1985, representou a derrota da solução ortodoxa e privatista para a crise da Previdência

Social e houve predomínio de uma visão publicista, comprometida com uma série de movimentos reformistas. Para a saúde, o comando do Inamps foi assumido por grupos progressistas, que disseminou os convênios da AIS por todo o país, aprofundando seus aspectos mais inovadores.

No efervescer da VIII Conferência Nacional de Saúde, sobretudo pelo protagonismo dos atores dos movimentos e práticas sociais comunitárias, foi sistematizada e disseminada politicamente a Agenda da Reforma Sanitária, voltada à universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade, estabelecendo assim alguns dos fundamentos do futuro Sistema Único de Saúde. Tal consenso foi a base do texto constitucional, criado em 1988, que fundou o arcabouço jurídico-institucional do SUS. A saúde passa a ser definida como um direito de todos, integrante da condição de cidadania social, um dever do Estado.

Entretanto, essa efervescência iria encontrar nos anos de 1990 um obstáculo que se caracteriza pelo estabelecimento gradativo da política neoliberal como hegemônica, junto com ela a reestruturação produtiva, precarização das relações de trabalho, estabelecimento de políticas sociais compensatórias e aumento do desemprego no Brasil e no mundo.

Limites e caminhos da Educação Popular no SUS: a resposta popular para o avanço neoliberal

Caminhando para o século XXI, o capitalismo financeiro passa a padronizar a organização do modo de produção,

revolucionando a comunicação, alterando o dinamismo das relações sociais e fragmentando a identidade unificada das classes trabalhadoras. Como consequência, no Brasil, o ideário do período ditatorial militar é gradativamente imposto e reformulado em novas perspectivas geradoras de propostas e projetos reque-rendo atualização das práticas de trabalho à altura das transfor-mações sofridas pelo mercado.

Apesar de nos anos 2000 haver alterações nesse cenário, notadamente na América Latina, abrindo-se novas possibilida-des com o sucesso de várias lutas sociais populares que culmi-naram com a eleição de diversos governos comprometidos com as causas populares, a predominância da filosofia neoliberal re-quer que os movimentos sociais, em especial a Educação Popu-lar, assumam o desafio de se reinventar.

Novas formas de lutas sociais têm-se articulado, bem como novas políticas emancipatórias têm perdido seu caráter de alter-natividade para navegar pelas águas da institucionalidade, sem perder seu caráter de ousadia, propositura e criatividade. Um exemplo importante é a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (Pneps-SUS), reconhecendo que uma infi-nidade de práticas e conhecimentos populares são constituintes de um caminho capaz de contribuir com os fazeres e saberes de novas práticas no âmbito do SUS.

Essa institucionalidade, que valoriza uma concepção de educação originada nos seios dos movimentos sociais, pres-supõe uma gestão comprometida na construção compartilha-da e relações solidárias entre gestores, trabalhadores e usuá-rios do SUS. A Educação Popular no SUS tem como objetivo fazer do Sistema uma realidade assegurada legalmente e que promova, em cotidiano, indivíduos autônomos na promoção de bases e horizontes para seu bem-estar e de sua coletividade,

capazes de ler o mundo e a si mesmos, conscientes de sua própria liberdade.

Contudo, há de se ponderar que, contraditoriamente, a construção de práticas profissionais e de trabalhos sociais à luz da perspectiva educativa popular vem encontrando barreiras importantes na institucionalidade de espaços como o SUS. A importante ênfase recente em processos organizativos e administrativos para garantir políticas públicas perenes e de qualidade para os processos educacionais emancipadores e dialógicos no SUS tem, por vezes, atropelado e desvalorizado iniciativas práticas concretas, em sua maioria de cunho local e territorializado. Não podemos ignorar que o SUS tem um vigoroso eixo burocrático que, por vezes, dificulta o investimento dos trabalhadores em experiências que remem contra a maré dominante de uma saúde conservadora e biomédica. Aliado a isso, outros fatores vêm colocando exigentes obstáculos para o fortalecimento da Educação Popular no SUS, como a precarização do trabalho em saúde e das condições concretas para o desenvolvimento de ações no cotidiano de cada serviço, incluindo a relação autoritária de muitos gestores com os trabalhadores, impondo abordagens, procedimentos, e até mesmo paradigmas para que os trabalhadores, sem discussão, apliquem na realidade dos seus espaços.

Além do mais, uma ênfase tecnicizadora ainda persiste no cotidiano dos serviços do SUS, o que repercute em intenções de tecnicizar ou burocratizar a Educação Popular, o que é significativamente incoerente, uma vez que tal perspectiva educacional implica uma construção compartilhada, cujos processos não são tecnicizáveis — como os afetos, os encontros, os tempos de cada humano, as idas e vindas na construção de vínculos entre profissionais e comunidades, os conflitos internos e externos aos serviços, os diálogos entre os saberes da vida, os populares e os científicos.

Mas, em que pese esses fatores, diversos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS continuam buscando construir outros caminhos, práticas e horizontes para o SUS por meio do diálogo, do compartilhar de saberes e da reflexão conjunta pautada pela realidade. Por experiências de encontro humano profundo e autêntico, tendo na Educação Popular um importante referencial para orientar suas abordagens e procedimentos.

Este livro está comprometido, portanto, com a valorização dos desafios desse fazer no cotidiano dos serviços locais de saúde e com a potencialização da voz de seus autores e atores.

Educação Popular no SUS: ressignificando a saúde a partir de vivências e aprendizados

Como afirmamos anteriormente, a Educação Popular em Saúde vem sendo construída há bastante tempo por inúmeros usuários e trabalhadores do SUS. Com essa obra, algumas de suas experiências podem proporcionar inspiração, por meio de palavras, atitudes e processos que se fazem em ato no dia a dia.

A mobilização para construção deste livro se deu inicialmente com divulgação nas redes sociais, em listas de *e-mail*, contatos previamente mapeados por pesquisas e presencialmente em eventos. A intenção foi fazer um livro que pudesse contemplar os esforços dos trabalhadores dos serviços do SUS em promover uma saúde conforme desejamos, na construção democrática de um novo projeto de nação e de mundo, que reinvente não só o SUS, mas que paulatinamente supere as desigualdades ainda presentes em nosso tempo.

Para nossa surpresa, recebemos mais de cem textos, provenientes de vários estados brasileiros. Entre os autores, estavam

todos os tipos de trabalhadores presentes nos mais diversos campos da rede pública. A partir disso, pudemos perceber a demanda reprimida que marca a procura desse tipo de obra literária, mesmo que a Educação Popular venha ganhando destaque ao longo dos anos.

Com a responsabilidade de fazer que a obra pudesse fazer justiça a essa expectativa, reunimos uma equipe de sete pareceristas que puderam ler, encantar-se e contribuir com os relatos e reflexões. Certificamos que a comunicação com todos os autores fosse feita de forma pessoal, e visando incentivar que os autores continuassem a sistematizar suas experiências em outras oportunidades de publicação.

Os autores dos textos aprovados foram contactados durante todas as etapas do processo para que pudessem qualificar os variados relatos, que vão todos na contramão do modelo biomédico, especialista e hospitalocêntrico. Como resultado final, pudemos publicar orgulhosamente dezenove narrativas repletas de trabalhos, desafios, limites, dilemas, aprendizados e êxitos, valorizando diferentes histórias, culturas e saberes.

Sendo assim, Educação Popular no Sistema Único de Saúde encara o desafio de sintetizar o sentimento de, inicialmente, cento e sete textos, de incontáveis trabalhadores da rede pública dos mais variados estados brasileiros, para manifestar uma profunda e respeitosa concordância por uma sociedade equânime e solidária, a tratar desigualmente os desiguais rumo a um acesso universal ao bem-estar como direito pleno.

O Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS acredita que o SUS e a Educação Popular são duas conquistas inestimáveis que floresceram nas bases da luta soberana do povo brasileiro e de suas buscas por ser mais e por ter garantidos seus direitos sociais, humanos e políticos.

SUS e Educação Popular compromissados com uma saúde pública, democrática, participativa, diversa, equânime, de qualidade e respeitosa das lógicas, saberes e prioridades de cada pessoa, seus grupos, coletivos e projetos de felicidade. Embora tenham se enamorado em muitos pontos de nossa história, para que sejam verdadeiramente transformadores, SUS e Educação Popular devem estar fortemente entrelaçados para que um possa aprender com o outro a se ressignificar cada vez mais.

Desejamos uma leitura inspiradora para todos e todas que procurem reorientar e fortalecer as práticas educativas, assistenciais e de promoção da saúde no SUS, numa perspectiva de Educação Popular freiriana.

Camilla Guimarães Souza*
Bruna Carolina de Oliveira†
Danilo Borges Paulino‡

QUANDO A MEDICINA ENCONTRA A
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:
INTERSECÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS QUE
MODIFICAM O CUIDADO EM SAÚDE

**Educação Popular em saúde
no currículo médico, faz sentido?**

Ao iniciar a graduação em Medicina, o aluno se depara com dúvidas, crenças e necessárias quebras de paradigmas. Um dos grandes desafios é entender qual o papel do médico no mundo real e, principalmente, se as expectativas que criamos e que são criadas para nós, podem ser de alguma forma atendidas. O estudo da Saúde Coletiva, em princípio, parece um desafio teórico que se mostra, nos períodos iniciais, aparentemente desconectado da prática médica. Como as complexidades do SUS e das Unidades de Saúde podem contribuir para a aprendizagem da profissão médica?

* Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (camillagmsouza@gmail.com).

† Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (brunacarolina@med.ufu.br).

‡ Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (dbpaulino@ufu.br).

Compreender as construções dos conceitos de saúde e doença, os aspectos de promoção e prevenção em saúde e todos os princípios e práticas que permeiam a Educação Popular em Saúde mostrou-se um desafio, que nos exigiu deixar de lado preconceitos e supostas certezas e nos permitiu a abertura para a dúvida, para o novo, para o incerto. Conversar e construir coletivamente com as pessoas, para nossa surpresa, não tinha roteiro — nem garantia de um final feliz — e, para estudantes de medicina, lidar com o “não sei” pode ser uma das maiores angústias durante a formação e prática.

Começamos então fortalecendo a fundamentação teórica. Aprendemos os princípios preconizados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), leia-se, universalidade, integralidade e equidade, que se traduzem em humanização do cuidado. Em busca de pôr em prática os referidos preceitos e pensando no despreparo dos profissionais para lidar com a subjetividade na prática em saúde, surge, em 2003, a Política Nacional de Humanização, que objetiva valorizar os diferentes sujeitos, sua autonomia e promover a corresponsabilização pela saúde (Brasil, 1990; 2003).

Pudemos perceber que, com o intuito de garantir uma prática em saúde voltada para a subjetividade, que valoriza a autonomia do paciente e promove a corresponsabilização, é necessário fortalecer a Educação Popular em Saúde. Mais do que um conjunto de práticas, saberes populares e técnico-científicos, que, de acordo com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS), pretende promover o diálogo e a troca entre esses conhecimentos, a Educação Popular em Saúde é um movimento que data do século passado e tem relação com a luta das classes populares contra a desigualdade e as inequidades sociais (Brasil, 2013).

Adotando uma perspectiva ampla de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária Brasileira do Sistema Único de Saúde (SUS) e das chamadas Cartas de Promoção da Saúde, e trabalhando com um aspecto diverso de determinantes sociais, a promoção da saúde preconiza a mobilização entre os diversos setores da sociedade e a articulação de saberes técnicos e populares (Brasil, 2002; 2010; Buss, 2000; Paiva & Teixeira, 2014).

Ela se mostra uma estratégia eficiente na estimulação de um estilo de vida saudável e na prevenção dos diversos agravos que acometem as populações e comunidades, uma vez que possibilita a horizontalização das relações entre os profissionais de saúde e os sujeitos das suas ações — especialmente quando se trabalha com grupos — que almejam facilitar a expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que têm impacto na saúde dos indivíduos e seus grupos (Brasil, 2010; Buss, 2000; Souza et al., 2005).

Assim, a Pnep-SUS é uma ferramenta de apoio, que visa fortalecer a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades e a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos populares, fortalecendo o protagonismo popular e contribuindo para fazer do Sistema Único de Saúde (SUS) uma realidade vivida e não só assegurada em lei (Brasil, 2013; 2014).

Além disso, a Pnep-SUS se propõe a promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e risco à saúde e, para sua implantação, necessita, entre outros fatores, da colaboração dos profissionais de saúde inseridos no SUS e que também atuem na Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2013; 2014).

Aprendendo a construir com o outro

A experiência a ser relatada refere-se às vivências em Educação Popular em Saúde em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em um bairro de Uberlândia-MG. Essas vivências foram realizadas por um grupo de quatro estudantes de medicina, coordenados pelo professor responsável pelo Módulo Saúde Coletiva 3, que é médico de família e comunidade, com a proposta de conhecer a forma como o serviço de saúde trabalhava com os saberes populares e, na medida da aceitação, interesse e disponibilidade desses serviços, implementar e vivenciar encontros mais dialógicos com a população dessa UBSF.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é papel de todos os membros da equipe de uma UBSF — que representa o âmbito municipal — divulgar e implantar a Política Nacional, bem como buscar a integralidade da atenção à saúde, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; praticar cuidado dirigido às famílias e às coletividades e grupos sociais e desenvolver ações de educação em saúde (Brasil, 2012).

Muito se fala a respeito do papel do agente comunitário de saúde, do enfermeiro e do assistente social na implementação de estratégias de Educação Popular em Saúde. No entanto, pouco se aborda a função do médico nessas atividades e o impacto causado pelas ações de educação na prática médica.

Em função disso, a insegurança permeou o pensamento e as expectativas do grupo executor. “Qual o papel do médico e do estudante de medicina na educação em saúde?”; “qual a importância dessas atividades ante a consulta médica?”; “como

essa experiência poderia contribuir para nossa formação e futura atuação profissional?”.

Com intuito de sistematizar e possibilitar maior tempo de reflexão sobre os resultados obtidos, as vivências nessa UBSF foram organizadas em etapas. Inicialmente, o encontro com as pessoas da equipe de saúde, profissionais e usuários(as) do SUS naquele espaço teve o fim de experienciar as ações de Educação Popular em Saúde que eram realizadas naquele local. Nessa oportunidade, foram acompanhadas a realização de dois grupos com a comunidade, conduzidos no formato “sala de espera”, quando as pessoas que estão aguardando por consultas em um dado momento recebem informações de um membro da equipe de alguma temática relacionada à saúde.

Nas oficinas em sala de aula, construímos entre professor e estudantes alguns saberes, e aprendemos que dentre as diversas maneiras de se promover saúde por meio da Educação Popular, é possível agrupar essas abordagens em dois modelos: tradicional e radical. A primeira, também chamada de preventiva, segue os pressupostos da antiga saúde pública. Tal modelo dificulta o desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos, ao subentender que ele nada sabe e que se deve apenas depositar os conhecimentos que se julgam importantes, sem que haja abertura para nenhum tipo de questionamento. Em contrapartida, o modelo radical tenta adequar-se às perspectivas e preceitos da nova saúde pública, uma vez que se propõe a promover a reflexão e a conscientização crítica do indivíduo acerca do seu contexto de vida (Souza et al., 2005).

Nesse sentido, a estratégia de grupos constitui um importante meio para colocar este modelo em ação, estimulando, assim, a autonomia dos indivíduos e a responsabilização do usuário por sua saúde, sem sua culpabilização. O educador, nesse

modelo horizontal, é um facilitador, e os temas abordados devem basear-se na demanda local. Isso se contrapõe ao modelo tradicional de educação em saúde, que tem enfoque na prevenção — e não promoção — em saúde e no qual o educador é o único detentor do saber (Souza et al., 2005).

Os grupos na comunidade, conduzidos de acordo com o modelo radical de educação em saúde, são uma das formas de promover saúde preconizadas pela Estratégia Saúde da Família. Nessas atividades, espera-se desenvolver, de forma coletiva, o conhecimento e a reflexão crítica acerca dos diversos temas abordados.

Durante nossas vivências na UBSF, pudemos observar que todas as ações que tinham o intuito de executar a Educação Popular em Saúde na UBSF eram, na verdade, realizadas de acordo com o modelo tradicional de educação em saúde, sendo mantida uma relação vertical entre os coordenadores e os participantes — os primeiros assumindo o papel de detentores do conhecimento e os segundos de ouvintes passivos. Observou-se a falta de entusiasmo dos(as) usuários(as) da Unidade, demonstrada pela ausência de participação dos membros da comunidade nessas ações — o que impedia a construção coletiva de conhecimento.

Diante dessa constatação, decidimos ouvir a população e a equipe de saúde. Elaboramos então um roteiro de entrevista, baseado na metodologia de estimativa rápida — um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território —, para identificar a opinião da equipe e usuários da UBSF a respeito das ações de educação em saúde realizadas (aqui não chamamos de Educação Popular por percebermos que ainda não era isso o que era feito de fato) e acerca do método utilizado nelas — críticas e sugestões — e levantamento

da demanda de temas a serem abordados (Campos, Faria & Santos, 2010).

Algumas das críticas levantadas foram a abordagem de temas não relacionados à demanda da comunidade, falta de envolvimento dos usuários e falta de dinamização das atividades. Foram temas sugeridos: saúde da criança, culinária e troca de receitas, sobrepeso e obesidade, sexualidade, hipertensão, diabetes, funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no SUS, papel da UBSF, dengue, vacinas, saúde da mulher, saúde do homem, álcool e drogas.

Notamos pelos resultados que, apesar de os encontros serem realizados com a população com certa periodicidade e de haver a realização de diversos grupos temáticos na agenda da Unidade, os anseios das pessoas estavam relacionados aos assuntos do cotidiano e que, com frequência, já haviam sido abordados em grupos realizados previamente, porém sem o despertar do efetivo interesse da população para participar desses encontros até então.

Diante dessa realidade, sugerimos uma mudança na abordagem das ações de educação em saúde, passando do modelo tradicional para o radical, praticando, de fato, os princípios da Educação Popular em Saúde junto à equipe e à comunidade daquela região. Para tal fim, solicitou-se que fosse reservado um tempo durante a reunião de equipe para exibição do que havia sido levantado até aquele momento, apresentando para a equipe, como nos foi ensinado em sala de aula, a Educação Popular em Saúde. Ou seja, não queríamos fazer uma simples palestra com a equipe de saúde sobre o tema, mas, sim, fazer um grupo, como os que gostaríamos de realizar com a população, com amorosidade, abertura ao diálogo, falas, escutas e disposição para a construção coletiva e compartilhada de saberes.

Na etapa seguinte, executamos um grupo com a equipe da UBSF, durante a reunião na UBSF. Escolhemos a música “Partido alto”, de Chico Buarque, a fim de incitar discussões a respeito de temas diversos. O objetivo dessa ação era apresentar a metodologia radical de educação em saúde para a equipe e discutir a possibilidade de sua aplicação nas atividades realizadas com a comunidade. Além disso, apresentamos os resultados das entrevistas realizadas anteriormente.

Os membros da equipe aceitaram o desafio. Iríamos aplicar a metodologia radical nas ações voltadas para a comunidade, efetivando a Educação Popular em Saúde na rotina daquele serviço de saúde do SUS, mas destacaram algumas dificuldades, como necessidade de espaço adequado e de participação ativa dos(as) usuários(as) da Unidade.

Foi pactuado ainda o tema que nortearia as próximas vivências: alimentação saudável, pois possibilitaria a abordagem de algumas das demandas identificadas nas entrevistas. Além disso, foi firmado que os grupos seriam realizados em roda, com mínima intervenção dos facilitadores e máxima participação popular.

As próximas três vivências na Unidade consistiram na realização de grupos com a comunidade com a temática citada anteriormente. Na primeira experiência, executou-se uma dinâmica em que os membros da comunidade montavam pratos que julgavam saudáveis — utilizando recortes de imagens de alimentos — e então opinavam a respeito do que foi produzido pelos outros grupos. Ao mesmo tempo que era surpreendente a articulação do conhecimento trazido para a roda, era perceptível a existência de incertezas quanto aos malefícios ou benefícios de determinados alimentos. Porém, foi visível aqui o impacto da Educação Popular em Saúde no cuidado em saúde das

pessoas. Valorizar os saberes e práticas populares e permitir que eles dialoguem abertamente e construtivamente com os saberes da Medicina nos permitiu ampliar a percepção do que é a própria Medicina e de como a prática médica pode beneficiar-se com a aproximação com a Educação Popular em Saúde no seu cotidiano.

Na tentativa de fazer daquele grupo um espaço da população, (re)construído cotidianamente, por ela, com sentidos e significados únicos e verdadeiros para cada um(a) que ali estava, elaboramos uma ação que não nos foi ensinada em sala de aula, nem tínhamos lido em nenhum texto sobre a temática. A abertura à nossa criatividade e a possibilidade de pensarmos soluções reais para os problemas cotidianos das pessoas, nos permitiu, junto com a população, solicitar, ao final da atividade, que os(as) participantes escrevessem suas dúvidas e anseios, sem a preocupação com sua identificação pessoal, em pedaços de papel. Pactuamos então, que esses questionamentos seriam abordados no próximo encontro.

Ali, a Educação Popular em Saúde começava a libertar a população e a equipe de saúde, emancipando-as de práticas tradicionais, descontextualizadas e sem sentido ou impacto algum no cotidiano e práticas de cuidado das pessoas. Algumas das dúvidas registradas foram: “sou idosa, posso dançar?”; “sou diabético, posso comer verduras?”. Essa estratégia, não somente permitiu uma identificação mais detalhada da demanda, como também serviu de motivação para que os usuários comparecessem ao grupo seguinte. A adesão da população, em todos os encontros, surpreendeu a equipe, já desacreditada na efetividade dessas práticas.

Após esse encontro, refletimos a respeito do que motivou esses questionamentos. Tópicos tão abordados e relevantes na

atenção à saúde, como realização de exercícios físicos e diabetes, apresentaram-se como dúvidas que, em nossa percepção e da equipe, deveriam ter sido abordadas nas consultas médicas. Isso nos fez pensar se a abordagem não foi feita ou se, em verdade, foi realizada como nos grupos anteriores da equipe de maneira descontextualizada e sem sentido para a população.

No segundo encontro, utilizamos os questionamentos registrados pelos(as) usuários(as) para elaborar um jogo de “verdade ou mito”. Nele, os membros da comunidade receberam placas de cartolina para expressar suas opiniões diante de alguns mitos e verdades envolvendo a temática da alimentação no cuidado em saúde. Após, todos(as) tinham abertura para problematizar o que pensavam, sem a preocupação de julgamentos de certo e errado. Com união e respeito, o grupo foi construindo conclusões sobre os mais variados assuntos que ali surgiram.

Por fim, no terceiro e último encontro, motivado pelas incertezas observadas nas discussões da primeira atividade, foi realizado um grupo que utilizou como recurso estético uma apresentação de *slides* que continha apenas imagens de diversos alimentos, sem textos. Com isso, os participantes discutiram a respeito de substituições saudáveis para alguns alimentos e trocaram receitas entre si.

Importante ressaltar a participação das agentes comunitárias de saúde que, além de estarem presentes em todas as atividades, prerrogativa da UBSF, participaram ativamente das discussões com questionamentos, inseguranças e respostas, assim como parte da comunidade presente. Isso representou para nós com mais clareza a integração com a população que elas representam e com a qual também trabalham.

Ao final das atividades com o grupo, os(as) estudantes de medicina pediram a opinião dos participantes a respeito de como

eles haviam se sentido com essas experiências e se haviam vivenciado algo parecido. O retorno foi considerado positivo, uma vez que vários participantes quiseram estar em todas as atividades e relataram que se sentiram à vontade para fazer suas perguntas e elaborar suas respostas. A equipe, que participou ativamente das discussões, comprometeu-se a dar continuidade às ações de educação em saúde dentro do modelo proposto, uma vez que elas despertaram o interesse da comunidade.

Outros grupos de estudantes realizaram atividades semelhantes em Unidades de Saúde de Uberlândia-MG, cada qual com seu contexto e dificuldades reais, mas todos(as) pautados nos princípios da Educação Popular, que ganhava forma, sendo conhecida e valorizada nos serviços públicos de saúde de um município do Triângulo Mineiro. Em 2016, o professor responsável pelo módulo inscreveu essas ações na segunda edição do Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde, conquistando o primeiro lugar na categoria Textos Artísticos, o que deu nos deu, estudantes, equipes de saúde e população não apenas o orgulho da conquista, mas a esperança de um cuidado em saúde melhor por meio das práticas da Educação Popular em Saúde em Uberlândia-MG.

Educação popular em saúde no currículo médico: uma caminhada ainda em construção

Entendemos a importância da realização de atividades de prevenção e promoção da saúde no espaço das Unidades Básicas de Saúde da Família, visto que este é o serviço com o qual, geralmente, a população possui mais forte vínculo, possibilitando maior efetividade das ações. Assim, percebe-se o

valor das plurais atividades regularmente realizadas na UBSF em questão.

A realização de grupos na comunidade faz parte do cotidiano das UBSF. Salas de espera são realizadas diariamente e grupos operativos ocorrem regularmente. Como resultado da realização dessas atividades, espera-se desenvolver a reflexão crítica da população para que ocorra o empoderamento e a ampliação da autonomia dos indivíduos, tendo como resultado a promoção da saúde.

Embora os grupos sigam como base o modelo radical de educação em saúde, na prática, ainda há características marcantes do modelo tradicional, as quais devem ser superadas; como o não estabelecimento da relação horizontal — com os facilitadores se posicionando como detentores do conhecimento e os participantes como pessoas passivas — e a apatia da população durante a realização das atividades referidas (Souza et al., 2005).

Tentamos trabalhar nessas atividades de forma horizontal e por meio da problematização. Pretendeu-se discutir, com ênfase no sujeito, os problemas vivenciados em sua própria realidade com todas as contradições a ela inerentes, buscando, em conjunto, formas de transformá-la (Brasil, 2014).

Para este fim, a forma como os conceitos foram abordados em sala de aula foi de grande ajuda, uma vez que os ensinamentos sempre estiveram pautados nos princípios da Educação Popular em Saúde. Dessa forma, sem perceberem, os(as) estudantes foram sensibilizados para as práticas de Educação Popular em Saúde, sua importância e impactos, o que contextualizou e aproximou de nossas realidades o trabalho que, em seguida, foi realizado com a população.

Além disso, notamos que a escolha compartilhada do tema para o grupo operativo e a aplicação do modelo radical de

educação em saúde são essenciais para que os participantes se sintam estimulados a compartilhar seu conhecimento. Outros aspectos se mostraram importantes para o desenvolvimento das dinâmicas, como a escolha do espaço físico para a realização do grupo — para que se evite a dispersão da atenção dos participantes —, e o envolvimento das pessoas que se encontram no local, uma vez que a presença de conversas dispersas ou então o descrédito à relevância daquela atividade, podem prejudicar seu desenvolvimento.

Observamos que os grupos permitem a troca de experiências e a construção conjunta de conhecimento, propiciando o desenvolvimento, pela população, de planos de ação, assim como a responsabilização pela própria situação de vida. Essa estratégia permite a ampliação da prática em saúde, que passa a abordar e a enfrentar as diversas dimensões das doenças.

Verificamos, por meio da apreciação das perguntas realizadas anonimamente pelos usuários, que a Educação em Saúde preenche uma lacuna na prática em saúde, permitindo articular a atividade médica com os saberes e necessidades da população. Além do empoderamento das pessoas, há um componente transformador na Educação Popular em Saúde para a formação médica. Quando tentamos encontrar uma forma de diálogo com a população, percebemos que esse esforço deve extrapolar o contato em grupo para o feito também dentro dos consultórios. Isso permite uma transição do modelo de atenção médico tradicional — autoritarista, paternalista e biologicista — para uma prática integral (Ribeiro & Amaral, 2008).

A superação do distanciamento entre médico e paciente propiciada pela Educação Popular em Saúde possibilita, além de atenção integral, o fortalecimento do vínculo médico-paciente, essencial para o sucesso da prática (Ribeiro & Amaral, 2008).

Entretanto, notamos que a aplicação do modelo radical é dificultada por fatores diversos. A intenção de se estimular a autonomia dos indivíduos é limitada pelo contexto social e cultural da população, pois restringem as escolhas cotidianas. Além disso, a saída do papel do detentor de conhecimento e a aproximação com o subjetivo do outro que é desconhecido, podem intimidar os(as) médicos(as) a adotarem suas práticas e princípios no cuidado em saúde das pessoas.

Por fim, é possível destacar que a prática se apresenta com grandes e potencialidades, que emergem da imprevisibilidade do lidar com pessoas, devendo o profissional de saúde estar aberto à troca de experiências nos encontros com as coletividades. A disposição para construir com a diversidade e a vivência frequente amplificam o alcance dos objetivos propostos e permitem que as pessoas se transformem a cada nova ação de Educação Popular em Saúde.

Referências

- BRASIL. Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 19-9-2013.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20-9-1990, p. 18055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretária-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*.

- Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 5, n.º 1, pp. 163-77, 2000.
- CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P. & SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2.^a ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- PAIVA, C. H. A. & TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 21, n.º 1, pp. 15-35, 2014.
- RIBEIRO, M. M. F. & AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 32, n.º 1, pp. 90-7, 2008.
- SOUZA, A. C. de et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol. 26, n.º 2, pp. 147-53, 2005.

Claudete do Amaral Lins*
Deise Juliana Francisco†
Diego Januário‡
Udson Pinheiro Araújo#
Williane da Silva Santos¶

A CONSTRUÇÃO DE TEATRO DO OPRIMIDO NA SAÚDE MENTAL EM ALAGOAS

Em 2015, teve curso uma experiência de Teatro do Oprimido na Saúde Mental financiada pelo Ministério da Saúde, que, apesar de um lapso no tempo, a partir de 2016 está tendo sua oportunidade de continuidade

*Terapeuta ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial Casa Verde/ Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal); mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE), pela Universidade Federal de Alagoas; colaboradora do Projeto de Extensão/Ufal Teatro do Oprimido na Saúde Mental em Maceió.

† Psicóloga, doutora em Informática da Educação/UFRGS; professora do Centro de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação/Ufal; coordenadora do Projeto de Extensão/Ufal Teatro do Oprimido na Saúde Mental em Maceió.

‡ Bailarino; graduando em Dança licenciatura pela Universidade Federal de Alagoas; e bolsista do Projeto de Extensão/Ufal Teatro do Oprimido na Saúde Mental em Maceió.

Multiplicador de Teatro do Oprimido; graduando em Teatro licenciatura pela Universidade Federal de Alagoas; e bolsista do Projeto de Extensão/Ufal Teatro do Oprimido na Saúde Mental em Maceió.

¶ Psicóloga; graduanda em Pedagogia licenciatura pela Universidade Federal de Alagoas; e bolsista do Projeto de Extensão/Ufal Teatro do Oprimido na Saúde Mental em Maceió.

mediante a criação do Projeto de Extensão Universitária Teatro do Oprimido na Saúde Mental em Maceió, aprovado em agosto de 2016 pelo Edital do Programa Círculos Comunitários de Atividades Extensionistas — ProCCAExt/2016 — da Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Este relato de experiência objetiva detalhar a experimentação realizada em 2015 com usuários e trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial¹ (Caps) Casa Verde e o desejo de continuidade das oficinas de Teatro do Oprimido, a implantação do projeto de extensão — incluindo seus objetivos e o relato sobre os encontros.

É importante salientar que o município de Maceió-AL possui uma rede com cinco Caps municipais (um Caps III, três Caps II e um Caps I de Infantojuvenil) e dois Caps em processo de habilitação pela Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal) —, 25% de cobertura de Programa de Saúde da Família, seis equipes de consultório na rua, um Hospital Psiquiátrico público (cento e sessenta leitos), duas clínicas privadas conveniadas pelo SUS, ambulatórios especializados nas unidades de saúde, leitos de saúde mental em hospital geral e residências terapêuticas ainda em projeto de implantação. Diversas ações são desenvolvidas, mas o município ainda carece de uma rede operante e de iniciativas para propiciar empoderamento dos usuários da rede.

O Teatro do Oprimido (TO) tem na sua essência os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria

1 O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço aberto para atendimento de pessoas com sofrimento mental grave que demandam atenção intensiva. É um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial de acordo com Portaria 3.088 de 23-12-2011. Os tipos de Caps são: Caps I, II, III (sendo o III 24 horas), Caps I – Infantojuvenil – e Caps AD – Alcool e outras drogas.

n.º 2.761 de 19 de novembro de 2013. São esses princípios: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Em Alagoas, houve a iniciativa de uma trabalhadora do serviço em atuar com TO, em 2015, com apoio do Edital de Fortalecimento do Protagonismo de usuários e familiares da saúde mental pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, para dar continuidade às oficinas, foi feita parceria com a Universidade Federal de Alagoas, em atividades de extensão.

Nesse sentido, um dos motes do projeto de extensão é trabalhar na formação de multiplicadores da metodologia de TO com trabalhadores da saúde mental e professores da rede estadual e municipal de Alagoas, assim como possibilitar a consolidação de um grupo de TO na Saúde Mental que possa ser um instrumento de sensibilização, desmecanização, mediação de conflitos e luta por direitos, uma vez que, em Alagoas, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é carente de espaços de inclusão social.

O Teatro do Oprimido e a saúde mental

O TO é uma metodologia teatral que foi desenvolvida pelo teatrólogo Augusto Boal na década de 1970. Ao longo de mais de quarenta anos de prática em vários países do mundo sua metodologia se expandiu, estando presente nos cinco continentes por meio da criação de várias técnicas de teatro, jogos e exercícios e da estética do Oprimido (Sanctum, 2001)

Boal desenvolveu uma metodologia capaz de desmecanizar os corpos e fazer que as pessoas possam libertar-se das amarras estéticas e criar uma maneira própria de se expressar e de se

reconhecer (Sanctum, 2001; Boal, 2008; 2009). Criou uma metodologia que pode oferecer muitas contribuições para o modo de inclusão das pessoas ditas diferentes em nossa sociedade. Ele nos mostra que o “ser humano é ser artista” e que a linguagem teatral faz parte de nosso cotidiano, é humana por excelência. Para Boal (2008), o teatro “é a capacidade dos seres humanos (ausente nos animais) de se observarem a si mesmos em ação. Os humanos são capazes de se ver no ato de ver, capazes de pensar suas emoções. . . podem se ver como são agora e se imaginar como serão amanhã” (p. 10).

As experiências com TO na saúde mental no Brasil iniciaram-se em 1994, quando o Centro de Teatro do Oprimido (CTO) foi chamado para fazer um trabalho com idosas atendidas semanalmente pelo setor de psicologia no Hospital D. Pedro II. Desde 2004, o CTO-Rio trabalha mais sistematicamente com a saúde mental com apoio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, capacitando profissionais como multiplicadores do método. Essa foi uma ação que se expandiu por vários Caps, Unidades Básicas de Saúde (UBSs), pela Raps e deu origem a várias ações e grupos de TO na Saúde Mental pelo Brasil (Metaxis, 2011). Em Fortaleza, foi realizado um projeto também financiado pelo mesmo edital do Ministério da Saúde nos meses de outubro e novembro de 2014 (Santos, Joca & Souza, 2016).

Essa é uma metodologia que permite um campo de intervenção capaz de promover a expressão, o protagonismo e novas possibilidades de transformação do cotidiano das pessoas com sofrimento psíquico. O TO tem-se afirmado como um dispositivo criativo, inovador e potente para sensibilizar a sociedade, questionar ou refletir sobre o ideário de incapacidade, periculosidade e delinquência existente, assim como funcionar como um canal de expressão e superação de conflitos internos.

O processo rumo à expressão, alternativas e avanços em Alagoas

Claudete Lins, trabalhadora de um Caps — dentre tantas(os) outras(os) da área da saúde mental em Alagoas —, identificou-se com o TO e percebeu os benefícios e a potencialidade da metodologia para lidar com esses enfrentamentos quando participou do projeto Vidarte-Ufal (2011) e se apropriou da sistemática, vislumbrando seus efeitos se aplicados no serviço com usuários. Ali estabeleceu um sólido vínculo com o multiplicador de TO Udson Pinheiro e, juntos, escreveram o “Projeto Teatro do Oprimido na Saúde Mental: expressão, alternativas e avanços”. O empreendimento foi financiado em 2015 com o Edital de Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da Saúde Mental pelo Ministério da Saúde.

O projeto foi realizado no período de setembro de 2015 a novembro de 2015, no Teatro Linda Mascarenhas, em Maceió, por Udson Pinheiro Araújo e Giselle Torres Chaves, com a coordenação de Claudete do Amaral Lins, sob a gestão da Supervisão de Atenção Psicossocial/Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (Sesau/AL). Foram realizadas cinco oficinas introdutórias nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Maceió e reunião com representantes dos serviços para apresentar o projeto e pensar a logística de participação dos usuários. Foram disponibilizadas uma média de seis vagas para cada Caps. As oficinas de TO foram realizadas semanalmente, às segundas e terças-feiras, com duração de três horas, no Espaço Cultural Linda Mascarenhas no período de 8-9-2015 a 16-11-2015. Inscreveram-se e participaram do projeto usuários de três Caps (Caps Casa Verde, Caps Rostan Silvestre e Caps AD Everaldo

Moreira), totalizando trinta pessoas — dentre elas, dois familiares e uma trabalhadora. Durante todo o processo, assistiram aos ensaios e também participaram das oficinas estudantes de Medicina, Psicologia da Ufal/Uncisal e Cesmac, além de residentes de Enfermagem Psiquiátrica da Uncisal, membros do Coletivo Alagoas Antimanicomial e trabalhadores.

A opção de realizar as oficinas fora do espaço físico do Caps foi intencional para oferecer um clima diferenciado, uma atmosfera real, um espaço de experimentação diferenciado do espaço de tratamento — um ambiente social. Nos depoimentos dos usuários, essa intenção foi legítima: eles gostaram, sentiram-se à vontade e se perceberam ocupando outras esferas.

Ao final do processo, foi encenada no Teatro Linda Mascarenhas a peça de Teatro Fórum² *Marcas da opressão*, que retratou a história de violência doméstica de uma das participantes do projeto — situação identificada pela própria usuária como desencadeadora da desestruturação de seu núcleo familiar e de seu estado de sofrimento psíquico. Os usuários ficaram muito felizes, sentindo-se orgulhosos pela produção: por mostrar a própria história ao público e por desempenhar o papel de artistas. O grupo empenhou-se intensamente na construção do espetáculo que lotou o Teatro (cento e vinte lugares) e teve resposta muito positiva dos espectadores. Foi exibido, antes do espetáculo, um vídeo com fotos de todo o processo de trabalho nas oficinas, assim como depoimentos dos usuários e de uma trabalhadora sobre seu aproveitamento e o significado que o TO teve para cada um.

Adiante segue o depoimento de uma trabalhadora do Caps que participou ativamente das oficinas, ajudando até mesmo a

² Teatro Fórum — uma das técnicas do arsenal do Teatro do Oprimido — talvez a mais praticada — na qual os espectadores são convidados a entrar em cena para encontrar saídas para a opressão vivida.

sustentar a participação dos usuários, acompanhando-os até o Teatro Linda Mascarenhas. Foi fundamental a contribuição de Cleonice da S. Medeiros.

Eu adorei participar do Teatro do Oprimido porque motiva a gente a falar dos nossos problemas, dos nossos dilemas, das nossas dificuldades — porque eu também me encaixo dentro da saúde mental. Para mim, foi muito importante porque eu vi os meus problemas refletidos entre os pacientes e para mim foi de grande importância porque eu vi que não é só comigo e sim com outras pessoas que passam pelo mesmo problema. E, assim, juntando forças, eu tive a oportunidade de ficar mais forte, entender melhor, de suportar o que eu vinha sofrendo. Hoje me sinto mais tranquila: não digo feliz, mas me sinto mais preparada para lidar com a situação que eu vivia antes reprimida. Esse foi meu objetivo, para mim foi muito importante. Eu gostei demais porque antes eu não tinha coragem de falar e hoje eu vejo as pessoas falando do problema, porque eu vivi dentro do contexto da peça (Técnica de enfermagem).

Nas palavras da usuária Maria Aparecida dos Santos, o valor do Teatro do Oprimido para a saúde mental, possibilitar que a pessoa se sinta “valorosa”, é realmente significativo.

Para mim foi uma experiência muito grande fazer o Teatro do Oprimido, porque a gente se desenvolve, sai do mundo virtual que é dos remédios. A gente prepara muito bem a mente, tira a confusão que fica da doença. A gente tem a doença deprimida, sai da depressão, de tudo,

porque a depressão é uma coisa ruim, e o Teatro do Oprimido mostra que a gente tem oportunidade, somos capazes de fazer alguma coisa por nós mesmos. Tem que mudar tudo isso. Eu vivia numa depressão triste. . . e o Teatro do Oprimido tirou isso tudo da gente, mostrou que a gente é valoroso, modificou tudo: a gente pode viver na vida real, assim como qualquer pessoa. O teatro do oprimido está de parabéns. Eu adorei, é um movimento único (Personagem da mãe da protagonista da história).

Foi uma experiência muito significativa para nós e para os participantes do processo, expressa no sucesso da peça, na satisfação e nos depoimentos de cada um dos envolvidos. Pelo TO, foi possível o encontro genuíno entre todos os envolvidos de forma solidária, intensa, construída pelo encontro de nossas similaridades, desenvolvendo a empatia sobre as dores e alegrias de ser quem se é. Essa postura de abertura legitimou a fala e a sensibilidade de cada um.

Por ser uma metodologia artística, pedagógica e social com viés dialógico, nosso encontro não foi baseado em diagnósticos e prescrições, mas no que poderíamos ver, sentir e comungar, entendendo ainda que, de algum modo, todos/as já passaram ou passam por algum nível de sofrimento psíquico durante a vida. Boal (2009) propõe estimular a saúde mental que ainda exista em cada usuário. Não tratamos a doença: estimulamos a saúde. Os papéis sociais e as relações de poder entre usuários, familiares e trabalhadores foram, durante aqueles momentos, diluídos. Havia uma integração perfeita entre eles. Naquele momento, foi possível o encontro entre essas categorias como participantes de um processo teatral, criando arte e conhecimento mediante a partilha de vivências e desejos de um mundo melhor.

Outros produtos do projeto que revelam o protagonismo dos usuários são a criação do logotipo do projeto, a criação do cenário e das obras de Artes Visuais baseadas na Estética do Oprimido, que ficaram em exposição no dia da apresentação do espetáculo, e a figura humana Francida, construída a partir da história de vida de duas participantes do projeto que relataram sua vivência como cortadoras de cana, em situação análoga à escravidão. Os temas abordados ao longo das oficinas do primeiro projeto mostraram a diversidade nas histórias de vida e a amplitude no campo de interesse dos(as) participantes, além de sugerirem algum nível de entrelaçamento entre as opressões vividas e o surgimento do sofrimento psíquico.

Extensão: diálogo, vivências e construção

Com base nos resultados obtidos no projeto anterior, a terapeuta ocupacional Claudete Lins atentou ao aprofundamento do diálogo entre a prática do TO e a saúde mental, traduzidos no desejo de usuários, da trabalhadora e da equipe para a retomada das oficinas de Teatro do Oprimido. Em 2016, foi selecionada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Alagoas (PPGE/Ufal), com a orientação da Prof.^a Dr.^a Deise Juliana Francisco, na linha de pesquisa de inclusão de pessoas com deficiência e sofrimento mental com o projeto de pesquisa intitulado “Teatro do Oprimido e os Percursos de Vida dos Usuários da Saúde Mental”.

O projeto de extensão mencionado possibilitou que a trabalhadora do Caps Casa Verde retomasse as oficinas de TO com os usuários. Desde janeiro de 2017, trabalhadora/mestranda e bolsistas — sendo um dos bolsistas o multiplicador do TO

formado pelo CTO — vêm desenvolvendo oficinas semanais com duração de aproximadamente três horas, com média de quinze usuários do Caps Casa Verde e uma usuária convidada de outro serviço. O Caps acolheu totalmente a proposta, e a oficina de TO compõe a programação do serviço, sendo muito valorizada pela coordenação e pela equipe. As oficinas foram realizadas durante seis meses, formando usuários e trabalhadores na metodologia de forma que o grupo possa continuar a experiência. Estão previstas apresentações de peças de Teatro Fórum na Rede de Atenção Psicossocial e em outros espaços públicos de Maceió, assim como Mostras da Estética do Oprimido, que estão sendo desenvolvidas durante o processo.

O projeto se constitui de uma coordenadora, dois colaboradores e três bolsistas. Os bolsistas são alunos dos cursos de Pedagogia, Dança e Teatro. Tal projeto articula ações entre o Centro de Educação, Enfermagem e Coordenadoria da educação à distância, Laboratório Alagoano de Teatro do Oprimido (Lato) e Caps Casa Verde/Uncisal. Nesse sentido, pretende fortalecer a parceria e a atuação interdisciplinar entre educação, arte e saúde.

Para tanto, o projeto propõe-se à oferta e desenvolvimento de oficinas de TO para o público de usuários da saúde mental, professores e comunidade acadêmica da Ufal. Acreditamos que esta metodologia teatral possa contribuir para o debate dos temas considerados importantes para esses grupos.

A fase inicial do projeto de extensão contou com a formação em TO ofertada pelo multiplicador a todos os integrantes do grupo. A partir de aulas teórico-práticas com exercícios e jogos do método, além de textos de Augusto Boal, os integrantes vivenciaram e explanaram suas inquietações acerca da metodologia proposta — passo importante para a solidificação

do grupo e qualidade no serviço proposto à comunidade. As vivências adquiridas durante a formação e as experiências profissionais de cada integrante do grupo foram peças-chave para a construção de uma metodologia pautada nos anseios e dificuldades encontradas nos perfis dos grupos com que iremos atuar.

Como o TO é uma metodologia complexa e rica, são necessárias vivências intensivas, chamadas de maratonas, nas quais aplicamos os exercícios estudados em nós mesmos e nos outros — estes como ferramentas avaliativas do processo de formação em TO. A maratona é um momento de imersão na metodologia do TO em que o grupo de participantes se reúne por quatro períodos seguidos (um fim de semana, por exemplo) e vivenciam jogos e exercícios teatrais, aquecimento, diálogo, escolha de uma estória e construção de uma peça de Teatro Fórum que em seguida é apresentada a convidados.³

Na retomada das oficinas, já realizamos sete encontros (janeiro a março de 2017), que, com a mobilização intensa dos usuários e o potencial lúdico do arsenal de jogos do TO, proporcionam a expressão e a emergência de conteúdos da vida: sentimentos, desejos, medos, possibilidades e impossibilidades, os quais traduzidos em arte e celebração, como diz um usuário, geram novas ações e a comunhão para uma vida melhor.

Considerações finais

O processo para construção de uma proposta de longo prazo se faz paulatinamente e envolve desejos de diversos

³ Compartilhamos mais detalhes dessas experiências no *blog* Teatro do Oprimido na Saúde Mental em Maceió-AL, disponível no link <<http://tonasaudemementalmaceio.blogspot.com.br>>.

participantes da rede de atenção psicossocial: usuários, familiares, trabalhadores, estudantes, professores, Coletivo de Luta Antimanicomial, Associação de Usuários e Familiares, entre outros serviços da rede e comunidade. Chamamos a atenção para a relação entre universidade e serviços, no sentido de que a rede é composta por diversos atores sociais que propiciam ações, desde que sintonizados com os mesmos desejos e sonhos comuns. Neste caso específico, a articulação entre arte e saúde mental foi o foco, com a democratização da arte e a coconstrução autoral de nossos percursos de vida (de trabalhadores, alunos, usuários, familiares) — tão singulares e coletivos ao mesmo tempo.

O coletivo extensionista pode promover algumas ações e a intenção é propiciar alguma sustentação temporal do TO na saúde mental em Alagoas, contando com apoio de editais inicialmente. Propostas como a do Teatro do Oprimido, que não fazem parte do universo dos grupos terapêuticos dos Caps, demandam essas articulações para além do campo da saúde, incorporando novos atores; podem ajudar a romper paradigmas cristalizados e gerar repercussões na vida e no ideário da sociedade, além de oferecer matéria-prima de primeira qualidade para a formação de profissionais em saúde mental com um olhar diferenciado e um potencial para colaborar com a inclusão social das pessoas que têm sofrimento mental. O Teatro do Oprimido, para ser assim chamado, deve sempre propor-se a trabalhar os desejos, necessidades e direitos dos(as) oprimidos(as) participantes: construindo espaços de diálogo, os empoderam por meio da escuta mútua e da participação nas decisões coletivas sobre os rumos do processo. Esse *modus operandi* contribui para diagnosticar e evitar pressões externas ou tentativas de dirigismo por parte de instituições e pessoas.

Nesse sentido, conseguimos operar com a intersectorialidade, apesar das diferenças de funcionamento e de objetivos das instituições de cuidado e de formação no tocante a horários e exigências da gestão dos serviços. Entretanto, essas diferenças podem ou não tornar-se dificuldade, tendo em vista o compromisso com a inclusão e a busca por construção de práticas educativas em serviço. Assim sendo, temos a inflexão nas duas instituições, tanto de ensino quanto de atenção psicossocial.

O momento de encontros preparatórios para as oficinas tem-se mostrado essencial para a vivência do TO e para que as atividades sejam orgânicas e abranjam subjetivamente todos os envolvidos, em uma horizontalização das relações entre serviço, equipe extensionista e usuários.

Referências

- AGÊNCIA ALAGOAS. Disponível em <<http://agenciaalagoas.al.gov.br/noticias/projeto-fortalece-protagonismo-de-pessoas-com-sofrimento-mental>>. Acesso em 9-9-2015.
- BOAL, A. *O arco íris do desejo: o método Boal de teatro e terapia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- BOAL, A. *Jogos para atores e não atores*. 12.^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- BOAL, A. *A estética do oprimido*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.
- BRASIL. Portaria MS de n.º 2.761, de 19-11-2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em 10-1-2017.
- CTO/Rio. Teatro do Oprimido na Saúde Mental. *Metaxis: Informativo do Centro de Teatro do Oprimido*, n.º 7, 2011. Disponível em <<http://ctorio.org.br/novosite/wp-content/uploads/2009/09/METAXIS.pdf>>. Acesso em 14-10-2013.
- ESTADO DE ALAGOAS. Diogo Braz. *Teatro contra a opressão. Instituto Zumbi dos Palmares*. Disponível em <<http://www.izp.al.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/2015/setembro-2015/teatro-contra-a-opressao>>. Acesso em 18-3-2017.

- SANCTUM, F. *Estética do Oprimido de Augusto Boal*. Mestrado. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Ciência da Arte, Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em <http://www.uff.br/cienciadaarte/dissertacoes/2011_flavio_santos.pdf>. Acesso em 8-12-2015.
- SANTOS, E. S.; JOCA, E. C. & SOUZA, A. M. A. Teatro do Oprimido em saúde mental: participação social com arte. *Interface* (Botucatu) [on-line], vol. 20, n.º 58, pp. 637-47, 2016. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832016005008102&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em 10-1-2017.

Juciany Medeiros Araújo*

ALGUNS PASSOS PARA VIVENCIAR EXPERIÊNCIAS EM EDUCAÇÃO POPULAR E PRÁTICAS EDUCATIVAS NO SUS

Este é um relato de experiências de práticas educativas no SUS, vivenciadas há treze anos, após formação no curso de Nutrição na UFPB.

Relembrar essas experiências traz uma bagagem de reflexões que já estava sendo construída desde minha formação universitária entre projetos de extensão, estágios e vivências. Ambiente como os tais permitiram meu primeiro contato com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Após formada, nas semanas seguintes, fui trabalhar como técnica na gestão de Educação em Saúde, na Secretaria de Saúde de João Pessoa (PB). Neste momento, tive a oportunidade de conhecer a Educação Permanente¹ e praticar em meu trabalho a Educação Popular em Saúde, e então comecei a entender a

* Nutricionista no Núcleo de Apoio a Saúde da Família-Nasf/Recife-PE. Mestre em Avaliação em Saúde. Especialista em Nutrição Clínica.

1 A Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população.

gestão no SUS e algumas falas dos profissionais do serviço, tais quais, “é impossível mudar os vícios de trabalho de alguns profissionais”, “os setores do SUS não dialogam”, “quem está lá em cima nunca vai entender a gente da ponta”; ou ainda, “na universidade você vive uma coisa, e aqui a realidade é outra”. Estas frases para mim, recém-formada, soavam como se surgissem de profissionais que estavam cansados de falsas promessas políticas ou que estavam estagnados entre sua rotina e um anseio de avanços para o Sistema Único de Saúde.

Entretanto, após mais de dois anos de trabalho, tive a oportunidade de sentir como eu poderia compreender o profissional da rede do SUS, e como, apesar de importantes, a bagagem acadêmica pode estar distante da realidade e ainda assim permitir identificar possibilidades no ativismo da rotina de serviço.

Em seguida, parti para um município de pequeno porte, Ibimirim-PE, para atuar como nutricionista, com o diferencial de que agora estava em contato mais intenso com a população, ou como dizem, na ponta. Apesar de contratada para trabalhar quarenta horas, contraditoriamente eu só poderia trabalhar vinte e cinco horas, uma vez que o município havia aprovado, na câmara de vereadores, que os órgãos públicos da cidade só podiam funcionar até às catorze horas, como uma forma de reduzir os gastos públicos (com exceção de alguns serviços internos). Por consequência, eu tinha de atender trinta usuários no ambulatório, das oito às treze horas, e para ir ao banheiro ou pegar uma água, era necessário que eu pedisse licença em meio ao atendimento.

Após o primeiro mês nesta rotina, comecei a me perguntar da mesma forma que ouvia os outros profissionais fazerem durante minha experiência de gestão: “é isso mesmo o SUS? se é, como posso mudá-lo? como fazer?”.

No segundo mês, fiz um levantamento das características sociais, econômicas e culturais do público que eu atendia e como poderia otimizar os quinze a vinte minutos que acabava tendo de dispor para dialogar com o usuário. Percebi ser fundamental a compreensão de que grande parte do público atendido era da zona rural ou periurbana, que chegava ainda na madrugada porque dependia de um transporte, às vezes de horário único, que fazia o trajeto passando pela sua localidade e, pela mesma razão, tinha hora para retornar. Isso ocasionava muitas vezes na necessidade de que eu realizasse o atendimento ainda mais rápido e muito mal os escutava, no máximo, conversávamos durante a consulta porque precisavam sair rápido para não perder o horário desse transporte, isso quando muitas vezes não dava nem tempo de serem atendidos, sendo necessário mais uma vez marcar consulta ou desistir de se cuidar. Além disso, percebi também que cerca de 40% dos que eu atendia, não sabiam ler, então de que adiantava eu escrever no papel qualquer tipo de orientação?

Após essa compreensão, o primeiro passo para reorganizar o atendimento foi abrir a porta da minha sala todas as manhãs e perguntar: “quem aqui é da zona rural?”. Na primeira vez um minuto de silêncio pairou, pensei até que não tinha falado correto, até que um senhor, levantou dizendo que morava há horas da cidade e que, apesar de seu transporte sair em umas duas horas, sua ficha seria a de número 12. Então perguntei se todos ali presentes permitiriam os usuários da zona rural terem prioridade, mas que todos ainda seriam atendidos. Assim, eu poderia escutar melhor o que eles tinham a me dizer e ajudar no que fosse possível. Além disso, uma vez que muitos vinham em família, pai, mãe, filhos, e às vezes amigos, poderíamos também nos organizar de uma forma que quem estivesse em família

poderia entrar juntos, mas se não quisessem, continuaríamos o atendimento individual. Existe a compreensão de que o atendimento individual é a melhor solução ao ambiente ambulatorial, entretanto, para que existisse ali um acesso universal à Atenção Básica, foi necessário agir pelo princípio da equidade de modo a alcançar oportunidades entre todos.

Com as pessoas que não sabiam ler, passei a escutar, observar e, portanto, compreender como aquelas pessoas podiam em poucos minutos entender as informações que eu estava tentando compartilhar. Começamos a utilizar diferentes linguagens e saberes, levando lápis de cor, desenhando ou fazendo outros esquemas com figuras e pratos com alimentos da cozinha do hospital; tudo que facilitasse a memorização e a aplicação do aprendizado.

No início disso tudo, eu costumava acabar o expediente uma hora mais tarde em relação ao definido, mas foi gratificante, pois parece que havia conseguido. Após algum tempo de trabalho, eu passei também a conseguir ir ao banheiro, beber água com mais tranquilidade e até comer algo no horário de almoço.

Eventualmente comecei a ter os primeiros retornos, percebi que para minha clínica ser eficaz eu precisava entender a cultura, o contexto social, os hábitos daquela cidade, compreender uma linguagem diferente da minha. Isso é bastante importante para os diálogos, exemplo disso foi quando uma mãe chegou com seu bebê e disse: “doutora, meu filho está soltando muito vento, me ajude” e eu que trabalhava ali admitidamente não sabia o que era “soltar vento”. Com meia hora de conversa descobri quando, falando sobre a vida, ela me diz: “pois é, doutora. Eu solto também muito vento quando como batata-doce”.

Passei a ir ao supermercado, frutarias, sentar na praça e dessa forma surgiu para mim uma das primeiras respostas para

o número elevado de hipertensos: a água da cidade é salobra, segundo um morador, sendo assim não é preciso colocar sal na água do feijão. Muitas pessoas acham que a água é tratada e bebem água da torneira, daí que vem muita gente com *Helicobacter pylori*,² devido à água contaminada. Confirmei posteriormente essa informação quando saí das imediações da Atenção Básica e fui dialogar com o farmacêutico do hospital para saber se o SUS ali liberava medicamento para o tratamento.

E a diabetes, por que tanta gente diabética? Vários valores podem estar associados a ela, mas uma coisa ainda pouco discutida, e que pode ser uma informação enganosa para quem tem muito ainda a aprender sobre o assunto, é a indicação de adoçante como medicação. Um senhor chega a mim durante o atendimento com um fardo de refrigerante *diet*. Ao entrar, ele mostrou a indicação nutricional do médico e nela uma longa lista de restrições que deveria seguir por escrito, embora o usuário fosse analfabeto.

Eu olhei para o refrigerante e perguntei se era para vender, ele riu e disse: “não doutora, é para eu beber. O doutor que passou, fui logo e comprei para o mês porque ele disse que nem posso comer manga e nem banana. Sou agricultor e é o que planto”. O hábito alimentar da região consiste em maior parte na banana, melancia, manga, carne de bode frita e muita farinha. O meio econômico mais comum é a agricultura rural e periurbana além de servidores públicos e comerciantes.

A cultura local entendia que a fala do doutor era a última fala do juiz, logo, compreender que eu, recém-chegada na cidade, iria confrontar a orientação médica, seria grande impacto. Tive

² *H. pylori*, ou *Helicobacter pylori*, é uma bactéria que se aloja no estômago ou intestino, onde prejudica a barreira protetora e estimula a inflamação, podendo provocar sintomas como dor e queimação abdominal, além de aumentar o risco para o desenvolvimento de úlceras e câncer.

de primeiro utilizar a fala da doutora da mesma forma: “o senhor sabe que sou doutora também, e preciso colocar que as informações estão sempre mudando, e este refrigerante não irá lhe ajudar, assim como estes adoçantes. Se o senhor quiser, posso ir ao mercadinho e trocar por alimentos que irão colaborar com sua melhora”

E lá foi a “doutora da comida” no mercadinho fazer compras com o senhor agricultor. Após esse dia, até o dono do mercadinho veio a minha procura, para que eu fizesse um cartaz com os alimentos que o diabético podia comer, para seus clientes melhorarem seus hábitos associados ao seu comércio.

Alguns meses passaram e comecei a ter demandas de pessoas que tomavam muito remédios controlados, ansiolíticos. Numa anamnese mais dialógica, uma das pessoas relatou que havia sido encaminhada até mim pelo Centro de Atendimento Psicossocial (Caps). Até então eu nunca tinha visitado este equipamento do SUS, e lá fui conhecer e saber como eu, nutricionista do ambulatório hospitalar da cidade, podia estar atendendo tantos encaminhamentos do Caps, com diagnóstico de sobrepeso ou transtornos alimentares.

No Caps, conversei com a equipe e percebi que alguns usuários semi-internos passavam o dia lá e iam para casa à noite, mas que lá, nas oficinas de culinária, acabavam fazendo quatro refeições diárias sem atividade física, sendo, em sua maioria, pessoas que faziam uso de medicamentos que alteravam o metabolismo.

Com um tempo, fui descobrindo que, para vencer os percalços da intersetorialidade no SUS, demonstrar disponibilidade é uma das formas de interagir, dialogar e ter aproximação. Com essa atitude, passei a ir uma vez por semana também ao Caps e atendê-los lá, em grupos de Educação em Saúde e interagindo com outras oficinas do lugar. Por meio de algumas articulações

dos usuários do Caps, uma Organização Não Governamental (ONG) se tornou parceira e passou a colaborar com a construção de hortas urbanas, e, apoiados pela Secretaria de Agricultura do município, recebemos doação das sementes como incentivo ao plantio caseiro. Esta ação gerou um estudo premiado pelo Ministério da Saúde, como Experiência Exitosa, no segundo Congresso Internacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Por fim, ações como estas não são difíceis. Dialogar com os diversos setores do SUS não é impossível. Para alguns, as cidades de pequeno porte são mais fácil gestão, mas atualmente estou no Núcleo de Apoio da Saúde da Família (Nasf) no Recife-PE, e aqui também consigo fluir nos setores, buscar parceiros e desenvolver atividades na comunidade, como uma rede de apoio de setores públicos e privados.

Primeiramente, não trabalho só. Escuto a todos, desde as pessoas que acompanho, aos profissionais das mais diversas áreas, porque conheço, reconheço e vivencio o meu território. De acordo com Vasconcelos (2008), se observarmos, existe estreita interdependência e similaridade entre os vários adoecimentos no que tange suas dinâmicas intrafamiliares e comunitárias de convivências e enfrentamento no meio popular. Para tanto, é necessária uma abordagem integral e equânime para se conseguir detectar suas explicações mais profundas e assim encontrar novas estratégias de intervenção nesse processo da vida, composta de uma rede entrelaçada de relações na qual múltiplos elementos, com dimensões contraditórias entre si, estão envolvidos.

Referência

VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. 4.^a ed. São Paulo:Hucitec, 2008.

Mateus do Amaral Meira*
Carla Caroline Silva dos Santos†
Luana Padilha da Rocha‡
Sémares Genuíno Vieira#
Aline Cavalcante de Lira¶

A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA DOS TRABALHADORES DO NASF SOB A PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO POPULAR

Implantado em Recife, desde 2010, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) tem o objetivo de operacionalizar suas ações segundo o que está preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), a partir do referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial. O MS entende que a equipe Nasf (eNasf) é uma retaguarda especializada, potencializadora dos processos

* Psicólogo do Nasf em Recife, especialista em Saúde da Família na modalidade Residência pela Núcleo Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (Nesc/UFPB), mestre em Educação pela UFPB.

† Nutricionista do Nasf em Recife, especialista em Saúde da Família na modalidade Residência pelo Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (Imip), mestre em Saúde Pública pela Fiocruz/PE.

‡ Fisioterapeuta do Nasf em Recife, especialista em Saúde da Família na modalidade Residência pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), mestre em Enfermagem e Educação em Saúde pela UFPE.

Terapeuta ocupacional do Nasf Recife, especialista em Saúde Coletiva, mestranda em Saúde Pública pela Fiocruz/PE.

¶ Farmacêutica do Nasf Recife, especialista em Saúde da Família na modalidade Residência pela UFPE, mestranda em Saúde Pública pela Fiocruz/PE.

de cuidado e de educação em saúde das equipes de Saúde da Família (eSFs) (Brasil, 2014).

A despeito de reconhecer a importância de seguir esse arranjo organizacional, este texto tem o objetivo de discutir os desafios enfrentados por seus profissionais no que diz respeito às condições de trabalho para uma atenção à saúde de qualidade. Assim, pretendemos aqui mostrar, com o olhar da Educação Popular, como dimensão articuladora da formação crítica e ativa de trabalhadores e sua importância para o exercício de direitos políticos e sociais na defesa do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), a luta política de alguns profissionais das eNasfs em espaços decisórios de controle e organização social no setor da saúde.

Como prescrito na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), é responsabilidade de o município dispor de um espaço físico adequado dentro das unidades de saúde para o Nasf. No entanto, várias equipes em Recife não têm uma estrutura física adequada para realizar atendimentos, reuniões, planejamentos, discussões de caso, dentre outras atividades descritas no escopo de possibilidades de atuação dos profissionais que compõem essas equipes (Brasil, 2014).

Soma-se a isso o fato de que, apesar de apontar na Pnab que a organização do processo de trabalho do Nasf deve seguir as orientações dispostas nos *Cadernos de Atenção Básica* (CAB), o município precisa garantir condições de deslocamento das eNasfs entre as unidades de saúde da família (USF) cobertas para a realização de visitas domiciliares e ações nos territórios adscritos. Entretanto, isso não tem se garantido para a realização dessas atividades pelos profissionais do Nasf.

Adicionam-se, ainda, questões salariais que demonstram a precarização do trabalho tanto de profissionais efetivos quanto de contratados por organizações sociais e prestadores de serviço.

Podemos destacar: a grande diferença salarial entre trabalhadores do Nasf e das Equipes de Saúde da Família (ESFs), com odontólogos, enfermeiros e médicos recebendo quase o dobro ou o triplo do valor recebido pelas eNasfs; disparidades nos valores recebidos entre uma mesma categoria (por exemplo, nutricionistas de um mesmo cargo com o mesmo vínculo empregatício, recebendo valores diferentes); profissionais das eNasfs com uma mesma carga horária de trabalho recebendo diferentes salários; atrasos nos pagamentos dos vencimentos dos contratados; categorias que não recebem gratificações postas em edital do concurso, etc.

Sabe-se, de maneira geral, que a ausência de direitos sociais trabalhistas e a baixa remuneração no SUS ocasionam um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade dos trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e dos programas de atenção à saúde da população (Brasil, 2006).

Diante disso, as condições de trabalho e a questão salarial cada vez mais nos causaram indignação, e a necessidade de lutar para transformar essa realidade foi ficando clara. No cotidiano, percebemos que a motivação dos profissionais para o cuidado e o vínculo com os usuários estava sendo prejudicada, suscitando a necessidade de uma organização para expressar o que pensávamos e sentíamos sobre tudo aquilo, e não sucumbirmos como trabalhadores.

Nesse contexto, a cidade de Recife tem, historicamente, uma expressão forte de movimentos sociais, populares e de sindicatos. De alguma forma, percebia-se um território vivo de organização política mais geral, como na campanha salarial dos servidores da Prefeitura e no Conselho Municipal de Saúde. Serviu-nos como base também as diretrizes norteadoras do tra-

balho do Nasc na Atenção Primária à Saúde (APS), que inclui a participação social e a Educação Popular.

Ao longo de nossa experiência, observamos, muitas vezes, que a participação social do profissional do Nasc vinculava-se mais ao incentivo da mobilização dos usuários para atuação destes nos espaços de controle social que na própria participação ativa e propositiva dos trabalhadores das eNasc, com vistas a buscar melhorias nas condições de trabalho, na gestão dos serviços e na qualificação dos profissionais. Essa participação vinha mostrando-se tímida até então.

Portanto, a luta política tornou-se um caminho de resistência, de transformação e de motivação para nossa atuação como trabalhadores não como fuga da realidade do trabalho, mas exatamente como enfrentamento e como catalisador de energia para esse cotidiano, como um espaço de desabafo, de articulação e de fortalecimento com os colegas do Nasc. Fomos descobrindo um caminho de construção conjunta e de transformação da realidade de trabalho por mais respeito, justiça e dignidade, a partir da participação em instâncias de controle e participação social como o Conselho Municipal de Saúde, conferências de saúde e organização sindical.

A participação dos trabalhadores do Nasc na conferência municipal de saúde de Recife-PE, no ano de 2015

A VIII Conferência Nacional de Saúde é um marco nas conquistas dos setores populares, dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais organizados em sindicatos e partidos políticos comprometidos com os direitos de cidadania da

população brasileira. As decisões advindas dessa Conferência influenciaram o texto da Constituição de 1988, que tornou a saúde direito de todos e dever do Estado, e trouxe-nos a Lei 8.142/90, que instituiu as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, com vistas ao exercício do Controle Social. Trata-se, portanto, da compreensão de que a saúde deve ser conquistada na prática cotidiana a partir da participação organizada da população — usuários e trabalhadores — nas lutas sociais e nas instâncias decisórias do setor.

A participação de trabalhadores do Nasf, em conferências municipais, já acontecia anteriormente, mas, no ano de 2015, essa participação tornou-se mais organizada. Alguns desses trabalhadores participaram das etapas anteriores, as chamadas pré-conferências distritais, levando propostas para este espaço e saindo como delegados para a 12.^a Conferência Municipal de Saúde. Outros conseguiram participar através de representações de sindicatos em que já atuavam. Discutimos que propostas seriam prioritárias e quais profissionais (em duplas ou trios) estariam em cada grupo temático.

A conferência foi um espaço muito duro e traumático, mas de muito aprendizado também. A gestão tinha muito controle sobre tudo. Havia forte organização dos gestores para que as pautas e reivindicações feitas nas pré-conferências distritais fossem colocadas da maneira mais conveniente possível para legitimar as decisões da gestão, e assegurar que as questões mais críticas fossem “amenizadas” ou “boicotadas”, a fim de não gerar desgaste. Muitas vezes, as propostas e reivindicações eram acolhidas se fossem convenientes para os gestores; caso não fossem, porém, eram suprimidas ou não passavam para a etapa estadual.

Indignava-nos a forma como a condução se dava na conferência, porque acabava sendo uma escuta perversa dos usuários

e dos trabalhadores, que eram tolhidos ao colocarem suas reivindicações e propostas. A gestão acabava manipulando, boicotando e bloqueando caminhos possíveis para a promoção do outro e para a participação social e comunitária nesse espaço tão central que é a Conferência Municipal de Saúde.

Isso é incoerente com o que acreditamos ser o espaço do controle social, porque não se criam processos e formas de realizar a conferência respeitando o saber das pessoas e dando vez e voz para que esse saber seja acolhido e torne-se verdadeiramente um norteador da política de saúde na cidade. É preciso que o debate seja sincero e aberto, e isso não acontecia!

Vasconcelos (2016) chama a atenção para o fato de que os conselhos e as conferências de saúde têm-se dedicado, principalmente, a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde e não têm contemplado a articulação e o apoio às práticas solidárias e participativas de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade. Não se encontra, no espaço dos conselhos, um ambiente de solidariedade e de investimento na participação ampliada que predomina no cotidiano da maioria dos movimentos populares. Dessa forma, foi criando-se um sentimento de cansaço e desânimo entre muitas lideranças populares e trabalhadores do SUS em relação a possibilidade de influir de forma significativa no espaço dos conselhos e das conferências de saúde.

Portanto, partindo dessa reflexão, entendemos que essa incoerência não está só na cidade de Recife. Os espaços de controle social do Brasil, como um todo, estão bastante viciados, sendo desconexos com a proposta do SUS, que defende princípios como integralidade e participação social.

Nesse cenário, para Prado (2015), a contribuição da Educação Popular não pode ser outra, se não for a da promoção e do

fortalecimento dos movimentos sociais e da reinvenção de novas práticas éticas e solidárias para o encorajamento e para o apoio da participação desses sujeitos e grupos sociais. São desafios que sozinhos já são grandes e complexos, mas, pensando na necessidade de fortalecer o controle social no SUS para além de seus conselhos e conferências instituídas, tornam-se ainda mais necessários, difíceis e desafiadores.

Vasconcelos (2016) reafirma que existem muitas outras dimensões da luta popular pela saúde que só podem ser percebidas se houver uma inserção no mundo popular e não estiverem preocupadas apenas com a dinamização e aprimoramento das políticas de saúde. A ação do Estado é fundamental para a saúde da população, mas não é tudo. A população, com suas iniciativas diversificadas e autônomas, vem afirmando que a sua busca pela saúde não se restringe ao que pode ser fornecido pelos serviços de saúde.

A participação dos trabalhadores do Nasf no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Recife

Um dos trabalhadores do Nasf, a partir da Conferência citada anteriormente, passou a ser conselheiro do CMS de Recife. Nesse contexto, havia uma cobrança da população e de alguns conselheiros para convocar mais profissionais do concurso público de 2012,¹ que ainda estava vigente e que foi destinado ao provimento de vagas para cargos efetivos da Secretaria de Saúde de Recife, como uma forma de ampliar o acesso

¹ Esse concurso foi realizado no ano de 2012, e por meio dele houve uma expansão de eNasfs e de eSFs com trabalhadores concursados. A maioria de nós, autores desse trabalho, fomos convocados por meio dele.

à saúde e melhorar as condições de trabalho das equipes defasadas de profissionais. Era preciso defender e valorizar um tipo de vínculo trabalhista que dignifica o trabalhador, como o vínculo efetivo e estatutário.

Foi então criado um Grupo de Trabalho (GT) no CMS, sob coordenação do conselheiro trabalhador do Nasf e de outro conselheiro do segmento usuário, com o objetivo de discutir a fundo o concurso e a necessidade de mais convocações. Esse GT colocou-se numa posição contrária à terceirização das Organizações Sociais distribuídas pelo estado de Pernambuco e à privatização do setor saúde. Entre outubro de 2015 e julho de 2016, ocorreram sucessivas reuniões e várias informações foram solicitadas para a gestão: composição das eNasfs, número de convocados de todas as políticas até aquele momento, número de cargos vacantes nas equipes que estavam defasadas, entre outras.

Para o pleno, no qual o GT apresentou as informações colhidas e avaliadas, foi feita uma grande mobilização através das redes sociais e de contatos diretos entre profissionais das eNasfs e profissionais que estavam na lista de espera do concurso aguardando convocação. Paralelo a isso, alguns integrantes do GT, em parceria com trabalhadores do Nasf, propuseram-se a colher informações em diferentes fontes, o que levou à descoberta de uma manobra da gestão quanto à manutenção dos nomes de profissionais que já haviam saído das eNasfs no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes),² para

2 Cnes é a inscrição determinada pelo Ministério da Saúde para todos os estabelecimentos de saúde e profissionais que prestam algum tipo de assistência à saúde no SUS ou para o SUS, mediante convênios. Esse cadastro é a base para todo processo de coleta de informações feitas nos estados e municípios e é de responsabilidade desses entes atualizá-los. No processo de investigação do GT, descobrimos vários casos de profissionais que haviam saído há três anos ou mais e seus nomes ainda constavam como pertencentes e atuantes nessas equipes.

que as equipes continuassem cadastradas com carga horária igual ou superior a duzentas horas semanais (carga horária mínima preconizada para a modalidade de Nasc implantada em Recife), e a cidade continuasse recebendo o financiamento completo para elas. Depois, descobrimos que essa prática é comum em outros municípios e estados pelo Brasil, o que se configura como uma lógica perversa e lesiva para as equipes de saúde e para a população e, mais ainda, que pode se enquadrar como improbidade administrativa, levando o gestor a responder a procedimento administrativo, processo judicial ou inquérito policial (Brasil, 1992).

Dessa forma, a partir da realização de dois plenos no CMS-Recife (A Figura 1 ilustra o primeiro deles), foi denunciado o panorama de defasagem dos profissionais de saúde, em especial do Nasc na rede, e demonstrada a dimensão do trabalho desenvolvido pelas eNascfs na cidade. A participação massiva dos trabalhadores e de pessoas, que estavam aguardando convocação com depoimentos de suas vivências, foi essencial para os debates com a gestão. Conseguimos a confiança e o reconhecimento do Conselho, provando que era possível e necessário mudar aquela situação. A conquista desta batalha se deu com a nomeação de mais de cento e trinta e seis profissionais para as eSFs, profissionais para vigilância epidemiológica, dezessete profissionais para o Nasc, com várias outras nomeações sucessivas, até todos os cargos das eSFs e das eNascfs que estavam em vacância serem preenchidos.

O protagonismo das ações e o reconhecimento do trabalho desse grupo de profissionais do Nasc rendeu uma moção de aplauso do CMS-Recife, que foi publicada no *Diário Oficial do Município*, pelo trabalho que vem sendo realizado pelas eNascfs, a despeito de todas as dificuldades. Essa experiência demonstra

a potencialidade de instrumentos de controle social como o conselho de saúde, quando ocupado organicamente por trabalhadores e população organizada na luta pela garantia de seus direitos.

Figura 1. Apresentação dos dados analisados pelo GT do Concurso no Pleno ordinário do CMS dia 23-2-2016



Fonte: *Blog do CMS-Recife*, 2016.

A participação dos trabalhadores do Nasf na mesa de negociação salarial

Um dos espaços de luta que acontece anualmente na cidade de Recife é a campanha salarial dos servidores da Prefeitura, em que um conjunto de sindicatos se reúne com o governo para discutir o reajuste salarial. Durante esse período, são realizadas mesas de negociações geral (para todos os servidores da Prefeitura) e mesas de negociações setoriais (saúde, educação, segurança, limpeza urbana, entre outros, que discute somente com os sindicatos do setor, numa perspectiva mais processual). Ao todo, participam cerca de trinta sindicatos, entidades e associações; a grande maioria coordenada ou filiada à

Central Única dos Trabalhadores (CUT), que media os encontros entre o governo e os trabalhadores.

A participação do Nasf iniciou-se em 2014, somente com os sindicatos dos Psicólogos e dos Farmacêuticos. Um ano depois, todos os sindicatos das categorias profissionais que compõem o Nasf de Recife encontravam-se compondo a mesa de negociação setorial (Figura 2), sendo esses sindicatos representados por profissionais do próprio Nasf (exceto o sindicato de Fonoaudiologia, que ainda não existe em Pernambuco). Nesta campanha salarial, nossa participação foi bem mais expressiva, Chegamos a ter um aumento de 50% numa gratificação relativa ao exercício na Saúde da Família, menor que nossas expectativas do ponto de vista do valor monetário, mas significativo pelo seu valor simbólico, por mostrar mais um caminho possível de luta, no sentido de buscar mais reconhecimento, dignidade e valorização através da melhoria salarial.

Figura 2. Conjunto de profissionais do Nasf representando seus respectivos sindicatos, no Gabinete do Secretário de Saúde do Recife, para uma reunião de discussão salarial durante a mesa de negociação de 2015



Fonte: do próprio autor, 2015.

Esse processo nos colocou numa arena de disputa política e sindical que não imaginávamos ser possível em outro momento. Passamos a ser respeitados — e a ser olhados com certa desconfiança também — pela gestão e por grandes sindicatos que participavam das Mesas. Entramos num outro patamar de articulação e também ganhamos espaço e confiança dos sindicatos que representamos.

Acreditamos que o jeito de construir da Educação Popular foi muito importante para fortalecer essa articulação política. O diálogo constante, a confiança no processo de construção conjunta, o encorajamento e a promoção do outro, a ousadia de denunciar as contradições da gestão e a injustiça nas relações de trabalho, além do vínculo de amizade e de confiança entre os colegas do Nasf foram e são alguns dos aspectos que têm contribuído muito na resistência e no ânimo para nos mantermos firmes nessa luta por mais dignidade e respeito no cotidiano do trabalho do Nasf, da Atenção Básica e do SUS.

A Educação Popular como referência para luta e para a participação social do trabalhador do Nasf em Recife

Partindo da nossa compreensão de que a qualidade dos serviços e da assistência prestada no setor saúde também depende das condições de trabalho do trabalhador e do serviço, e que a participação social consiste na construção de forças reivindicativas e de luta na busca da melhoria dessas condições, fazia-se necessário, em nossa realidade, a participação mais engajada dos trabalhadores do Nasf nos espaços de controle e participação social, de modo dialógico, crítico, democrático e reflexivo.

Em nossa caminhada de questionamentos diante da realidade de trabalho que nos era apresentada, não encontramos outra estratégia de mobilização que não a organização político-social enquanto movimento de luta dos trabalhadores, no intuito de expressar demandas que partiram das reflexões do cotidiano profissional.

Não é uma tarefa fácil tocar essa luta. As condições precárias de trabalho, o excesso de demanda no serviço e a pouca valorização salarial, em vários momentos, nos desanimam e nos tiram a energia. O que e como temos feito então para nos manter nessa luta?

A prática tem-nos trazido aprendizados. Respeitar o ritmo e o tempo de cada um nesse processo de participação, buscar formas de sensibilizar e aproximar outros colegas do Nasf para essa luta, revezar a participação dos integrantes nos momentos de discussão, exercitar a convivência com as diferenças entre nós, avaliar em conjunto cada etapa do processo; esses são alguns dos aprendizados que nos têm levado a continuar trilhando esse caminho.

Ao mesmo tempo, temos buscado formas de nos fortalecer. O próprio tempo, por exemplo, entre uma campanha salarial e outra, já nos trouxe um amadurecimento em relação ao que esperar desse processo, fazendo que não criemos tanta expectativa, mas, ao mesmo tempo, que não deixemos de acreditar e lutar por algum ganho possível.

Entendemos que a Educação Popular está presente nesse processo por alguns princípios que nos orientam nessa luta: a amorosidade, presente na forma de estar junto sem se ferir ou ferir um ao outro; a busca por encontrar ternura em espaços marcados pela disputa e pelo conflito, não significando romantizar a luta, mas reafirmando um modo de construção

coletiva que, por respeito e dignidade como trabalhador, também abranja aspectos que se integrem na luta e nas relações estabelecidas.

A problematização se dá pelo cotidiano, quando nos questionamos sobre nossa realidade de trabalho e buscamos formas coletivas de enfrentar situações-limite e encontrar possibilidades de transformação do nosso contexto. Esses espaços de reflexão conjunta têm-se dado em reuniões com o grupo dos trabalhadores do Nasf (notadamente os concursados); nos grupos de Whatsapp, em que combinamos encontros, fazemos repasses e trocamos informações; em momentos mais informais de avaliação, como encontro de amigos. Todos esses espaços têm sido pedagógicos, têm trazido aprendizados e crescimento coletivo e individual. A reflexão sobre nossa realidade de trabalho só nos leva a reafirmar a importância dessa luta para a mudança necessária diante das condições.

Nesse sentido, para nós, a perspectiva da Educação Popular atrela-se à da participação social, ao passo que provoca os trabalhadores para seu exercício de protagonismo, mediante a compreensão crítica e a atuação na direção transformadora da realidade, impulsionando novos caminhos de formação dos trabalhadores para os movimentos sociais.

Apesar de parecer claro para nós, cabe aqui a reflexão de que a Educação Popular tem um caráter político-pedagógico e emancipatório que está intimamente ligado ao contexto das relações sociais estabelecidas entre diversos atores, dentre os quais se encontram os trabalhadores. Desse modo, é coerente para nós que a Educação Popular, como referencial para uma construção democrática que permite aos sujeitos observarem a realidade e desenvolverem reflexões críticas a respeito dela, a fim de transformar um dado contexto, embasa a prática social para a

elaboração de estratégias de enfrentamento com vistas a uma educação política dos trabalhadores, objetivando conquistas efetivas no campo da Saúde.

Nosso movimento foi, ao longo do tempo, pautado em práticas educativas, produção coletiva do conhecimento e diferentes estratégias de lutas, desde denúncias, manifestações e atos até a participação social nos espaços de controle social e de discussões coletivas em grupos de trabalho. Desenvolvemos, assim, novos saberes e conceitos, a partir dos diversos diálogos entre nós estabelecidos, levando a uma transformação da realidade, por meio dos ganhos já citados.

Compreender que a Educação Popular se apresenta como um referencial de sistematização e organização das práticas nos movimentos sociais, também dos trabalhadores, é encarar esses como sujeitos políticos, como gente. Pessoas que pensam, que discutem, que refletem, que buscam estratégias de resolução de problemas e que agem. Desse modo, a experiência da prática social fundamentada na Educação Popular revela sua potencialidade educativa, a partir do momento em que o profissional consegue colocar em roda suas concepções, no que concerne ao mundo do trabalho, refletir sobre suas práticas, compreender o lugar que ocupa, (re)descobrir os lugares que pode ocupar e desenvolver sua capacidade política e emancipatória, na intenção de se envolver concretamente com a participação social.

Nesse contexto, reconhecemos que a Educação Popular promove a autonomia da classe trabalhadora, detentora de um conhecimento que pode ser transformador. A criação do espaço pedagógico dentro do movimento social fortalece a participação ativa e militante dos profissionais da saúde, proporcionando momentos de escuta, diálogo, reflexão e produção de saberes

que resultam na atuação política, reivindicativa e mobilizadora desses trabalhadores.

Apesar dos obstáculos que atravessam esse caminho de mobilização, o espaço que foi criado nos reserva o direito e a liberdade para exercer o olhar crítico sobre a realidade que nos é imposta. Esse posicionamento mais ativo e altivo dos trabalhadores não pode se perder ao longo do tempo. Acreditamos que a visão de mundo, de sujeito de construção coletiva que a Educação Popular nos oferece, fornece-nos uma direção político-pedagógica para essa construção e ajuda-nos muito na capacidade de resistir e de dar ânimo para nos mantermos firmes nessa luta.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n.º 39, 2014. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em 28-2-2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em 20-2-2017.
- BRASIL. Lei n.º 8.429, de 2 de junho de 1992. *Diário Oficial*, Brasília, 2-6-1992.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. *Blog do CMS-Recife*. Disponível em <<http://cmsaude-recife.blogspot.com.br/search?updated-max=2016-02-29T10:00:00-08:00&max-results=6&start=54&by-date=false>>. Acesso em 28-6-2016.

PRADO, E. V. A contribuição da Educação Popular para a discussão do controle social no SUS, 2015. *Blog Rua Balsa da 10*. Disponível em <http://balsa10.blogspot.com.br/2015/11/a-contribuicao-da-educacao-popular-para_2.html>. Acesso em 20-7-2016.

VASCONCELOS, E. M. *A democratização da nação e a construção da solidariedade social através do SUS não se restringe ao aprimoramento do controle social por Conselhos e Conferências de Saúde*. Disponível em <<http://redepopsaude.com.br/roda-de-conversa/a-democratizacao-da-nacao-e-a-construcao-da-solidariedade-social-atraves-do-sus-nao-se-restringe-ao-aprimoramento-do-controle-social-por-conselhos-e-conferencias-de-saude/>>. Acesso em 20-7-2016.

Marize Bastos da Cunha*
Fatima Pivetta†
Marcelo Firpo de Souza Porto‡
Lenira Fracasso Zancan#
Fabiana Melo de Sousa¶
Mônica Santos Francisco§
Viviani Cristina Costa&

VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA REPENSAR A PARTICIPAÇÃO NO SUS

As reflexões que apresentamos aqui são resultantes das experiências de investigações do Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM) desenvolvidas em

* Doutora em Educação – UFF. Departamento de Endemias (Densp) da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

† Mestre em Química Analítica Inorgânica, PUC Rio. Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da Ensp/Fiocruz.

‡ Doutor em Engenharia de Produção pela UFRJ. Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da Ensp/Fiocruz.

Mestre em Saúde Pública (Fiocruz). Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Ensp/Fiocruz.

¶ Graduada em Filosofia – Unirio. Laboratório Territorial de Manguinhos, LTM/Fiocruz.

§ Graduada em Ciências Sociais – Uerj. Laboratório Territorial de Manguinhos, LTM/Fiocruz. Assessoria e Planejamento para o desenvolvimento (Asplande).

& Mestre em Saúde Pública, Ensp/Fiocruz; Residência Multiprofissional em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Hospital Municipal Ronaldo Gazola.

Manguinhos,¹ zona norte do município do Rio de Janeiro, cujo território de atenção básica, desde 2010, se encontra sob a gestão da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) através do Teias-Escola Manguinhos.²

A favela, com toda sua dinamicidade e sua correlação de forças sociais e políticas, tem sido nosso espaço de observação e reflexão para o desenvolvimento de metodologias que possibilitem maior compreensão do processo saúde-doença e produção de conhecimentos emancipatórios, em que a participação seja afirmada por meio da concepção dos moradores do território como sujeitos do conhecimento, em diálogo com grupos acadêmicos abertos às metodologias participantes e de pesquisa-ação. Essa concepção atravessa nossas pesquisas, orientadas pelos princípios da promoção emancipatória da saúde, da justiça ambiental e da Educação Popular (Porto et al., 2016; 2015; 2012; Cunha et al., 2015; Porto & Pivetta, 2009).

Ao ampliarmos nosso trabalho para a Rocinha e o Alemão, numa pesquisa de avaliação participativa do Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) nas favelas do Rio de Janeiro, aproximamo-nos mais da realidade dessas localidades, em particular, suas situações de saúde e seus processos de determinação social. Essa maior aproximação concorreu para a compreensão das dinâmicas envolvidas na implementação de políticas

1 O Laboratório Territorial de Manguinhos é um projeto de pesquisa-ação da Ensp/Fiocruz. Para mais informações, visitar o sítio eletrônico <www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br> e a página no Facebook, Territórios em Movimento.

2 O Teias-Escola Manguinhos é resultante do contrato celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) — Fiocruz, por meio de sua fundação de apoio — Fiotec. Por esse contrato, o Teias-Escola Manguinhos é responsável pela gestão da Atenção Primária de Saúde, adotando o modelo da Estratégia de Saúde da Família como ordenador do sistema de saúde local.

públicas intersetoriais (no caso de nossa pesquisa, o PAC Favelas, nesses três territórios) que influenciam nas condições de vida e saúde, bem como dos desafios que cercam o acesso da população aos serviços de saúde, de forma geral, e da Atenção Primária da Saúde (APS), em particular.

Nas favelas, a pesquisa e o trabalho social devem ser compreendidos a partir de diferentes interfaces, que geram tanto potencialidades para a transformação social quanto tensões e contradições.

Para alguns que vivem nas favelas, pode ser lugar de saída. Para outros, que se encontram em estruturas supralocais, de entrada. Para outros tantos, situados em diferentes posições deste terreno, lugar de conquista. Para muitos que aí se localizam, de interlocução e pressão, e de tensão. Para todos, de mediação. Um lugar de mediações e tensões onde, em movimento, encontram-se moradores e lideranças das favelas, técnicos do poder público e de ONGs, líderes religiosos e políticos, pesquisadores, o narcotráfico e a milícia [. . .] (Cunha, 2005, p. 27).

Foi esta experiência de pesquisa (em um território passando por sucessivas mudanças, como o PAC e a implantação da Unidade de Polícia Pacificadora), constituída por moradores e coletivos de tais localidades, junto ao regular contato com a rede de mediações e tensões em Manginhos e o monitoramento e diálogo nas redes sociais que nos permitiu a identificação de um dos maiores desafios que atinge a APS atualmente. Trata-se das dificuldades da atenção primária em acompanhar a situação da população em toda sua dinamicidade, o que implica interagir com os determinantes sociais e seus impactos nas condições de

vida e saúde da população. Isso significa ter acesso não apenas a um diagnóstico que expresse as mudanças que vêm atingindo os territórios de cobertura, mas, especialmente, às respostas sociais que os moradores vêm dando a suas situações de saúde e seus processos de determinação social em termos de condições de vida, políticas públicas e participação cidadã e democrática. Envolve, portanto, um leque de estratégias e redes de ação, de forma que responda a seus problemas e aos dramas mais urgentes de alguns moradores que não conseguem acessar diferentes serviços do SUS e outros programas sociais que reduzam suas vulnerabilidades mais prementes.

As oficinas com moradores e as atividades de campo desenvolvidas pelo LTM, em diálogo constante com esta rede em Mangunhos, têm-nos mostrado que muitos problemas locais, bem como as respostas sociais dadas pelos moradores, são invisíveis para os profissionais dos serviços básicos, em função de um conjunto de razões que está além do que poderia ser entendido como falta de compromisso ou boa vontade desses profissionais, como veremos mais adiante. O que estamos assumindo aqui é que, a despeito do compromisso e esforço dos profissionais de saúde, o acompanhamento da situação de saúde no território, considerando toda sua dinamicidade, demanda um monitoramento regular e sistemático, que seja alimentado pelas redes de conhecimento e ação dos agentes sociais locais. Estes são lideranças e mediadores, bem como organizações que ali atuam. Essa é a ideia central que se encontra em nossa proposição de uma rede de vigilância popular em saúde no território.

Nesta reflexão, buscamos destacar duas dimensões que nos parecem fundamentais sobre a concepção de vigilância popular em saúde: as estratégias para incorporar a experiência e conhecimento popular, considerando nossas experiências com

pesquisa participante e pesquisa-ação, e a ressignificação da participação no âmbito do SUS (Porto et al., 2016; 2015; 2012; Cunha et al., 2015; Porto & Pivetta, 2009).

Por último, fazemos uma abordagem da rede de vigilância popular na perspectiva do LTM como possibilidade de resposta ao desencontro entre a dinamicidade de territórios e a refração da APS a esta dinamicidade, considerando sua estrutura e dinâmica organizacional. É importante destacar que, em nossa perspectiva, uma rede de vigilância popular em saúde tem, como centralidade, seu caráter instituinte. É, portanto, autônoma em relação às instituições de Estado, mas imprescindível para pautar suas políticas.

O conhecimento compartilhado em saúde a partir da experiência popular e de uma visão compreensiva do território

Nossas pesquisas vêm se desenvolvendo com base no pressuposto de que, para avançar numa perspectiva de produção compartilhada do conhecimento, compreender a dinâmica do território, bem como avançar nas respostas aos problemas de saúde e de ambiente é necessário constituir uma visão compreensiva das localidades, para que possamos ter acesso aos diferentes saberes e pontos de vista dos moradores não apenas tomados isoladamente, mas também em suas diferenças e conflitos. Isso vai ao encontro daquilo que Bourdieu (1997) denomina “espaço de ponto de vista”,³ ou ainda o que

³ Bourdieu abre a obra por ele organizada, *A miséria do mundo*, com um capítulo denominado o “espaço dos pontos de vista”, onde reflete sobre a necessidade de romper com as visões simplistas e unilaterais a respeito de lugares como os “conjuntos habitacionais” ou os “grandes conjuntos”, ou mesmo nume-

Boaventura de Sousa Santos propõe como ecologia de saberes (Santos, 2007).⁴

O que propomos é ampliar os referenciais explicativos dos processos que existem em territórios vulneráveis, lançando um olhar compreensivo sobre a realidade. Ao fazer isso, agregamos o espaço de ponto de vista e o diálogo de saberes, tendo como foco os que vivenciam tais transformações, incorporando suas diferentes de visões de mundo acerca da compreensão do território com o potencial de sua transformação.

Sendo assim, em nosso trabalho, a metodologia assume papel fundamental. Mais do que a conformação de técnicas, ela

rosos estabelecimentos escolares (que aproximam pessoas que tudo separa, obrigando-as a coabitarem, com todos os sofrimentos que disso resultem), destacando que estes lugares “ditos difíceis”, são antes de tudo difíceis de descrever e de pensar (1997, p. 11). O espaço usado no singular, e pontos de vista no plural, sugere que o “espaço dos pontos de vista” é uma construção do sujeito que busca descrever, pensar e compreender tais lugares. De acordo com o autor é fundamental considerar a pluralidade de perspectivas, correspondendo à pluralidade dos pontos de vista coexistentes, e às vezes diretamente concorrentes. Esta é uma noção portanto que nos faz pensar que não se trata simplesmente de escutar, incorporar e somar diversos pontos de vista, mas de construir uma representação múltipla e complexa, resultante do confronto de visões diferentes ou antagônicas.

4 A noção de Ecologia aqui referida encontra-se na obra de Boaventura de Sousa Santos (Santos, 2005; 2007; 2010), e de forma sintética é definida como prática de articular as diversidades como forma de contraposição às lógicas das monoculturas produtoras de não existências pela epistemologia e pela racionalidade hegemônica. Santos identifica como sendo cinco essas monoculturas: do saber, da produção, da temporalidade, da classificação social e da escala. A alternativa às monoculturas seriam as várias ecologias que, a partir do reconhecimento e visibilização, permitiriam articular a infinita diversidade de saberes e culturas de forma emancipatória, em direção a outras formas de sociedade pós-capitalistas, pós-coloniais e pós-abissais. Mais que denunciar a supressão sistemática de saberes pela epistemologia dominante realizada pela ciência moderna, a ideia é valorizar saberes que vêm resistindo e encontram-se seja nos saberes populares das periferias urbanas, seja nos saberes indígenas e de outras populações que existem principalmente no sul global. A ecologia de saberes reside então nos diálogos horizontais entre os vários conhecimentos existentes em torno das lutas e alternativas a vários problemas da atualidade e que são produzidos a partir das práticas sociais.

se constitui como um tema de reflexão teórica, de experimentação, em que se busca discutir a importância do conhecimento dos moradores e analisar a potencialidade da categoria de experiência (Thompson, 1981) na produção de conhecimento, bem como indicar dispositivos de produção e circulação de informação capazes de incorporar as experiências de moradores e técnicos locais nas pesquisas e intervenções desenvolvidas no nível local.

Ao considerarmos a experiência dos moradores, levamos em conta que ela é mediada por formas culturais e religiosas e pelo que Thompson (1981, p. 189) denomina consciência afetiva e moral.

As pessoas não experimentam sua própria experiência como ideias, no âmbito do pensamento e de seus procedimentos, ou (como supõem alguns praticantes teóricos) como instinto proletário, etc. Elas também experimentam sua experiência como sentimento na cultura, como normas, obrigações familiares e de parentesco, e reciprocidade, como valores ou (através de formas mais elaboradas) na arte ou nas convicções religiosas. Essa metade da cultura (e é uma metade completa) pode ser descrita como consciência afetiva e moral.

Essa noção de experiência, portanto, não pode ser reduzida à ideia de vivência e visão dos moradores, presente em diversas metodologias participativas que levantam a necessidade de escutar o popular. A concepção de Thompson é mais ampla. Incorpora a percepção de que cultura, valores e moral são articulados à experiência.

Dialogando com essa perspectiva, pensamos que, com base na experiência, os moradores também produzem saberes que

alimentam as respostas a seus problemas, bem como a suas iniciativas coletivas. Sem tais saberes, não é possível avançar na solução de situações-limite vividas pelos moradores e profissionais de saúde, ou compreender os inéditos viáveis que nos fala Freire (2001, p. 94) e que se colocam no cotidiano desses agentes sociais. Como destaca Valla (1996, p. 187), ao desconsiderar tais saberes, chega-se a “uma equação capenga” que não inclui o conhecimento popular. Em outras palavras, não se trata de simplesmente escutar o popular. Trata-se de compreendê-lo. Dialogar com a experiência e os saberes dos moradores do território, nos termos aqui postos, implica dialogar também com a cultura que influencia suas práticas sociais e respostas aos problemas que enfrentam no território e com os processos pelos quais passam. Isso nos levanta possibilidades para compreender os caminhos trilhados pelos moradores para responder a seus problemas. Muitas vezes, tais caminhos não são considerados ou percebidos pelos profissionais dos serviços e pesquisadores, porque estes ou se afastam ou descontextualizam aquilo que concebemos como resposta social e ação local.

Um caso exemplar nesse sentido pôde ser identificado quando acompanhamos os moradores de uma determinada localidade de Manguinhos, atingida por vários problemas (alguns anteriores ao PAC; outros decorrentes deste Programa). Essa localidade, com várias moradias em situação de risco, rachadas por causa das obras do PAC, afetada por graves problemas de saneamento e mobilidade, passou um longo período sem serviço de energia elétrica. Essa condição causava um transtorno cotidiano na vida dos moradores, além de trazer outros riscos, considerando o estado deplorável dos cabos de energia. Os habitantes dali procuraram incansavelmente resolver o problema, pelos meios padrões, buscando a associação de moradores, fazendo

reclamações à concessionária de fornecimento de energia e pressionando os órgãos públicos. Encontraram-se aqui então diante do que Freire (2001) entende como situação-limite.

Não obtendo respostas da associação e do poder público, alguns moradores seguiram outro caminho: mobilizaram-se e queimaram pneus na principal via do Complexo de Mangueiros, onde está localizada a estação de trem, a Fundação Oswaldo Cruz, e lugar de passagem de várias pessoas que se deslocam na cidade do Rio de Janeiro. Essa manifestação atraiu a atenção da polícia, que se viu obrigada a negociar com os moradores e providenciar, com a empresa responsável pelo fornecimento de energia, a resolução do problema. No dia seguinte, como nada havia sido resolvido, os moradores voltaram a queimar pneus, desta vez, em outra via importante do Complexo. Por fim, conseguiram ter suas reivindicações atendidas.

Chama a atenção aqui o fato de que os moradores sabiam o tempo todo que sua ação iria atrair a atenção da polícia, pois atingia uma população que não é moradora do Complexo de Mangueiros, pessoas que precisam atravessar a região para seguirem para o trabalho ou para suas casas. Esta ação não foi, portanto, mera reação espontânea e violenta, mas informada por um conhecimento das relações da favela com a cidade, e com as instituições públicas, baseadas em sua experiência social.

Nesse sentido, a experiência indica um movimento pendular e dialético entre, de um lado, a singularidade do indivíduo, a comunidade e seu lugar, e, de outro, os determinantes e condicionantes que marcam o território e suas populações, incluindo classe social, questões de raça e gênero, dentre outros elementos que nos ajudam a compreender as diversas formas de opressão e lutas emancipatórias. É um movimento que nos permite ampliar o olhar sobre as situações-limite e os inéditos

viáveis que identificamos no território. Contribui para que pesquisadores, profissionais e pessoas e organizações atuantes na comunidade possam articular dimensões relativas aos processos de vida, adoecimento e morte (Porto et al., 2016).

Dialogar com a experiência dos moradores significa também ir além dos determinantes sociais tangíveis, que se referem aos indicadores econômicos, sociais, ambientais e epidemiológicos e que dão base aos sistemas de informação clássicos que alimentam a APS, mas que são insuficientes quando se trata de compreender as formas de adoecimento e morte da população. Para avançar, consideramos importante acessar os determinantes intangíveis, expressos nos depoimentos e narrativas das experiências e saberes dos moradores. Estes depoimentos são a matéria-prima para temas sensíveis como sofrimento, tristeza, angústia, autoestima, entre outros, cujos impactos sobre a saúde vêm sendo discutidos, por meio da concepção de sofrimento difuso (Valla, 1999; Savi, 2005).

Por isso, adotamos, em nossas pesquisas, uma modalidade de pesquisa-ação que permite levantar e circular conhecimentos e experiências a respeito da situação de saúde e dos problemas locais. Possibilita também debater esses assuntos em grupos operativos, nos quais pesquisadores e atores envolvidos atuam de modo cooperativo e participativo. Isso foi pensado a fim de ter acesso aos diferentes espaços de ponto vista e saberes, às experiências e aos conhecimentos produzidos pelos agentes.

Além de estratégias como participação frequente em eventos locais e visitas regulares as localidades, recorreremos à criação de grupos operativos que atuam sob a forma de oficinas de discussão, grupos de estudos, encontros com parceiros, seminários envolvendo diferentes agentes sociais. De modo geral, denominamos tais formas de organização e de atuação de Comunida-

des de Pesquisa Ação (CAP), estratégia particularmente adequada às investigações que envolvem situações-problema, como foi o caso da mencionada avaliação do PAC e seus impactos sobre a moradia.

No LTM, a CAP tem um contorno vinculado às nossas origens no campo ambiental, nas discussões sobre complexidade e incertezas (Funtowicz & Ravetz, 1997), nas propostas de análises integradas e conexão entre saberes técnicos, situados e populares (Porto, 2007), e mais recentemente com a proposição de uma ecologia de saberes proposta por Santos (2007).

A CAP propõe-se a ser um espaço de mediação, lugar de fronteiras, de encontros do saber formal da ciência, da pesquisa, com o saber comum, situado e popular, da experiência dos que vivem e trabalham nos territórios que vivenciam violentos processos de vulnerabilização. Neste sentido, a CAP traz a perspectiva da experiência e sua confrontação com outros saberes, como chave para a produção de conhecimentos mais contextualizados e voltados à transformação social, abrindo agendas ocultas capazes de ampliar nossa compreensão dos processos geradores das vulnerabilidades socioambientais e situações de saúde em determinados territórios. São espaços de amplificação e fortalecimento das vozes dos moradores, bem como de proposição de alternativas, que buscam minimizar ou interromper os efeitos dos processos de vulnerabilização em curso, expressos por categorias como provisoriade, desenraizamento e invisibilidade, que, como já dito, marcam tais territórios (Cunha et al., 2015). Na operacionalização da CAP, as diferenças e os conflitos entre os diversos agentes sociais não se constituem como “um problema”, mas como potência para melhor compreensão dos problemas e como configuração de possíveis soluções para estes. Com efeito, em nosso trabalho de configurar grupos operativos que possam

formar esta comunidade ampliada de pares, fundamentados na ideia de pesquisa-ação, esforçamo-nos exatamente para garantir a presença de diferentes agentes sociais, trazendo muitas vezes experiências e visões em disputa, desde que pautados em relações solidárias e formas mais horizontais e democráticas de diálogo.

O trabalho de uma CAP implica criar as condições para um processo de tradução entre saberes capazes de fornecer inteligibilidade e confiança entre diferentes linguagens e perspectivas, possibilitando ampliar aos diferentes grupos sociais sua capacidade de compreender, interferir e transformar solidariamente uma dada realidade desfavorável. Neste sentido, são múltiplas as linguagens e materiais político-pedagógicos produzidos a partir dos nossos dispositivos de produção de conhecimento e informação: as oficinas, as conversas, os trabalhos de campo, os encontros em fóruns, conselhos, etc., que são sistematizados em dispositivos de circulação, tais como cadernos de oficinas, jogos interativos, livros, cordel, relatos de pesquisa, *slides shows*, vídeos, filmetes. São disponibilizados em forma impressa ou nas mídias sociais, por meio da página “Territórios em Movimento”, no Facebook, e no canal do Youtube “LTM Territoriosemovimento”. Tais materiais buscam romper com o silêncio e a invisibilidade das vozes do lugar, por meio de propostas de produção, circulação e apropriação, buscando promover ciclos de comunicação mais virtuosos (Araújo, 2006; Araújo & Cardoso, 2007; Zancan et al., 2014), que superem as barreiras logocêntricas e sociais entre a linguagem acadêmica, técnica e escrita e as diferentes populações que vivem nos territórios. Os ciclos de comunicação, ao se realizarem por meio de diferentes linguagens e dispositivos comunicacionais, podem servir de espaços potenciais para a autonomia e emancipação das pessoas e das comunidades nos territórios vulnerabilizados.

A noção de experiência e sua visibilização por meio de dispositivos de linguagem e de comunicação que traduzam os modos de vida e o que vem ocorrendo nestes territórios constitui-se, portanto, em uma mediação fundamental no desvendamento dos processos de construção do espaço e de produção social de saúde-doença, bem como da formulação de políticas públicas, em particular, nas que se referem ao enfrentamento da situação de saúde em territórios vulneráveis. Isso é fundamental na produção de um conhecimento que conceba a pesquisa e a ação em saúde, numa perspectiva dialógica, e promotora da autonomia dos sujeitos envolvidos em ambos os processos, de investigação e intervenção (Porto et al., 2016). Dessa maneira, a CAP constitui-se em um espaço formativo para todos os agentes participantes do processo, estando nela presentes várias dimensões fundamentais ao movimento de promoção de autonomia e libertação individual e coletiva, nos termos freirianos (Freire, 2001), tais como a escuta, a publicização do ponto de vista de cada agente, o diálogo, a problematização, a reflexão sobre as situações-limite e os inéditos viáveis.

A participação e sua resignificação: a rede local em Manguinhos

Como já afirmamos aqui, nossas pesquisas têm-se defrontado com o desencontro entre a dinamicidade dos territórios de favelas e a refração da APS a esta dinamicidade. Consideramos mesmo que este é um dos maiores desafios atuais da APS: conceber um sistema de informação que se aproxime dos modos de vida, adoecimento e morte da população.

Considerando a estrutura e dinâmica da APS, destacamos dois constrangimentos que concorrem para que esta não incorpore a complexidade do território e sua dinamicidade. Um deles reside no fato de que o saber e as experiências de vida de moradores não são, ou são pouco, incorporados, predominando uma visão técnica e referenciada ao paradigma da medicina ocidental clássica, na qual os problemas são definidos e configurados sem considerar as necessidades sociais (tais como elaboradas pelos usuários) e o contexto local e sob uma concepção saúde-doença que não dá relevância aos processos de determinação social, às políticas públicas, às condições e aos modos de vida das pessoas, bem como seus saberes, suas redes de sociabilidade e sua cultura. Outro constrangimento refere-se aos processos de trabalho nos serviços de saúde, que não possibilitam a execução dos fundamentos e diretrizes da APS, e que permitiriam, em tese, a incorporação desse conhecimento (Papinutto, 2011). Os modelos de atenção em funcionamento, apesar de uma concepção mais avançada, escrita na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), não conseguem superar a lógica centralizadora, hierárquica, verticalizada e produtivista que sobrecarregam os profissionais de saúde, os colocam cotidianamente em conflito entre si e com os usuários. Os processos de educação permanente, também previstos na Pnab, como “constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular” (Brasil, 2012, p. 38), são dificultados por processos de trabalho que se afastam cada vez mais daquilo que é proposto pela Pnab, desumanizando o cotidiano dos profissionais de saúde, uma vez que os esvaziam de sua possibilidade de diálogo e formação crítica, de modo que respondam coletivamente aos desafios que atingem as unidades de saúde e sua relação mais orgânica com a vida nos territórios onde se inserem.

Para reverter tal cenário, consideramos ser necessário valorizar práticas engajadas e críticas dos profissionais em sua vinculação com o território, o cotidiano da vida dos moradores e as discussões sobre a determinação social da saúde, incluindo políticas públicas intersetoriais fundamentais para enfrentar questões como a moradia, o saneamento, a mobilidade e a qualidade das políticas públicas relacionadas a esses e a outros tantos temas relevantes. Trata-se, portanto, de conectar as discussões e práticas sobre a APS a temáticas e propostas da Educação Popular, participação popular e vigilância popular de base local e territorial (Teixeira et al., 2002; Barcellos et al., 2002; Monken, 2008; Machado et al., 2011; Alves, 2013; Porto, Rocha & Finamore, 2014).

Em relação a isso, nos últimos anos, temos desenvolvido pesquisas no território Teias Escola Manguinhos e acompanhado iniciativas de gestão participativa, como a implementação do Conselho Gestor Intersetorial (CGI), que conta com a participação de moradores, profissionais e gestores dos serviços de saúde, bem como representação dos setores da educação e da assistência social do território.

O CGI tem sido um fórum de amplas discussões, tanto no que se refere à assistência e promoção em saúde, em particular na APS, quanto no que diz respeito aos processos de determinação social da saúde e às experiências de vida dos moradores de Manguinhos. Participando das reuniões ordinárias do Conselho, podemos ter acesso ao que denominamos espaço de pontos de vista, frequentemente colocados em confronto. Também, neste espaço, defrontamo-nos com os determinantes intangíveis, anteriormente mencionados, quando os moradores que têm representação no Conselho ou que participam regularmente falam de seus sofrimentos, tristezas, angústias e peregrinações em

busca de solução para seus problemas de saúde. Tais narrativas trazem o conhecimento produzido por moradores que atuam nas redes de suporte social do território e que, frequentemente, colocam em questão as respostas que a APS vem dando a problemas. Um caso exemplar refere-se ao problema da tuberculose, já que está fortemente associado às condições de moradias vulnerabilizadas pelas obras do PAC, ou ao uso de drogas, em particular o *crack*.

Além do CGI, é notável o avanço de coletivos locais que atuam visibilizando os problemas e as experiências dos moradores de Manguinhos, como o jornal *Fala Manguinhos*, o Conselho Comunitário de Manguinhos, o Grupo Mulheres de Atitude, o coletivo de Mães de Manguinhos (constituído por mulheres que perderam seus filhos ou parentes em situação de violência), o Fórum Social de Manguinhos e o Fórum de Juventudes. Este último atua em diversas favelas da cidade e é responsável pela criação do “Nós por Nós”, um aplicativo de celular que tem sido importante aliado na denúncia e publicidade das situações de violência e abuso policial, que atingem especialmente os jovens.⁵ Também atuam no território algumas organizações não governamentais, como o Casa Viva e a Rede Ccap,⁶ entre outras. Todos esses coletivos, bem como iniciativas informais, atuam nas redes sociais, circulando informações especialmente pelo Facebook, Youtube e de diversos grupos de Whatsapp. Tais dispositivos de comunicação têm tido

5 Ver <<http://rioonwatch.org.br/?p=18868>>. Acesso em 18-1-2017; <<http://racismoambiental.net.br/2016/03/25/forum-de-juventudes-lanca-o-aplicativo-nos-por-nos-para-denunciar-violencia-policial/>>.

6 A Redeccap é uma Oscip oriunda do Centro de Cooperação e Atividades Populares (Ccap), que a partir de 2003 se configurou como uma rede de vários empreendimentos em Manguinhos. Para conhecer mais sobre a organização, visitar a *site* <www.redeccap.org.br> e a página no Facebook, Rede CCAP>.

importante papel não apenas na visibilidade dos problemas do território e do ponto de vista de seus moradores, mas vêm se constituindo em importante engrenagem no avanço das redes de suporte social. Em uma conjuntura de crescente vulnerabilização da população, muitas vezes essas iniciativas são as únicas soluções para muitos problemas. Porém, mais do que isso, elas nos dão pistas para pensar a situação de saúde de outras formas, tal como destaca Valla (1999, p. 12) a respeito do apoio social:

Se, de um lado, o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo, de outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle e do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante a hegemonia médica, através da “nova” concepção do homem como uma unidade.

Sendo assim, o significado de tais experiências coletivas de participação comunitária reside não apenas em sua possibilidade de responder aos problemas emergenciais e ir se constituindo em uma engrenagem de suporte social em tempos de crise; reside também em sua possibilidade de traduzir práticas e conhecimentos que contribuem com respostas diversas para melhorar a saúde da população ou atenuar seu sofrimento. Por isso, poderiam ser incorporadas aos processos de trabalho dos serviços de saúde e educação.

Contudo, apesar do avanço de iniciativas como essas, o diálogo e os mecanismos de mediação entre moradores, suas necessidades, experiências e saberes com os serviços encontram-se bastante verticalizados e burocratizados, a despeito dos esforços de vários profissionais que lidam diretamente com a população. Dessa forma, consideramos que é preciso ressignificar

a concepção de participação popular no SUS, considerando que, diante dos desafios atuais, a sua força não deveria concentrar-se nos espaços instituídos, mas fortalecer e criar dinâmicas criativas para a emergência de espaços instituintes. Essa ideia é central para nossa concepção tanto de uma promoção emancipatória da saúde quanto de Vigilância Popular de Saúde no território. Ela se configura exatamente em sua capacidade de trazer movimento aos canais institucionalizados, e alimentá-lo com conhecimentos e dinâmicas que não são visíveis à maioria dos profissionais, e formas de ação que são sistematicamente ignoradas ou invisibilizadas por eles. Por isso, em nossa perspectiva, a ampliação do conhecimento da situação de saúde local e a busca de respostas sobre esses problemas exige um caminho instituinte que dialogue regularmente com a dinâmica do território, com as experiências, com os conhecimentos e com as respostas que vêm sendo dadas por aqueles que ali vivem e trabalham. Este é o sentido da Rede de Vigilância Popular.

Uma Rede de Vigilância Popular em Saúde na perspectiva do LTM

Em continuidade às ações que vêm sendo desenvolvidas pelo LTM, em diálogo com experiências anteriores realizadas na Ensp (Escola Nacional de Saúde Pública), como a Ouvidoria Coletiva (Guimarães et al., 2011), e avanços na direção de uma vigilância popular nas áreas de saúde do trabalhador e saúde e ambiente, bem como atualizações do debate sobre vigilância da saúde, vimos destacando a necessidade de responder ao referido desencontro entre serviços de saúde e território, configurando uma Rede de Vigilância Popular em Saúde em Manguinhos.

Nesta, a participação popular é afirmada como princípio de construção de conhecimento e de mudança no modelo de gestão. Sob esta perspectiva, a participação é ressignificada, sendo concebida para além dos mecanismos representativos formais e inspirada pela multiplicidade de práticas e conhecimentos produzidos pelos moradores e coletivos locais. Dessa forma, ela incorpora, em sua radicalidade, os princípios da Educação Popular.

Considerando a perspectiva de um diagnóstico situacional amplo e, sobretudo, que responda às dinâmicas dos modos de vida e das posturas sociais desenvolvidas nos territórios, é necessário

Contribuir para refazer a lógica e os processos de informação, atrelando-os a processos comunicacionais mais dialógicos, dinâmicos e democráticos. Isso significa impregnar os serviços e os profissionais de saúde de vida real, de conteúdos e processos que expressem necessidades democraticamente definidas no território (Breilh, 2000, p. 103).

Impõe-se, pois, a perspectiva de operar um deslocamento da vigilância convencional ao monitoramento participativo e à vigilância popular de base territorial, que concorra para um paradigma renovado de gestão em saúde e permita o olhar permanente da coletividade organizada sobre os processos dos quais dependem seu bem-estar, seu funcionamento democrático e a reprodução de suas conquistas materiais, culturais e humanas (Breilh, 2003).

Em nossa perspectiva, esse deslocamento para impregnar de vida real os sistemas de informação e os próprios serviços de saúde se dá pela incorporação das redes locais existentes. Redes populares, que têm como potencialidade criarem processos de

transformação de caráter instituinte. Tal estratégia não é simples, pois provoca permanentes tensões e mudanças nos sistemas institucionalizados, que são lentos, burocráticos, frequentemente autoritários e hierarquizados. Embora difícil, consideramos esse desafio fundamental para que serviços e profissionais de saúde atuantes nos territórios, em especial os mais vulnerabilizados e marcados por violações sistemáticas de direitos humanos, sejam capazes de responder de forma mais ampla e efetiva nos tempos exigidos pelas populações e necessidades sociais.

A dinamicidade da produção de informação pelas redes sociais locais deve ser incorporada à APS por meio de processos que reconheçam a legitimidade da rede como produtora de informação relevante para a tomada de decisão no cotidiano dos serviços locais. Obviamente, não falamos aqui de quaisquer redes, mas das que, legitimamente, expressam experiências e saberes tanto com potencial de diagnóstico quanto de capacidade de interação e mobilização para ações coletivas de interesse para a saúde.

O que advogamos é que esse mesmo processo de incorporação do conhecimento e informação, que o LTM assume em suas práticas de pesquisa-ação, se dê pelos serviços locais no seu cotidiano para tomada de decisão, e não apenas nas reuniões formais de conselhos e em outros espaços formais, pontuais e espaçados no tempo. Consideramos ser necessário que as instituições reconheçam que os moradores, quando se expressam, trazem, em suas palavras, conhecimentos forjados no aprendizado de suas experiências de vida, que traduzem toda a complexidade do processo de produção da doença e da saúde no território. Em outras palavras, a narrativa dos problemas dos moradores nesse conhecimento, trazido em parte pelas redes sociais, expressa e informa, de inúmeras formas, processos importantes de determinação social da saúde do território e de sua população.

O desafio maior talvez seja romper com a lógica do diagnóstico situacional e o planejamento centralizado dos serviços de saúde e seus processos de gestão burocratizados por meio de procedimentos operacionais padronizados, para que reconheçam e incorporem em suas bases de dados e em seus processos de trabalho os conhecimentos e informações que são produzidos e circulam por essas redes, não só os dados quantitativos, que são importantes. Mais que isso, que incluam informações qualitativas que possibilitem a identificação e contextualização das causas dos adoecimentos e mortes. Para tal, é preciso que os serviços sofram mudanças em seus processos de trabalho. Isso inclui os critérios de avaliação de produtividade quantitativa a que estão submetidos. Mudanças essas que as tensões provocadas pelas redes populares em seus processos instituintes, e não instituídos, podem contribuir para acelerar.

Referências

- ALVES, P. A. *Vigilância popular da saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da mineração de urânio e fosfato no Ceará*. Mestrado em Saúde Pública. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, 2013.
- BARCELLOS et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, vol. 11, n.º 3, pp. 129-38, 2002.
- BOURDIEU, P. *A miséria do mundo*. 7.ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BREILH, J. Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 5, n.º 1, pp. 99-114, 2000.
- BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n.º 4, pp. 937-51, 2003.
- CUNHA, M. B. *Nos desencontros e fronteiras: os trabalhadores sociais das favelas do município do Rio de Janeiro*. Doutorado. Niterói: Programa

- de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense, 2005.
- CUNHA, M. B. et al. O desastre cotidiano da favela: reflexões a partir de três casos no Rio de Janeiro. *O Social em Questão*, vol. 18, n.º 33, pp. 39-5, 2015.
- CUNHA, M. B.; PINHEIRO, A. B. & CALAZANS, R. Vou te exigir o meu lugar, se não me der, eu vou tomar: o desastre do temporal no Alemão e o movimento Juntos pelo Complexo do Alemão. *Libertas* (UFJF. On-line), vol. 15, pp. 1-29, 2015.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 30.ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- FUNTOVICZ, S. & RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. *Histórias, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 4, n.º 2, pp. 219-30, jul.-out. 1997.
- GUIMARÃES, et al. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da ouvidoria coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, pp. 291-300, 2011.
- MACHADO et al. Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 19, n.º 4, pp. 399-406, 2011.
- MONKEN et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA J. C. & MONKEN, M. (orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 23-41, 2008.
- PAPINUTTO, A. S. T. *O território na construção do conhecimento local na Estratégia de Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis/RJ*. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2011.
- PORTO, M. F. de S.; CUNHA, M. B. da; PIVETTA, F.; ZANCAN, L. & FREITAS, J. D. de. Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: bases conceituais e metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, n.º 6, pp. 1747-56, 2016. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.25802015>>.
- PORTO, M. F. S.; ROCHA, D. F. & FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, n.º 10, pp. 4071-80, 2014.
- PORTO, M. F. S. et al. *Relatório Técnico do Projeto "Políticas Públicas, Moradia, Saneamento e Mobilidade: uma análise participativa do PAC na perspectiva da Promoção da Saúde e da Justiça Ambiental"*. Chamada MCTI/CNPq/MCIDADES n.º 11/2012, fev. 2015. Disponível

- em <http://www.academia.edu/12268270/RELAT%C3%93RIO_DA_PESQUISA_POLI_TICAS_PU_BLICAS_MORADIA_SANEAMENTO_E_MOBILIDADE_UMA_AN%C3%81LISE_PARTICIPATIVA_DO_PAC_NA_PERSPECTIVA_DA_PROMO%C3%87%C3%83O_DA_SA%C3%9ADE_E_DA_JUSTI%C3%87A_AMBIENTAL>. Acesso em 1.º-6- 2015.
- PORTO, M. F. S. et al. Produção compartilhada de conhecimento e cidadania: a experiência da comunidade ampliada de pesquisa-ção do Laboratório Territorial de Manguinhos-RJ. In: TOLEDO R. F. & JACOBI, P. R. (orgs.). *A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares*. São Paulo: Annablume, pp. 193-229, 2012.
- PORTO, M. F. S. & PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 207-29, 2009.
- PORTO, M. F. S. *Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- SAVI, E. A. *O sofrimento difuso de mulheres das classes populares: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência*. Mestrado. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
- SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos Cebrap*, n.º 79, pp. 71-94, 2007.
- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, vol. 7, n.º 2, pp. 7-28, 2002.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 15, supl. 2, pp. S7-S14, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_rtttext&pid=S0102311X1999000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17-1- 2017.
- VALLA, V. V. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, n.º 21, pp. 177-90, 1996.
- ZANCAN, L. F. et al. Dispositivos de comunicação para a promoção da saúde: reflexões metodológicas a partir do processo de compartilhamento da maleta de trabalho “Reconhecendo Manguinhos”. *Interface*. Botucatu, vol. 18, Supl. 2, pp. 1313-1326, 2014.

Alane de Sousa Nascimento*
Sabrina Maria Carreiro Almeida†

LIVROS ARTESANAIS DE RECEITAS CASEIRAS: UM RESGATE DA CULINÁRIA CULTURAL DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE

Alimentação e cultura estão sempre interligadas. Muitas vezes é impossível dissociá-las, pois estão enraizadas nos processos, nas vivências diárias, no modo de falar, no cuidado em saúde, dentre outros aspectos de um povo.

No Brasil um dos primeiros estudiosos na área da alimentação e cultura, leia-se cultura alimentar, foi Josué de Castro. No livro *Geografia da fome*, Josué faz um levantamento dos hábitos alimentares de todas as regiões do país, subdividindo-as em cinco regiões. Ao traçar todo o panorama das regiões brasileira, conhecendo seus hábitos alimentares e culturais, o autor obteve respostas sobre saúde e nutrição baseadas, interferidas ou associadas às culturas locais.

Nesse sentido, a Educação Popular (EP) apresenta-se extremamente necessária para a construção do conhecimento, tendo relevância singular para trabalhos sociais e ações de políticas

* Nutricionista graduada pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (Inta), especialista residente em Saúde da Família pela EFSFVS.

† Farmacêutica graduada pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (Inta), especialista residente em Saúde da Família pela EFSFVS.

públicas com perspectiva educativa libertária, democrática e participativa, trazendo um escopo de inspirações teóricas e tecnologias sociais relevantes capazes de oportunizar o desenvolvimento de profissionais com postura ética e comprometida com ações de Promoção da Saúde e da Alimentação Saudável.

Algo que tem preocupado os órgãos de saúde, alimentação e nutrição em escala mundial, são os novos hábitos alimentares que estão ganhando espaço na mesa dos brasileiros. O novo guia alimentar para a população brasileira publicado em 2015 traz uma preocupação em relação a essas mudanças na alimentação do brasileiro, que leva ao consumo cada vez maior de alimentos processados, ou ultraprocessados, com vasta lista de ingredientes indesejáveis, dentre eles: sódio, gorduras saturadas, conservantes e corantes artificiais, ofensivos à saúde da população. Daí parte a preocupação dos órgãos responsáveis pelas políticas e cuidados em alimentação e nutrição em incentivar práticas alimentares, trazendo alimentos *in natura* ou minimamente processados para base da dieta alimentar.

O livro

O cuidado nutricional na atenção básica em saúde requer habilidades diferenciadas no que se refere à promoção de saúde, pois para atrair a atenção da população e conseguir atingir a reflexão das práticas de saúde, alimentação e a adesão às mudanças necessárias estratégias de cuidado que fujam de ações monótonas ou impositivas.

Nesse sentido, nutricionistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), buscando trabalhar as recomendações do *Guia alimentar para a população brasileira*

(2015), no qual se preconiza a orientação ao resgate da culinária tradicional do “tempo das avós”, buscou por meios de atividades práticas e oficinas educativas a criação dos livros artesanais de receitas caseiras dos territórios e grupos de convivência do município de Sobral. Houve incentivo à prática de alimentação caseira e natural e adoção de alguns dos passos do guia alimentar para a população brasileira.

Percursos metodológicos

Essa prática de EP ocorreu no município de Sobral-CE mediante a confecção de livros artesanais de receitas caseiras, projeto elaborado por uma nutricionista em parceria com outras cinco nutricionistas da RMSF da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS), a fim de trabalhar o resgate culinário e incentivar a alimentação natural, tradicional, equilibrada, sustentável e saudável nos grupos de convivência, de idosos, mulheres, e de práticas corporais, que são grupos sistemáticos onde haveria maior adesão das atividades propostas.

A atividade ocorreu em dois momentos. O primeiro deu-se nos territórios de cada bairro onde atuam as nutricionistas da RMSF com a confecção do livro de receitas caseiras. O segundo, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), onde houve a apresentação dos livros artesanais e a culminância da proposta de resgate culinário, com apresentação dos pratos típicos escolhidos pelos grupos no Festival Gastronômico da Semana de Extensão e Cultura promovido pela universidade.

Os facilitadores dos momentos foram as nutricionistas, os profissionais de saúde e as equipes multiprofissionais. E os par-

participantes foram mulheres dos grupos de práticas, convivência e terapêuticos dos territórios de atuação das nutricionistas residentes em saúde da família da EFSFVS.

As oficinas de culinária tradicionais e seus significados

Com o intuito de resgatar as práticas de culinária tradicionais das comunidades do município de Sobral foi lançada a ideia de confecção de livros artesanais que não apenas estimulassem a descrição dos saberes culinários, mas que estimulassem aos participantes momentos de descontração, trocas de experiências, e despertassem outras habilidades.

Dividimos a confecção do livro em dois momentos: no primeiro encontro foi feita uma roda de conversa inicial sobre alimentação e cultura e a proposta de confecção de um livro artesanal que descrevesse as receitas caseiras trazidas pelos grupos. No momento seguinte foi realizada prática de recortes, pinturas e escritura das receitas apresentadas pelos participantes. Durante esse momento outros profissionais da equipe da Residência também estiveram presentes dando apoio às nutricionistas. Houve troca de saberes e orientações nutricionais em relação aos ingredientes, porções, qualidade nutricional das preparações e recomendações de substituição de alguns ingredientes que poderiam promover agravos nutricionais, como óleos, gorduras e açúcares. Ao final da segunda oficina os grupos que decidiram participar do festival escolheram a receita que seria apresentada no mesmo.

Optou-se pelos seguintes critérios de seleção para a escolha da melhor receita do grupo:

- Lista de ingredientes saudáveis (naturais);
- Tradição cultural (receita antiga);
- Sabor;
- Forma de apresentação;
- Modo de preparo (simples a moderado);
- Custo acessível.

A receita caseira que preenchia os requisitos supracitados foi levada para representar o território, Centro da Saúde da Família (CSF), no I Festival Gastronômico da Semana de Extensão e Cultura da UVA, cujo tema era: “Saberes e Sabores do Semiárido”.

Ao todo foram feitos cinco livros artesanais e realizadas oficinas de resgate culinário em sete grupos, sendo eles, idosos, práticas corporais e grupo terapêutico de mulheres. Alguns grupos optaram por não confeccionar livro artesanal, ou não levaram receitas para apresentar no festival em razão da dificuldade de arrecadação e de organização dos participantes dos grupos, ou de interesse na participação do evento.

Figuras 1, 2, 3. Momento de confecção das receitas Grupo de Práticas Corporais Bem Viver do Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro Sinhá Sabóia, Sobral-CE.





Fonte das Figuras 1, 2 e 3: do próprio autor, 2016.

Figura 4. Momento de confecção das receitas no Grupo de mulheres do CSF do bairro Vila União, Sobral-CE.



Fonte: do próprio autor, 2016.

Figuras 5 e 6. Momento de confecção das receitas no grupo de convivência Vitalidade do bairro Santo Antônio (CSF Sinhá Sabóia), Sobral-CE.



Fonte das figuras 5 e 6: do próprio autor, 2016

Figuras 7 e 8. Momento de confecção das receitas no grupo de mulheres Marias Guerreiras do CSF do Bairro Cohab II, Sobral-CE.



Fonte das figuras 7 e 8: do próprio autor, 2016.

No dia do festival expuseram-se as receitas para apreciação e degustação de comissão julgadora composta por um júri técnico e cultural; cada CSF levou suas receitas caseiras utilizando alimentos regionais para competir ao melhor prato cultural. As melhores receitas receberam um prêmio, e as demais receitas futuramente serão avaliadas quanto à composição nutricional [calorias (kcal), proteínas (PTN), lipídios (LIP), colesterol (CHO), ferro (Fe), cálcio (Ca), entre outros] e colocadas em uma cartilha para ser distribuída nas puericulturas.

Figuras 9, 10 e 11. I Festival Gastronômico da Semana de Extensão e Cultura da UVA: “Saberes e sabores do semiárido”.



Fontes das figuras 9, 10 e 11: do próprio autor, 2016.

Figuras 12, 13, 14 e 15. Exposição de todos os livros de receitas caseiras elaborados pelos grupos dos territórios do município de Sobral-CE.





Fontes das figuras 12, 13, 14 e 15: do próprio autor, 2016.

Um ponto interessante dessa prática é que muitas mulheres que participaram desses momentos eram idosas ou participantes de grupos terapêuticos, e muitas delas relataram que a ideia de criação de um livro artesanal foi muito interessante. Pois muitas delas descreveram receitas herdadas pelas avós e bisavós, e não apenas dissertavam sobre as receitas, mas relatavam a forma como era servida, em que momento era utilizada a preparação, dentre outros aspectos, já que algumas receitas não serviam apenas como alimentação, mas também como medicamento, como é o caso do caldo da caridade, que serve para enxaqueca, mal-estar e para curar ressaca.

Entre as inúmeras receitas contidas nos livros algumas merecem destaque: caldo da caridade, que se repetiu em quase todos os livros artesanais e foi bastante comentado como uma preparação tradicional, não apenas do município de Sobral, mas de outros municípios nordestinos. O bolo de miolo de pão, Maria Chiquinha caipira e cabeça de galo foram as receitas apresentadas durante o festival gastronômico, que foram julgadas quanto aos critérios organolépticos, nutricionais, culturais, financeiros. A receita vencedora que atendeu a todos os critérios foi a cabeça de galo, uma espécie de caldo de ovo com verduras, simples e

saborosa que agradou a todos paladares, e que passou a ser divulgada nas condutas nutricionais pela nutricionista do território como uma opção de alimentação natural e saudável.

Para os grupos onde havia mulheres idosas a experiência foi muito enriquecedora, pois muitas delas durante as oficinas relataram seus sentimentos de nostalgia do tempo em que podiam cozinhar, ou das eventualidades e comemorações ou ainda do prazer de poder utilizar os recortes e artifícios artesanais que faziam lembrar do tempo de escola quando faziam esse tipo de atividades. A troca de saberes foi constante tanto entre os participantes quanto entre os profissionais e se pôde perceber pelos relatos que muitas delas sentiram-se muito felizes de poder contribuir com a confecção dos livros e estar presente no momento.

Para a ganhadora do primeiro lugar do festival a experiência foi totalmente nova, pois ela não imaginava que sua receita tão simples poderia ter um valor tão significativo para outras pessoas e que ainda poderia ser destaque em um festival gastronômico. Isso demonstra o quanto esse tipo de experiência enriquece as práticas de alimentação e saúde, o quanto podemos inteirar a população e estimulá-la a resgatar a alimentação de raiz, tradicional que promove não apenas benefícios nutricionais, mas o bem-estar em diversos outros aspectos quando se trabalha cultura e alimentação.

Diante da execução desse projeto surgiram diversos impasses: dificuldade de articulação intersetorial para o fornecimento de materiais para a confecção dos livros artesanais, dos insumos para a produção das receitas, falta de apoio de algumas equipes da ESF na qual funcionam alguns grupos, recursos físicos, materiais, entre outros.

Muitos desses grupos onde ocorreram as oficinas as responsabilidades de cuidado e articulação das atividades fica sob

a responsabilidade da equipe multiprofissional (Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Nasf] ou residência em saúde da Família) de apoio, e poucos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família se interessam em dar apoio ou participar das atividades nos grupos. Em apenas dois grupos estiveram presentes um Agente Comunitário de Saúde para participar das oficinas junto com a equipe multiprofissional.

A falta de implicação da equipe mínima com os grupos de convivência ou de práticas corporais é algo bastante sentido em vários territórios do município, que muitas vezes dificulta eficácia e a continuidade de muitas ações, alguns profissionais alegam que estão ocupados em outras atividades e por isso não podem dar apoio aos grupos e outros acreditam que não é de sua responsabilidade a facilitação e colaboração nesses espaços, deixando a responsabilidade para o Nasf e a residência.

A experiência foi bastante significativa e enriquecedora para todos os participantes, tanto para as nutricionistas, ACSs e demais profissionais da residência (psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais, farmacêutica, fonoaudióloga, educadores físicos e fisioterapeutas) que estiveram dando apoio nas oficinas.

A universidade passou a conhecer melhor o trabalho das nutricionistas nos territórios e teve grande interesse em formar parceria para a edição dos livros artesanais em publicação específica do evento. Os resultados da proposta foram bem mais além do que as nutricionistas esperavam; algumas nutricionistas relataram que as receitas culinárias apresentadas nos livros passaram a ser prescritas por elas durante suas práticas de prescrições dietéticas e orientações nutricionais. Entretanto percebe-se que se houvesse maior envolvimento de outros setores, outros profissionais da ESF e outras nutricionistas do município muitas das dificuldades encontradas poderiam ser mini-

mizadas, o resgate culinário poderia ter sido maior e a experiência bem mais exitosa.

Algumas considerações

Esperamos que por meio dessas atividades a alimentação tradicional, natural e cultural seja lembrada e que as novas gerações possam conhecer pratos típicos da culinária local, bem como formas de preparo simples, práticos, saborosos e nutritivos que podem ser feitos nos dias atuais em substituição à alimentação industrializada e prejudicial à saúde, bem como fomentar o resgate da cultura local, e ainda a formação de parcerias e articulação com os profissionais que atuam na saúde do território.

Ao final de cada oficina os relatos das idosas e mulheres que participaram dos momentos demonstravam grande nostalgia por lembrar a época em que aqueles alimentos eram feitos, como eram servidos e quantas histórias tinham por trás de cada preparação. Alcançamos muitos de nossos objetivos de cuidado em saúde, alimentação e nutrição, conseguimos expandir a proposta para além dos territórios e fizemos que a universidade conhecesse um pouco mais acerca da culinária tradicional do município, bem como da relevância da alimentação saudável nutritiva e natural.

Referências

- BRANDÃO, C. R. *A Educação Popular na escola cidadã*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população*

- brasileira*. 2.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014.
- CASTRO, Josué de. *Geografia da fome*. 10.^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, pp. 93-246, 2010.
- NERY, V. A.; NERY, I. G. & NERY, W. G. Educação popular em saúde: um instrumento para a construção da cidadania. *Ciência e Desenvolvimento*, Vitória da Conquista, vol. 5, n.º 1, pp. 114-29, 2012.

Anexos
RECEITAS DESTAQUES NO FESTIVAL GASTRONÔMICO

Maria Chiquinha Caipira
Autora: Maria da Conceição Santos

Maria Chiquinha Caipira é feito com uma proteína de alto valor biológico. Estamos falando da galinha caipira, alimento de que todos gostam, mas que poucos têm o hábito de consumir. Seu valor nutricional é importante, principalmente pela oferta significativa de aminoácidos que contém, além de ser de baixa caloria e gordura. O seu consumo apoia a agricultura familiar e resgata a identidade alimentar e cultural de um povo.

Ingredientes

500g de galinha caipira
300g de arroz
30g de tomate
5g de pimenta-do-reino
30g de cebola
30g de pimentão
15ml de azeite de oliva extra virgem
15g de alho
50g de cheiro-verde
15g sal a gosto

Modo de preparo

1. Cozinhe a galinha caipira com sal e alho, em seguida desfie a carne, desprezando ossos e pele.

2. Em uma panela coloque o azeite e refogue a cebola, o alho, o tomate, o pimentão e a pimenta-do-reino.
3. Junte o frango desfiado e deixe dourar.
4. Acrescente o arroz para cozimento com o caldo em que foi cozida a galinha.
5. Acrescente o cheiro-verde a gosto, espere evaporar toda a água. Servir quente.

Cabeça de galo

Autora: Maria de Fátima Ribeiro

Trata-se de um prato tradicional da culinária popular, herda- do de avós e passado de mães para filhos. Serve para ser consumido em dias frios ou chuvosos, em dias de festa e fartura ou em dias de escassez de alimentos. É simples, prá- tico e muito saudável, pois não contém aditivos químicos e tem na lista de ingredientes o ovo que é um alimento rico em proteína e a farinha, sendo recomendado para restaurar as energias, após um dia todo de trabalho e até mesmo para curar ressaca pois atua como energético.

Ingredientes

- 1 maço de cheiro-verde
- 1 cebola branca
- 1 tomate
- 1 pimentão
- 2 dentes de alho
- 1 xícara de farinha de mandioca
- 1 colher de margarina ou manteiga
- 1 colher de colorau
- 5 ovos

Modo de preparo

Corte todos os temperos e verduras (alho, cheiro- verde, tomate, cebola) e coloque para ferver, acres- cente o sal, o colorau e a farinha peneirada, me- xendo para não criar bolhas, depois que levantar

fervura, quebre os ovos e mexa devagar para espalhar e pegar o gosto dos temperos. E pronto! Apague o fogo e deixe esfriar ou sirva quente.

Bolo de casca de banana

Autora: Rosena Souza

Bolo à base de casca de banana e farinha de rosca, além de saboroso e nutritivo, também visa o aproveitamento integral dos alimentos. A casca de banana é fonte de fibras, proteína e carboidrato, além de auxiliar no funcionamento do organismo e reduzir os níveis de colesterol. Dela pode ser feita uma farinha nutritiva, energética e de baixo custo, a qual pode ser bastante utilizada em preparações culinárias.

Ingredientes

2 xícaras de leite desnatado
3 ovos
2 colheres de sopa de margarina
3 xícaras de farinha de rosca
1 colher de sopa de fermento
3 xícaras de açúcar
1/2 limão

Modo de preparo

1. Lave e descasque as bananas, em seguida separe as cascas para fazer a massa.
2. Bata as claras em neve e reserve na geladeira.
3. Bata no liquidificador as gemas, leite, margarina, açúcar e as cascas, em seguida despeje essa mistura em outra vasilha e acrescente a farinha de rosca e misture bem.
4. Por fim acrescente as claras em neve e o fermento.
5. Despeje em uma assadeira untada e leve ao forno pré-aquecido por em média 40 min.

Cobertura: Faça um caramelo com açúcar e água, acrescente as bananas cortadas em rodela e o suco de limão, cozinhe e cubra o bolo ainda quente.

Caroline D’Azevedo Sica*
Janaina Cristina da Silva†

GRUPO DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR, FERRAMENTA PARA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, mas sua consolidação ocorreu apenas em 1998. Sua criação partiu da necessidade de fortalecer a Atenção Básica em Saúde no Brasil, e suas ações devem priorizar os atributos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006). Dentre as práticas que devem ser desenvolvidas, está a de prevenção e promoção de saúde, que pode ser trabalhada através da educação em saúde. Esse processo de trabalho visa atuar para o desenvolvimento de juízo crítico nas pessoas, levando-as ao protagonismo de suas ações e, conseqüente, à melhoria da qualidade de vida (Rodrigues & Santos, 2010; Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Ao citarmos a qualidade de vida, é indispensável analisarmos as condições alimentares da população mundial atualmente. Estas, por sua vez, passam por uma transição, ou seja, há um aumento no consumo excessivo de alimentos com alto teor de

* Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde. Professora na Universidade Feevale.

† Nutricionista. Residência em Saúde da Família e Comunidade.

energia, gordura, carboidratos refinados e baixa qualidade nutricional (WHO, 2003; 2004). Nas últimas décadas, essas mudanças alimentares também vêm ocorrendo com a população brasileira. Destaca-se a elevação no consumo de alimentos ultraprocessados e carnes e a conseqüente redução no consumo de frutas, hortaliças, leguminosas, raízes e tubérculos (Levy-Costa, 2005; 2012).

Essas alterações no padrão alimentar tornam a alimentação atual um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e vêm refletindo no estado de saúde da população brasileira. Em outras palavras, as DCNT já são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade no Brasil, correspondendo a 72% das causas de morte no país (Brasil, 2008; Brasil, 2011), embora a carga dessas patologias possa ser amenizadas quando seus fatores de risco são diagnosticados precocemente e na presença de tratamentos adequados (WHO, 2011).

Caminhos educativos através de espaços de grupo

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007, p. 13), a educação em saúde é uma “prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida”. Quando direcionamos a educação em saúde à comunidade, ela se torna um movimento de Educação Popular em Saúde (EPS), que, por meio da Educação Popular, é essencial para a promoção da autonomia às pessoas. Trata-se de uma nova forma de fazer Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, as equipes de saúde passam a direcionar os cuidados ao sujeito, considerando

seus saberes e experiências, unindo esse novo conhecimento aos saberes tecnológicos.

Entre os espaços em que ocorre a Educação Popular em Saúde, o mais tradicional é o espaço em grupo (atividades educativo-participativas), que depende dos frequentadores, do diálogo e da construção de saberes para que consiga ser instituído. Estas são necessidades que devem estar apoiadas em um projeto pedagógico coerente com a realidade, problematizando e construindo uma visão crítica desse contexto (Pekelman, 2008).

Dessa forma, o presente relato tem como objetivo descrever uma experiência de implantação e desenvolvimento de educação popular em saúde, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), podendo esta ser adaptada a outras realidades.

Metodologia

Este trabalho é um relato de experiência sobre a implantação e desenvolvimento de um Grupo de Reeducação Alimentar para pessoas adultas, em uma USF na cidade de Novo Hamburgo, região metropolitana de Porto Alegre-RS. A USF faz cobertura de sua área de abrangência com quatro equipes de Saúde da Família, sendo cada equipe constituída conforme rege a norma do Ministério da Saúde para a composição mínima de profissionais da saúde.

Diagnóstico da situação e motivações

O grupo de Reeducação Alimentar realizado na referida USF foi idealizado pela nutricionista de referência do

serviço e pela nutricionista residente, com apoio da enfermagem. A necessidade do grupo surgiu em razão dos crescentes encaminhamentos ao serviço de nutrição, que é referência para outras quatro USFs do município. Os motivos mais frequentes desses encaminhamentos eram excesso de peso, hipertensão arterial sistêmica, diabete *mellitus* tipo II, hiperlipidemia. Tais patologias são mais facilmente controladas e/ou prevenidas quando há uma alimentação saudável.

Desenvolvimento do grupo

Trata-se de um grupo aberto-fechado¹ de reeducação alimentar, dividido em três subgrupos que ocorrem simultaneamente, desde março de 2015. Considerando a singularidade de cada indivíduo e sua liberdade de escolha, o grupo possui como objetivo contribuir para a reeducação alimentar dos usuários para que desenvolvam senso crítico em relação à alimentação saudável e, assim, sejam autônomos em suas escolhas alimentares.

Os usuários adultos, encaminhados para o serviço de nutrição por profissionais enfermeiros e médicos, são agendados para atendimento em grupo. Tornam-se, porém, cientes da forma de atendimento apenas durante a primeira participação. Todos os participantes que necessitam de consulta individual são avaliados e agendados pelas nutricionistas. A cada novo integrante é entregue uma pasta contendo uma ficha de acompanhamento com datas do grupo, temática, dados antropométricos e fôlders com os assuntos abordados em cada encontro. São afe-

¹ Grupo cuja população participante é dinâmica, uma vez que não objetiva iniciar e terminar suas atividades com os mesmos membros, de forma que a saída espontânea de antigos integrantes abra espaço para novos participantes.

ridos mensalmente peso e circunferência da cintura, sendo estes classificados conforme o preconizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (Brasil, 2008).

O grupo tem programação de seis encontros iniciais, e cada subgrupo tem encontros mensais, em semanas diferentes. Estes encontros mensais têm temas específicos como: dez passos para uma alimentação saudável; leitura de rótulos e alimentos industrializados; porções; líquidos, *diet* e *light*; DCNT; higiene e conservação de alimentos. Todos os assuntos abordados são trabalhados de forma lúdica e simplificada para melhor compreensão e adesão dos participantes ao grupo. Ao término desse ciclo, é feito levantamento de temáticas de interesse de cada integrante para os encontros seguintes no Grupo de Manutenção.

Após o término dos seis primeiros encontros, os participantes são encaminhados para o Grupo de Manutenção, mantendo assim o vínculo e o acompanhamento nutricional por mais seis meses, com encontros mensais. As temáticas abordadas nesse novo ciclo foram sugeridas pelos participantes e incluem não apenas a nutrição, mas também assuntos que trabalham a multifatorialidade da alimentação e qualidade de vida, ou seja, oficina de temperos, atividade física, psicologia, montagem do prato saudável, chocolates e doces e roda de conversa. Nesses encontros, a metodologia das atividades desenvolvidas procura ser mais prática, tornando o participante mais ativo no processo. Para os assuntos não específicos da área da nutrição, é solicitado apoio aos profissionais da rede de saúde.

Apesar de os seis primeiros encontros terem temáticas determinadas, todos os participantes têm liberdade de participar a qualquer momento do encontro, seja dando sugestões, relatos ou realizando comentários e questionamentos. Entretanto,

observa-se a importância de que todos os temas abordados no decorrer dos encontros sejam sugeridos pelos participantes, visando atingir um sentimento de pertencimento na vivência com o grupo. É importante salientar quanto à disponibilidade dos profissionais para conversar de forma individual ao término de cada encontro sobre necessidades mais específicas de cada integrante. O espaço foi constituído com base na discussão e participação de todos os envolvidos e, portanto, é um momento de Educação Popular em Saúde.

Com os usuários que concluíram o ciclo dos seis primeiros encontros, foi possível realizar uma avaliação do processo e estabelecer um monitoramento da situação alimentar e nutricional dos participantes. Pretende-se que essa estratégia possa futuramente contribuir para maior conhecimento das necessidades de saúde da população adulta da área adstrita à Unidade de Saúde em estudo.

Espaço e tempo dos encontros

As atividades são desenvolvidas em um ambiente de práticas coletivas, dentro da USF. Por questões de espaço físico, melhor ambiente para diálogo e discussão com estes participantes e compreensão deles, são acolhidos no máximo vinte usuários por encontro. Os participantes e as responsáveis pelo grupo ficam sentados em semicírculo para facilitar o diálogo. O momento de conversa e demonstrações com materiais ilustrativos ou atividade prática não tem tempo máximo para acontecer. Entretanto, com o decorrer dos encontros realizados, observou-se que a atividade não ultrapassou uma hora e meia.

Protagonismo do participante

A Educação Popular em Saúde em espaços de grupo não é muito frequente dentro da rotina das Equipes de Saúde de referência dos participantes, uma vez que essa prática ainda se encontra em processo de compreensão e valoração por parte dos profissionais, o que, de certa forma, causa estranhamento na chegada de cada novo integrante. Muitos tornam-se resistentes à nova forma de atendimento do profissional de saúde, assim como do novo posicionamento a ele liberado diante da atividade, ou seja, os participantes estão adaptados a escutar orientações e receber prescrições e não a participar da construção do seu tratamento. Cabe ressaltar que a mudança no atendimento nutricional do usuário adulto não foi realizada mediante consulta aos indivíduos, sendo esta baseada apenas na demanda ao serviço de nutrição, o que pode ter favorecido o estranhamento no modo de atendimento. Assim, observa-se a importância de inserir o usuário na tomada de decisão, também na forma como receberá seu atendimento.

Considerando ainda a mentalidade dos novos frequentadores e suas expectativas em relação à consulta com o nutricionista, muitos questionam a entrega de planos alimentares e orientações em grande grupo focadas para necessidades específicas, mesmo com momento destinado a esse fim no final de cada encontro, o que causa constrangimento em alguns frequentadores mais antigos que já compreenderam o projeto-pedagógico instituído.

Foi ressaltado que a proposta da implantação do grupo era fortalecer e promover a integração e o relacionamento entre os membros, proporcionando um espaço para a discussão e exteriorização dos sentimentos e dificuldades enfrentados no

processo de reeducação alimentar. Visava também disseminar conhecimentos sobre os grupos alimentares, os alimentos com maior teor energético, as informações e orientações sobre as necessidades diárias da ingestão energética e orientações sobre a elaboração de cardápios alimentares.

Com o decorrer dos encontros, os participantes que se mantiveram no grupo passaram a ser muito mais participativos, ativos e críticos da sua rotina alimentar. No tocante ao objetivo do grupo, a reeducação alimentar, muitos relatam grandes mudanças, assim como outros referem maior dificuldade. Apesar das diferenças entre cada frequentador, no que diz respeito ao “sucesso” nas modificações alimentares, um apoia e ajuda o outro em suas fragilidades, gerando um vínculo importante entre os participantes e deles para com os profissionais de saúde envolvidos.

Diante da temática adotada e das estratégias utilizadas no Grupo de Reeducação Alimentar, foi possível verificar, conforme relatos no decorrer dos encontros (especialmente no último, do Grupo de Manutenção), que foram estabelecidas reflexões sobre as condições alimentares e nutricionais, possibilitando melhora da qualidade de vida dos participantes. Além disso, propiciou-se uma interação entre os membros do grupo mediante a troca e fornecimento de receitas e do preparo de alimentos.

Considerações finais

Esta forma de fazer Educação Popular em Saúde permitiu o reconhecimento da complexidade dos aspectos envolvidos na adoção de um estilo de vida saudável e a necessidade de um trabalho interprofissional da equipe. Neste enfoque, todos os integrantes do grupo são colocados na posição de agente, pois a ação educativa elegeu como ponto central a criação de

vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. O modelo proposto vem-se mostrando viável e eficaz. Entretanto, é necessário realizar adequações na metodologia, conforme sugestões descritas no corpo do texto, visando ampliar a participação dos usuários e consequentemente atingir a efetiva promoção da saúde.

O grupo de Reeducação Alimentar possibilita uma reflexão sobre a relação que as pessoas estabelecem com os alimentos, com a vida e com as diferentes maneiras de cuidar do corpo biopsicossocial. A mensagem que se pretende passar é a importância da escolha e da opção de formas mais saudáveis de alimentação, para que se cuide do corpo e se propicie a promoção de saúde, prevenção de agravos e redução de sintomas de patologias já instaladas. Portanto, é necessário contribuir para as mudanças de paradigmas e condicionamentos culturais/sociais e fazer diferente.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan na assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. & BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 5, n.º 1, pp. 7-18, 2000.
- LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública* [Internet], ago. 2005 [citado em 8-1-2015], vol. 39, n.º 4, pp. 530-40. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25522.pdf>>. Acesso em 4-10-2016.
- LEVY-COSTA, R. B; et al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade de alimentos no Brasil, 2008-2009. *Rev Saúde Pública* [Internet], fev. 2012 [citado em 8-1-2015], vol. 46, n.º 1, pp. 6-15. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3014.pdf>>. Acesso em 4-10- 2016.
- PEKELMAN, R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: A prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. *Revista de APS*, vol. 11, n.º 3, pp. 295-302, jul.-set. 2008.
- RODRIGUES, D. & SANTOS, V. E. A Educação em Saúde em Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. *Journal of the Health Sciences Institute*, vol. 28, n.º 4, pp. 321-4, 2010.
- WHO. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation* [Internet]. Genebra: World Health Organization, 2003. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf>. Acesso em 3-10-2016.
- WHO. *Integrated prevention of non communicable diseases: global strategy on diet, physical activity and health* [Internet]. Genebra: World Health Organization, 2004. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em 3-10-2016.
- WHO. *Global status report on non communicable diseases 2010* [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em 3-10-2016.
- WHO. *Region and country specific information sheets: the impact of chronic diseases in Brazil* [Internet]. [citado em 19-6-2012]. Disponível em <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/en/index.html>. Acesso em 4-10-2016.

Érika Patrícia P. Gomes Ribeiro*
Maria de Fátima Costa de Araújo†
Juliana Sampaio‡
Tiago Salessi Lins#

RESSIGNIFICAÇÃO DO AMAMENTAR:
UMA ABORDAGEM AMPLIADA
NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DA PARAÍBA

Para aumentar o leite
Minha amiga pode crer
Coloque no peito mais vezes
Logo você vai ver
Quanto mais o bebê suga
Mais leite vai aparecer

(Poeta regional desconhecido)

Muito embora tenhamos experimentado enormes avanços no conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno para mulheres e bebês, ainda não se obteve relevante sucesso nesta prática. Há uma generalizada negligência por parte dos profissionais de saúde, levando à

* Graduanda do curso de Medicina da UFPB.

† Graduanda do curso de Medicina da UFPB.

‡ Professora do Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas da UFPB.

Professor do Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas da UFPB.

suposição de que o leite materno pode ser substituído por produtos artificiais sem consequências prejudiciais. Diversos estudos apontam que a decisão de não amamentar repercute negativamente sobre a nutrição e desenvolvimento do bebê, assim como na saúde da mulher.

A prática da amamentação previne a mortalidade e morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média (Victora et al., 2016), acelera a recuperação da mulher no pós-parto, contribui para a redução do estresse puerperal e na vinculação mãe-bebê (Febrasgo, 2015). Dessa forma, evidencia-se a importância da amamentação para mulheres e crianças, independentemente de onde vivem e da classe social. Possivelmente, nenhum outro comportamento de saúde pode afetar duas pessoas de modo tão contundente.

Em grande parte dos países, as taxas de amamentação exclusiva são inferiores a 50%, e a correlação com a duração da amamentação é considerada moderada. Por outro lado, a amamentação é um dos poucos comportamentos de saúde classificado como positivo, que é mais prevalente nos países pobres do que nos ricos (Victora et al., 2016).

No Brasil, a amamentação, o aleitamento cruzado e a alimentação por mamadeira coexistem nas várias classes sociais, o que pode ser explicado por motivos econômicos e socioculturais. Esse fenômeno tem como antecedentes a utilização das amas de leite pela nobreza brasileira nos tempos do Império e sofreu influências da intensa urbanização e inserção da mulher no mercado de trabalho. A estes eventos socioculturais, somavam-se as intensas estratégias de *marketing* sobre os profissionais, com incentivos financeiros, e sobre mães, associando imagens de saúde e modernidade à alimentação artificial (Rea, 1990; Almeida & Novak, 2004; De Amorim, 2005).

Os níveis de mortalidade infantil nos países subdesenvolvidos foram aumentando até que, em 1981, instituições governamentais internacionais promulgaram medidas regulamentando a propaganda e proibindo a doação desses produtos a serviços de saúde. Influenciado por essa mobilização internacional, o Brasil publicou a Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes, com intuito de limitar e monitorar a divulgação desses produtos no Brasil (De Amorim, 2005) e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), como marcos na política pública visando ao fortalecimento dessa prática.

Mesmo com o aumento dos índices de aleitamento materno, registrados no Brasil entre a década de 80 e 90, existe uma tendência histórica ao desmame precoce. Com isso, percebemos que a amamentação transcende limites biologicamente e instintivamente determinados, sendo, na verdade, socioculturalmente mediada (Almeida & Novak, 2004).

Alguns estudos sobre amamentação mostraram a importância da mulher ter alguém ao lado que lhe dê apoio e cuidado (Oliveira et al., 2010; Prates et al., 2015). Nessa perspectiva, entende-se que, para a compreensão dos fatores condicionantes do ato de amamentar, seja necessário considerar tanto os aspectos biológicos quanto os sociais, envolvidos nessa prática.

A partir da prática, observa-se que a amamentação não é instintiva nem automática: é uma ação que está fundamentada na subjetividade e na vivência das mulheres, sendo condicionada pelas relações estabelecidas com os membros da sua rede social e capaz de suprir as necessidades vitais de afeto, vínculo, proteção e nutrição na primeira infância (Prates et al., 2015).

A rede de apoio social pode influenciar a mulher diante da decisão em amamentar (Prates et al., 2010; Souza, 2016). Reconhece-se que essas redes geralmente se desenvolvem com

base em articulações autônomas dos usuários; mesmo assim, os profissionais de saúde poderiam potencializar o apoio social (Gomes & Merhy, 2010).

Partirmos da perspectiva da Educação Popular, na qual educar para a saúde é justamente ajudar a população a compreender as causas do adoecimento e a se organizar para superá-las. Destacando-se que a mulher, quando opta por aderir e manter essa prática de amamentação, não está expressando apenas a sua decisão, mas também os significados construídos durante toda a vida, seus conhecimentos e vivências, suas reflexões, as experiências de seus familiares e amigos, as interferências da mídia e dos saberes científicos (Freire, 1981; Vasconcelos, 1997; Prates et al., 2015).

As mulheres querem ser ajudadas no manejo da amamentação e consideradas em sua autenticidade e singularidade. Para isto, parte-se dos saberes prévios das gestantes. Esses conhecimentos vão sendo construídos pelas pessoas à medida que elas vão seguindo seus caminhos de vida e são fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade (Freire, 1981). A educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular. A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca entre o conhecimento popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente (Vasconcelos, 1997).

Por isso, apostando na potência da resignificação da amamentação, bem como na importância da assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal e ao seu bebê, criamos em 2015 dois projetos de extensão envolvidos nessas temáticas. Os projetos de extensão “Conectando Saberes e Práticas no

Cuidado a Puérperas e Bebês” e “Vínculos e Vivências no Cuidado às Gestantes e Bebês” foram então criados e contemplados pelo Programa de Extensão — Probex/UFPB.

Em 2016, os projetos somaram onze extensionistas (dez estudantes de graduação e uma técnica administrativa). Nesse período, nossas ações integraram o Programa Partejar, aberto a estudantes de quaisquer cursos da UFPB e técnicos administrativos que possuíssem interesse na temática. Nesses dois anos de existência, contamos com extensionistas dos cursos de medicina, fisioterapia e enfermagem; técnicos administrativos e professores do Departamento de Promoção da Saúde da UFPB. Além disso, mantivemos parcerias com professoras do curso de enfermagem e com profissionais (enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, assistentes sociais) e gestores da saúde.

Nossa atuação se dá na maior maternidade pública da Paraíba, o Instituto Cândida Vargas (ICV) e consiste em oferecer apoio físico e emocional às gestantes em trabalho de parto e em tratamento clínico; às puérperas com dificuldades de amamentar, mulheres com bebês prematuros, com baixo peso ou com necessidades especiais; àquelas em situações de perda gestacional; e aos acompanhantes de livre escolha da mulher, em todas as situações mencionadas. Graças ao compartilhamento das ações entre extensionistas, usuários, trabalhadores e gestores, temos alcançado uma boa integração ensino-serviço. A partir de encontros entre esses atores sociais, buscamos agir no sentido de valorizar a autonomia e protagonismo dos sujeitos, o conhecimento produzido a partir desses encontros e a horizontalidade e solidariedade no serviço de saúde.

Ao serem abordadas e convidadas para uma conversa, as mulheres se mostraram acessíveis e interessadas em falar sobre seus receios, dúvidas, inseguranças e sobre como se sentem. Dessa

maneira, o cuidado precisa ser contínuo e dialógico, de forma que não as domine ou oprima, nem usurpe delas o protagonismo.

Nesse sentido, o objetivo desse texto é apresentar como nossas ações de apoio ao aleitamento materno foram construídas junto a usuárias, acompanhantes e trabalhadores, e como elas ajudaram mulheres e seus familiares a apresentar menos dificuldades na amamentação, contribuindo para a saúde materno-infantil, bem como para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Caminhos da construção do cuidado

Refletir sobre nossas práticas e reorientar condutas realizadas rotineiramente, com frequência, não são tarefas fáceis. No entanto, quando nos colocamos como aprendizes e reconhecemo-nos inacabados e abertos ao encontro dialógico com o outro, permitimos a nós e ao outro pensar por outro viés, pensar o impensado, e assim nos tornarmos sujeitos e não puros objetos do processo (Freire, 1996). Desse modo, nos aproximamos de cada puérpera usuária da instituição e também dos trabalhadores, na certeza de que aprenderíamos muito com todos eles. Todos trazemos nossas experiências de vida, fazendo do encontro um aprendizado singular e coletivo. Foi assim que encontramos sujeitos acessíveis: a partir do momento que também nos despimos do pretense conhecimento acadêmico e nos propomos a apoiá-los naquilo que nos demandassem. Buscamos nos *in-mundizar*¹ da realidade do serviço de saúde e dos próprios sujeitos, sem pensar previamente em planos de ação, para

1 O termo *In-mundizar* aqui utilizado é uma apropriação do conceito de pesquisador *in-mundo*, utilizado por Abrahão (2013) para referir-se ao processo de imersão na rede existencial do usuário.

que fosse o encontro o elemento disparador (Abrahão, 2013) e para que os sujeitos participassem intrinsecamente do processo. Nessa perspectiva, dialogamos com dezenas de puérperas nos Alojamentos Conjuntos² e na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UcinCa)³ sempre no sentido de fortalecê-las e apoiá-las diante das dificuldades inerentes ao puerpério, buscando trazer para a conversa o acompanhante de livre escolha da mulher. Assim, compartilhamos dificuldades do aleitamento e do puerpério, buscando não nos apoiar em condutas normatizadas, mas almejando sempre acolher as demandas e dificuldades das mulheres, para produzir com elas modos de vida mais saudáveis e prazerosos.

Do mesmo modo se deu nossa aproximação com os trabalhadores do Banco de Leite Humano Zilda Arns (BLH) e do Núcleo de Educação Permanente em Aleitamento Materno (Nepam), anexos à maternidade. Buscamos conhecer os profissionais, suas dificuldades e apoiá-los em suas demandas. O BLH é um serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materno e/ou infantil, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Também é de sua missão a coleta da produção láctica da nutriz; e a seleção, classificação,

2 Alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe vinte e quatro horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a sua saúde e a do seu filho. Dentre suas vantagens, o alojamento conjunto estimula e motiva o aleitamento materno de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural (Brasil, 2009).

3 O método canguru consiste em uma política pública de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso e prematuro, compreendendo, na primeira etapa, a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (Ucin). Na segunda etapa do método, com a estabilidade clínica da criança e segurança materna, a posição canguru é realizada em boa parte do tempo. A terceira etapa do método é realizada com acompanhamento ambulatorial (Brasil, 2011).

controle de qualidade e distribuição do leite, sendo proibida a comercialização dos seus produtos (Brasil, 2008). Já o Nepam, setor voltado para atividades de educação permanente em aleitamento materno, é constituído por uma profissional de enfermagem a qual se utiliza dos pressupostos da educação popular para integrar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno junto ao BLH, dentro e fora da maternidade.

Quando nos aproximamos do BLH/Nepam, soubemos das suas dificuldades para atender à grande demanda, pois eram poucas/os trabalhadoras/es para realizar as atividades junto às puérperas nos Alojamentos Conjuntos e no setor Mãe Canguuru, além das usuárias externas à Instituição. Além disso, o BLH passava por um momento de estoques reduzidos de leite humano e, por isso, uma das demandas das/os trabalhadoras/es era ajudá-los a captar doadoras para o restabelecimento dos estoques de leite, juntamente ao BLH/Nepam. Naquele momento, as trabalhadoras do BLH também direcionavam esforços para que a maternidade renovasse a habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Dentre as várias prerrogativas para manter tal habilitação, a instituição deveria cumprir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno e, por isso, também fomos demandados a apoiá-los nesse processo. Especificamente, a dificuldade de estabelecimento do quarto passo: “Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto”, foi apresentada em razão da resistência dos trabalhadores do Centro Obstétrico em proporcionar que mãe e filho ficassem em contato pele a pele imediatamente após o parto.

A partir desses diálogos, decidimos apoiar os trabalhadores no seu compromisso de cuidar das puérperas. Para isso, os profissionais do BLH nos ofereceram um Curso de Formação

em Manejo Clínico da Amamentação (carga horária de doze horas), para que pudéssemos ajudá-los nas ações de apoio e promoção do Aleitamento Materno dentro da maternidade.

Juntamente aos trabalhadores, vestimos um avental dotado de mamas e levamos bonecos, simulando o recém-nascido na visita às puérperas dos Alojamentos Conjuntos. Utilizando uma abordagem individual, aproximamo-nos das mulheres em seus leitos e nos apresentamos, oferecendo alguma ajuda e perguntando se estavam com dificuldades de amamentar ou se precisavam de algum outro tipo de apoio, para que compartilhássemos essas dificuldades. Nesse sentido, quando necessário, buscamos ajudá-las a realizar de maneira mais satisfatória o posicionamento e a pega do bebê durante a mamada, para prevenir complicações mamárias. Na oportunidade, distribuíamos um fôlder tematizando a doação de leite ao BLH com o telefone do serviço, para que pudessem ligar ou recorrer a ele em caso de problemas relacionados à amamentação. Também conversávamos sobre o retorno ao trabalho e o fim da licença maternidade, mencionando o Programa Mãe Trabalhadora que Amamenta, a fim de ajudar mulheres que desejassem continuar amamentando o filho até o sexto mês de vida, após retorno ao trabalho.

Compartilhando experiências

Lançar-se ao diálogo, respeitando e reconhecendo a autonomia do outro, é permitir a si e ao outro ampliar a visão do mundo e de si. Nas histórias de vida das mulheres que conhecemos e no dia a dia da maternidade, pudemos partilhar saberes, dificuldades, experiências e anseios que, cremos, repercutiram para além do ato de amamentar.

Nessas conversas com as puérperas, utilizamos uma abordagem individual, indo de leito a leito, apresentando-nos pelo nome e dizendo que fazíamos parte de um projeto que se propõe a oferecer apoio à mulher desde o pré-parto ao período pós-parto. Durante as visitas aos Alojamentos Conjuntos e na UcinCa, procurávamos conhecê-las, saber como se sentiam e se haveria algo em que pudéssemos ajudá-las nesse processo do puerpério. Com algumas mulheres, esse acompanhamento se deu desde o trabalho de parto, o que nos favoreceu o estabelecimento de um vínculo que facilitou a relação com elas durante o puerpério.

Buscamos nos aproximar delas com uma proximidade física que denotasse nossa disponibilidade de ouvir e de estar ao lado, além de favorecer a privacidade no diálogo, uma vez que a conversa se dava nos Alojamentos Conjuntos e UcinCa, os quais acomodavam em cada enfermaria quatro ou mais puérperas, seus bebês e acompanhantes. Isso permitiu que compartilhássemos suas experiências de parto e de cesariana, histórias de amamentação de outros filhos, preocupações com os filhos que ficaram com o companheiro e/ou familiares, aflição com a demora da descida do leite, o desconforto sentido ao amamentar, o desassossego com o choro frequente do bebê. Nessas trocas de experiências, pudemos colher seus relatos:

E por ser mãe de primeira viagem, não sabia o que eram as colicazinhas, que tinha que ficar em contato com o corpo da mãe para poder se aquecer. Fiquei nervosa. Elas me ajudaram: vim aqui no posto de enfermagem, me deram apoio, me orientaram. Agora que tô aqui com ele, ele se acalmou mais. . . (Rosa).⁴

⁴ Optamos por utilizar nomes de flores para preservar a identidade das puérperas, usuárias da maternidade.

O contato com o corpo da mãe pode ser percebido como uma necessidade de aconchego por parte do bebê e não apenas como sinais de fome ou dor. Como nos foi ensinado por uma mulher indígena da Aldeia Monte Mor da Baía da Traição: “Sempre que o bebê estiver chorando, tem que colocar no peito, mesmo que não queira mamar. Só para sentir a quenturinha da mãe” (Violeta). Por meio da fala dela, percebemos o quanto sua comunidade valoriza o aleitamento materno e o vínculo mãe-bebê.

Durante os trabalhos realizados nos alojamentos conjuntos, percebemos que muitas mulheres com história de insucesso na amamentação de outros filhos, tinham dificuldades de falar sobre o processo de amamentação atual. Algumas delas acreditavam que a amamentação fosse predeterminada biologicamente, dizendo que não tinham leite nem no nascimento daquele filho e nem no dos demais. Relataram não ter amamentado seus primeiros filhos por produzirem um leite fraco: “não saía leite, era só uma aguinha branca”, ou em pouco volume, insuficiente para saciar o bebê, que acordava chorando de fome por diversas vezes durante a madrugada. Uma delas, mãe de gêmeos, mencionou que o corpo da mulher não consegue produzir leite o bastante para alimentar dois bebês: “minha mãe falou: «tome suco de caju, coma doce de goiaba e banana, que o leite aumenta». Mas não adiantou, não tinha leite suficiente para dois bebês” (Caliandra).

Por isso, muitas decidiram experimentar o mingau e notaram que o bebê passou a dormir a noite inteira. Assim, o leite artificial foi entendido como um alimento forte e capaz de manter o recém-nascido saciado por muito tempo, além de trazer como bônus uma noite de descanso para a mãe. Conversamos com essas mulheres sobre os aspectos relacionados à facilidade de digestão do leite humano pelo bebê, por ser apropriado

para a nossa espécie. Tentamos explicar a produção do leite, que se dá à medida que o bebê esvazia a mama em livre demanda, assim como a diferença entre estar saciado e nutrido, fazendo analogias com alimentos do seu dia a dia: como estar saciado quando se come um punhado de farinha, porém sem nutrição capaz de promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O colostro era frequentemente pensado como um líquido pobre, de gosto ruim e qualidade inferior: “Aí ficou saindo só aquele colostrinho, mas ela achava ruim. Ela não tava gostando, aí ela pegava com um pouco de dificuldade. Mas agora chegou o leite normal, agora ela pega” (Alamanda Amarela). Também não foi raro ouvi-las dizer que amamentaram outros filhos a cada três horas.

Essas concepções acerca da amamentação são, em geral, aprendidas com mulheres mais experientes da família, a exemplo da mãe e da avó, e partilhadas com outras mulheres, representando saberes aos quais elas atribuem valor, norteando seu agir no mundo. Por isso, trazer para o diálogo um saber diferente requer de nós sensibilidade para não agredir e não promover a submissão do outro. Então, em geral, perguntávamos: “por que você acha que o gosto do seu leite é ruim?” ou “você acha que seu leite é fraco?”, “por que você acha que precisa amamentar de três em três horas?”. A partir disso, elas iam nos dizendo das suas crenças, o que favorecia uma compreensão mútua das experiências. Isso abria a possibilidade de um pensar e agir diferentes, tanto delas quanto nossa.

De acordo com a realidade de cada mulher, era possível elas mesmas definirem, por exemplo, se no seu contexto seria possível amamentar sob livre demanda ou com horários programados. Os estudos indicam que a amamentação sob livre demanda, isto é, nos momentos requeridos pela criança, propicia

que mãe e bebê tenham acesso um ao outro livremente, o que repercute em maior produção de leite da lactante e maior duração da amamentação (Carvalho et al., 1983, apud Giugliani, 1994; Morse et al., 1986, apud Giugliani, 1994).

No entanto, isso pode não ser possível ou desejável para todas as mulheres. Vários contextos podem tornar a livre demanda extremamente cansativa ou mesmo inviável, em especial para as mães com maiores vulnerabilidades socioeconômicas, que precisam trabalhar tão logo cheguem da maternidade, ou que tenham outros filhos e afazeres domésticos, com frágil rede de apoio social. Dessa forma, é preciso maior acolhimento da rede de apoio dessas mulheres, especialmente dos profissionais de saúde da atenção básica (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde), a fim de não desvalorizarem suas formas de amamentar. Ao contrário, é preciso acolher, respeitar e valorizar a luta dessas mulheres, e buscar junto a elas estratégias de apoio ao aleitamento que se conformem à realidade do seu cotidiano.

Nesse sentido, nas nossas conversas com as puérperas, perguntávamos também se elas amamentaram outros filhos e se tinham alguém que pudesse apoiá-las em casa, ajudando nos afazeres domésticos ou no cuidado do bebê. Ao mesmo tempo, incluíamos o acompanhante na conversa, a fim de facilitar agenciamentos nesse âmbito. Reconhecemos que esse aprendizado precisa ser cada vez mais compartilhado, uma vez que guarda uma compreensão sobre o caráter global do sucesso da amamentação, o qual não diz apenas sobre o vínculo mãe-bebê, mas também sobre o vínculo mãe-bebê-rede de apoio social.

Vale salientar que essa rede de apoio à amamentação não se restringe apenas aos familiares, vizinhos, amigos e profissionais que assistem à mulher e à criança, mas também inclui o ambiente profissional da lactante. Por isso, perguntávamos às

mulheres se elas pretendiam amamentar exclusivamente até pelo menos o sexto mês e se teriam de voltar a trabalhar nesse período. Muitas apresentavam a dificuldade de sustentar a amamentação após o retorno ao trabalho, como se a coexistência de ambos fosse incompatível com sua realidade. Falamos a elas sobre o Programa Mãe Trabalhadora que Amamenta, o qual ampara seu direito de amamentar até o sexto mês, mesmo finalizada a sua licença maternidade (Lei 8.112/90).

Elas, com frequência, demonstravam surpresa em relação a essa informação e até descrédito, por não terem conhecido esse ambiente no cotidiano do trabalho. O desequilíbrio entre ser mãe e profissional competente certamente contribui para o desmame precoce e reflete o quanto nós, enquanto sociedade, precisamos nos organizar para apoiar as mulheres que amamentam. Ao fim das nossas conversas, sempre deixávamos um fôlder com o contato do BLH 24h como serviço de apoio à puérpera e ao lactente.

Com as mulheres de primeiro filho (primíparas), compartilhamos principalmente as dificuldades de amamentar. Muitas delas sentiam-se inseguras e despreparadas, pedindo que vissemos como davam de mamar aos seus bebês. Procuramos tranquilizá-las, fortalecê-las e valorizar sua forma de lidar com seu corpo, suas mamas e com seu bebê, realizando, quando necessário, pequenas sugestões para facilitar esse manejo.

Percebemos que durante o pré-natal, muitas dessas mulheres não tiveram oportunidade de conversar com os profissionais que as assistiram a respeito de como seria a lactação nos primeiros dias pós-parto, ao passo que as que haviam sido informadas sobre a possibilidade de haver demora na descida do leite estavam mais tranquilas, pois compreendiam que era normal o que se passava com seu corpo. Além disso, em alguns

momentos, conversamos sobre como elas poderiam realizar adequadamente a pega e posicionamento do bebê, a começar por encontrar um ambiente em que ficassem confortavelmente apoiadas. Esses saberes técnicos foram compartilhados por se associarem à menor ocorrência de trauma mamilar, dor mamária e exaustão da mulher, obstáculos que podem repercutir em menor tempo de aleitamento materno exclusivo.

O conhecimento sobre o manejo com massagens e extração manual do leite foi também compartilhado, sendo entendido como fundamental entre as formas de apoiar a mulher no puerpério. Para as que manifestavam desejo de doar um pouco do seu leite ao BLH, fornecemos os materiais necessários à extração: pote de vidro esterilizado, touca e um par de luvas. Os potinhos com leite são coletados pelo BLH no domicílio da usuária e, na oportunidade, novos materiais de extração são deixados com elas. Enfatizamos que o apoio do BLH continua após a alta e que elas poderiam acionar o serviço a qualquer hora ou procurar os profissionais da unidade básica de saúde mais próxima da sua residência.

Além disso, buscamos reportar aos profissionais da maternidade e do BLH as demandadas da mulher ou do bebê, como, por exemplo, quando a mulher notava presença de sangue no leite, quando o ingurgitamento mamário dificultava a pega da criança ou quando a mãe relatasse algum sintoma que precisasse ser investigado. A cada encontro, fomos compreendendo que nosso apoio consistia muito em potencializar o processo de compartilhamento da produção do cuidado, fosse este em relação ao bebê, ajudando mulher e acompanhante nesse cuidado, fosse em relação à própria mulher, apoiando-a nas suas dificuldades e chamando o acompanhante a fortalecê-la e apoiá-la.

Construção do vínculo com Tulipa: o cuidado ampliado na rede

Na UcinCa, conhecemos muitas mulheres e suas histórias de vida. Mães de bebês de baixo peso, experimentam longos períodos de internação, até que os filhos desenvolvam reflexo de sucção para amamentar e peso adequado para receberem alta. Uma delas, Tulipa, em virtude do vínculo com ela construído, pôde ser acompanhada e apoiada por vários meses.

Ela compartilhou conosco que, após quinze anos de tentativas, finalmente havia engravidado e concebido uma menina. Mesmo com a instabilidade de saúde da filha, que nasceu prematura, com fenda labiopalatina e abaixo do peso, aquela mulher demonstrava serenidade e segurança em suas decisões: “Faço de tudo para conseguir tirar o leite para ela. Sei que, se necessário, o Banco de Leite pode fornecer o leite de outras mães, mas só o meu leite tem tudo o que desejo passar para ela, inclusive amor”. Tivemos a oportunidade de acompanhá-la durante três meses, enquanto estivemos na UcinCa e, assim, conhecemos um pouco mais de sua história de vida. Ela nos contou que, ainda criança, foi deixada pelos pais sob os cuidados de avó materna e um episódio da infância marcou sua vida:

Aos sete anos de idade, após uma travessura de criança, fui trancada em um quarto escuro por uma babá que, com o intuito de me castigar, começou a emitir sons simulando animais ferozes. Fiquei desorientada, tentando encontrar a janela do quarto para fugir. Bati com a cabeça na parede e desmaiei. Após o ocorrido, passei a apresentar crises convulsivas, até hoje sofro de epilepsia (Tulipa).

Quando se casou, enfrentou dificuldades para engravidar e, ao conseguir, vivenciou uma gestação complicada, com intensificação das crises convulsivas e sua filha nascendo com fenda labiopalatina. Por isso, a amamentação ficou prejudicada e ela passou a receber o leite da mãe extraído manualmente e administrado por sonda orogástrica, a qual, posteriormente, foi sendo substituída por uma mamadeira com bico apropriado para tal condição.

Com o passar do tempo, percebemos que mãe e filha não recebiam visitas na maternidade. Ela referiu que sua avó estava doente e acamada, e que o esposo tinha carga horária extensa de trabalho. Depois de algumas semanas de encontros, confessou sua angústia por sentir-se abandonada pelo companheiro.

Decidimos, então, passar nosso contato telefônico para que pudéssemos conversar mais vezes, pois identificamos a necessidade de aquela mulher de ter alguém com quem pudesse dividir seus sentimentos em meio ao estresse do confinamento, à condição da filha e ao abandono do marido. Reconhecemos a fragilidade da rede de apoio social dessa mulher e lhe dedicamos atenção especial. Procurávamos visitá-la nos finais de semana e nas datas festivas, quando a maioria das mulheres recebe seus familiares no alojamento. Ajudávamos a cuidar da filha para que pudesse realizar sua higiene pessoal e a ordenha do leite com tranquilidade e, algumas vezes, apenas estávamos ao seu lado, fazendo-lhe companhia.

Vivências como essa nos fazem perceber as consequências desastrosas do paradigma biologicista que exclui a própria experiência dos sujeitos no âmbito da saúde. Isso tem que ver com o fato de um olhar fragmentado e intervencionista deixar pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença.

Segundo Rozemberg & Minayo (2001), abordagens que propõem a superação da dicotomia entre corpo e mente são reconhecidamente necessárias, pois esta é uma questão central na crise da atenção à saúde.

É nesse vazio que o vínculo e o diálogo aparecem como dimensões essenciais para uma prática transformadora e voltada para o cuidado. A sensibilidade aqui expressa opera propiciando uma ruptura com a postura impessoal e monológica tão praticada no ato profissional. Percebemos que esse tipo de atitude não chama muito a atenção, ao contrário, passa quase despercebida. Mas talvez por isso mesmo consiga penetrar e produzir mudança. E é justamente essa atitude delicada e sutil que consegue sustentar e perceber a singularidade e a autenticidade no encontro com cada mulher.

Aragon (2003) destaca a influência da concepção do corpo como uma máquina, tomando lugar do corpo vivo, histórico, emocional. Isso fortalece o distanciamento entre atores, apagando a relação afetiva que qualquer profissional ou paciente tem consciência ou intui como parte do cuidado, limitando o espaço para a vinculação. Se o trabalhador não está aberto para “sentir com”, pode ignorar estas questões, considerando-as como fora de sua alçada (Aragon, 2003).

Partilhamos nossa impressão sobre a situação de vulnerabilidade daquela mulher com os profissionais do serviço social, a fim de que pudéssemos pensar juntos em alguma maneira de ajudá-la. Os profissionais já estavam cientes da situação e haviam contactado o esposo, convidando-o para uma conversa que se sucedeu no sentido de incentivá-lo a aproximar-se e participar do cuidado da filha.

Apesar das circunstâncias, aquela mulher perseverou no seu desígnio de ofertar o seu leite para a filha, e suas mamas

fóram se tornando marcadas, após sucessivas e longas extrações manuais de leite. Após a alta hospitalar, mantivemos contato por mensagens telefônicas e a menina passou a ser acompanhada no Hospital Universitário Lauro Wanderley (Hulw), referência na abordagem às fissuras labiopalatinas, o que nos possibilitou continuar presentes no percurso de ambas pela rede de saúde.

Passados dois meses, tivemos a notícia de que a menina havia sido internada no Hulw com um quadro de infecção urinária, desidratação e para investigação de alergia à proteína do leite. Na enfermaria pediátrica do hospital, encontramos Tulipa muito deprimida. Sua filha havia perdido peso e, novamente, voltara a ser alimentada por sonda orogástrica, mas dessa vez estava recebendo fórmula láctea infantil. Tulipa nos contou que após a alta hospitalar, os problemas com o esposo aumentaram.

Em casa, diferente de quando estava no Alojamento Canguru, eu não tinha com quem contar, não suportava ver o distanciamento do meu marido. Com o estresse, aos poucos o leite foi secando. Tive que dar o leite artificial, mas ela passou a sentir muitas dores com esse leite — se contorce inteira quando toma. Com isso, perdeu peso e ficou desidratada (Tulipa).

Ela nos pediu ajuda com materiais de higiene pessoal para as duas e, assim, nos organizamos para arrecadar doativos para suprir algumas das suas necessidades básicas. Com um mês de internação, a menina se recuperou e recebeu alta. Seguimos mantendo contato com a mãe por mensagens telefônicas.

Essas vivências marcaram nossa formação e possivelmente a vida de Tulipa e de tantas outras mulheres, talvez porque nos deixamos levar pela potência do encontro, que possibilitou a

ressignificação de contextos difíceis, bem como sua reelaboração, propiciando fortalecimento, suporte e vínculo.

Produzindo saberes em Educação Permanente

Adicionalmente aos cuidados ofertados junto às mulheres na maternidade, realizamos, juntamente aos trabalhadores do BLH/Nepam, oficinas de Apoio ao Aleitamento Materno, voltadas para os demais profissionais da Instituição. Estas aconteceram nos corredores, quando havia menor número de participantes, e no auditório, quando contávamos com maior número de profissionais.

Realizamos oito oficinas voltadas para os trabalhadores, as quais alcançaram diretamente oitenta e dois profissionais de variadas categorias (enfermeiros; farmacêuticos; fonoaudiólogos; fisioterapeutas; nutricionistas; técnicos de enfermagem, de farmácia e de laboratório; manutenção; higienização; maqueiro; recepção; e setor financeiro).

Apoiadas na perspectiva da aprendizagem significativa, utilizamos dramatizações, exibição de vídeos e rodas de conversas (Sampaio, 2014) sobre situações do parto, puerpério e amamentação. Na perspectiva da educação popular, partíamos do seguinte questionamento: “o que eu sei e vivi envolvendo aleitamento materno?”, a fim de convidar as pessoas à reflexão, tendo como ponto de partida suas próprias experiências, em um movimento dialógico — contrariamente à lógica normativa das palestras e da educação bancária.

A partir disso, muitas trabalhadoras trouxeram suas dificuldades na ocasião em que foram puérperas. Relataram que o processo fora muito doloroso e que apesar de terem feito um

esforço desmedido para sustentarem a amamentação, não haviam conseguido. Entre as dificuldades mais frequentes, estava o “leite empedrado” dentro da mama, provocando inflamação. Suas desventuras não foram poucas. Por isso, mesmo não descreditando da viabilidade da amamentação, reconheciam que ela era muito difícil.

Compartilhamos suas dificuldades e reconhecemos juntas que amamentar é um processo complexo, assim como trabalhar com as prerrogativas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher. Por meio de seus relatos, percebemos a falta de apoio que elas experimentaram no puerpério e o quanto isso repercutia no presente, no descrédito dado ao aleitamento e às ações empreendidas em favor dele e com as usuárias da maternidade.

No entanto, surgiram também relatos de aleitamentos bem-sucedidos, assim como de pessoas que aprenderam a oferecer apoio, como foi o caso de um senhor, maqueiro na instituição, que se comoveu com a aflição de uma puérpera com a mama ingurgitada, sem conseguir amamentar o filho. Ele explicou a ela como massagear a mama, extrair o excedente de leite para conseguir aliviar o desconforto e facilitar a amamentação. Recomendou também que ela procurasse um profissional do banco de leite. Ele relatou que se sentiu preparado para realizar essa abordagem com as usuárias após participar de oficinas do BLH/Nepam, onde aprendeu sobre o manejo clínico do aleitamento e entendeu que isso também fazia parte de suas atribuições, uma vez que trabalhava em um Hospital Amigo da Criança e da Mulher.

Algumas trabalhadoras também trouxeram questionamentos sobre a não produção ou insuficiência de leite no puerpério. Discutimos a complexidade de tal questão, uma vez que a lactação não se limita apenas a aspectos biológicos, mas também

envolve outros aspectos psicológicos, sociais e antropológicos. Por isso, precisamos saber acolher as queixas das puérperas para identificar a melhor maneira de apoiá-las. Destacamos que alguns fatores podem interferir negativamente sobre o aleitamento materno exclusivo, como, por exemplo, a cesárea eletiva, o parto traumático e a depressão pós-parto (Weiderpass et al., 1998; Almeida & Novak, 2004). Por outro lado, alguns fatores podem influenciar positivamente esse processo, como a experiência do parto normal com o aporte profissional adequado e em sintonia com as melhores evidências científicas; o contato pele a pele na primeira hora de vida entre mãe e filho; e o apoio da rede social (Unicef, 2008; Brasil, 2011; 2015; Prates et al., 2015).

Na ocasião, a equipe de enfermagem e neonatologistas enfrentava um impasse em razão do não cumprimento do quarto passo para o sucesso do aleitamento materno. Em razão disso, bebês nascidos normais e sem necessidade de procedimentos técnicos imediatos ficavam sob cuidados da equipe médica na primeira meia hora de vida, em detrimento do contato pele a pele com a mãe. Uma categoria atribuía à outra a responsabilidade pelo descumprimento da norma, em um contexto de disputa por modelos de cuidado em que a atenção à mulher e ao recém-nascido passam por um momento de transformação.

A gestão da maternidade já havia nos alertado sobre tais tensões, demandando-nos a reflexão do processo de trabalho das equipes. Assim, propusemos dramatizações da relação entre contato pele a pele com a mãe na primeira hora de vida e aleitamento materno, em uma forma de dialogar com os diversos profissionais que atuam nesse cenário. No entanto, poucos trabalhadores do centro obstétrico participaram desses espaços, o que fez com que essas ações fossem pouco potentes para mobilizar reflexões nesse sentido.

É comum que profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, médicos), em geral, naturalizem práticas e tenham dificuldades de modificar condutas. Tal rigidez produz disputas com outros profissionais da equipe ou com as próprias usuárias que estejam sintonizados com novas evidências científicas ou tenham outras motivações subjetivas, vivenciais para questionar as condutas dos profissionais. Por isso, as dramatizações de parto e nascimento propiciam que os trabalhadores pensem no cuidado sob o viés da parturiente e do recém-nascido, para que, empaticamente, reconheçam outras práticas de cuidado mais adequadas, individualizadas e seguras.

Uma das trabalhadoras participantes das oficinas, que estava gestante, mencionou ter ganhado de familiares um jogo de mamadeiras e chupetas, e que, embora soubesse que o uso desses utensílios não seria um hábito saudável, não via alternativas senão aderir a tais pressões sociais. Durante nossa conversa, reconhecemos que há uma lógica de mercado associando o uso desses produtos a bebês bonitos e saudáveis, o que contribui para a naturalização desse padrão de consumo. Podemos, assim, na perspectiva da educação popular, pôr em análise os contextos macro e microssociais que nos envolvem em uma conjuntura de opressão. Trazer essa dimensão política para a roda de conversa nos pareceu bastante potente na construção de sujeitos mais instrumentalizados para enfrentar as disputas de poder que perpassam todas as nossas experiências cotidianas (Freire, 1981).

Por outro lado, foi também possível, nessas conversas, dar visibilidade às normatizações institucionais enquanto Hospital Amigo da Criança. Partindo dessa premissa, a maternidade proíbe o uso de bicos e chupetas em recém-nascidos, exceto quando as crianças já chegam à instituição fazendo uso deles ou nos casos em que a amamentação é contraindicada (Brasil, 2015).

Contudo, com base no olhar sobre suas próprias experiências, as trabalhadoras puderam perceber outros elementos que precisam ser considerados quando se discute a amamentação e, em especial, quando se censura ou culpabiliza as mulheres por não seguirem as recomendações sanitárias.

Foi possível reconhecer, assim, que algumas mulheres recorrem a bicos e chupetas para acalmar o bebê e conseguir realizar suas atividades, especialmente quando precisam desdobrar-se no cuidado dos outros filhos e nas atividades domésticas e profissionais (Lamounier, 2003). Essa análise conjuntural das opressões cotidianas enfrentadas pelas mulheres, em especial em uma sociedade marcada pelo patriarcado (Narvaz & Koller, 2006), permitiu dar visibilidade a diferentes contextos inerentes ao puerpério e ao aleitamento materno, os quais precisam ser reconhecidos e enfrentados quando se propõe produzir um cuidado integral e respeitoso. Foi possível, assim, problematizar que, para além de prescrevermos “boas” condutas para as puérperas, precisamos fortalecer e alicerçar a mulher e sua rede de apoio para favorecer a autonomia e emancipação dos sujeitos, e não simplesmente normatizar a vida, pois não acreditamos que isso produz saúde.

Dar visibilidade às experiências dessas trabalhadoras e trabalhadores permitiu a todos nós um novo olhar sobre suas experiências e subjetivações, o que contribuiu para que pudéssemos perceber a mulher puérpera como pessoa e não como um conjunto de órgãos. Uma pessoa que responde a um contexto e que deve produzir, de forma autônoma, suas próprias escolhas e definir como pretende fazer andar sua vida (Merhy, 1998). Um corpo que não se elucida pelos órgãos que possui ou funções que desempenha, mas que é definido no âmbito da consciência, por onde emanam as afecções entre os corpos, e nas relações que

estabelecem entre si, com afetos que produzem em cada um efeitos singulares, específicos em cada sujeito (Deleuze, 1997, apud Franco & Galavote, 2010).

Não obstante, percebemos o quanto nossa formação e os protocolos de saúde estão voltados para o cuidado de órgãos e corpos, e não de pessoas. Por isso, dialogamos sobre a importância da humanização da assistência nos serviços de saúde e da possibilidade de sermos agentes opressores ou promotores de autonomia, dificultando ou facilitando esse processo.

A potencialidade desses espaços de interlocução e de produção coletiva de saberes tem evidenciado a importância da integração ensino-serviço, aqui materializada na parceria entre a universidade e o serviço de saúde (Carvalho & Guimarães, 2011). Iniciativas como o Programa de Extensão (Probex/UFPB), que viabiliza experiências como a nossa do Partejar, têm reorientado o próprio conceito de formação em saúde, seja dos graduandos, seja dos trabalhadores. Compreender que o conhecimento em saúde não se produz apenas na academia, mas fundamentalmente no cotidiano dos serviços, permite contextualizar a formação, adequando-a às reais necessidades do SUS e de seus usuários, trabalhadores e gestores (Ceccim, 2005).

Ao mesmo tempo, é necessário reconhecer o papel importante da gestão da maternidade, que se preocupa com a formação permanente dos profissionais, produzindo diversas experiências de integração ensino-serviço. Como fruto dessas parcerias, além das produções cotidianas de saberes — fomentadas nos encontros entre diversos trabalhadores e gestores, e comunidade acadêmica (estudantes e educadores) —, também têm sido ofertados momentos mais estruturados de conversações e discussões técnicas, em oficinas periódicas sobre apoio ao aleitamento e em palestras sobre abordagem aos bebês com

microcefalia, entre outras temáticas. Em 2016, a instituição apoiou a participação de algumas enfermeiras do centro obstétrico no III Simpósio Internacional de Assistência ao Parto, marcando seu investimento na formação técnica e política dessas profissionais. Além disso, a instituição tem um centro de estudos, no qual os profissionais criam espaços coletivos de debate entre os próprios trabalhadores, tendo como disparadores os conflitos vivenciados pelas equipes, a assistência em casos emblemáticos e as dificuldades enfrentadas pelas equipes.

Ao longo desses dois anos de trabalho, nos envolvendo com dezenas de mulheres (trabalhadoras e/ou usuárias da maternidade) e com suas vivências e saberes sobre a amamentação, temos enfrentado muitas dificuldades, mas também colhido muitos bons frutos, como o aumento nos estoques de leite do BLH. Na integração ensino-serviço, temos consolidado uma potente rede, constituída por sujeitos da UFPB e do ICV em defesa da saúde da mulher e da criança, produzindo compartilhamento de saberes e experiências e criando outros espaços coletivos, tematizando a humanização do parto e nascimento.

Considerações finais

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Freire, 1981, p. 79). Vivenciando o cotidiano de uma maternidade pública da Paraíba, aprendemos com as usuárias, trabalhadores e gestores que o aprendizado se efetiva no encontro dialógico e no compartilhamento de experiências.

Nessas ações, fomos extensionistas, pesquisadores e aprendizes, protagonizando a construção do conhecimento em ato,

que não está nos livros nem na sala de aula formal, mas nos corredores e nos alojamentos da instituição, no espaço metafísico entre nossas ideias e as do outro. Assim, ampliamos, junto de outros sujeitos, nosso olhar acerca do trabalho em saúde, do puerpério feminino e do cuidado materno-infantil, favorecendo a ressignificação do aleitamento materno, do puerpério e do trabalho em interface com essas temáticas.

Nessa perspectiva, a amamentação é perpassada por fatores biológicos, socioculturais e antropológicos, e os dois últimos tendem a sobrepor-se aos biológicos (Almeida & Novak, 2004). Por isso, os esforços da educação popular na defesa do aleitamento materno têm papel relevante, uma vez que dialogam com os sujeitos, levando em conta suas realidades, valores, crenças e costumes. Tais esforços ajudam na construção e ressignificação coletivas dos processos de amamentar, os quais não são naturais, mas aprendidos e compartilhados socialmente. Nesse sentido, enfatizamos a importância da integração ensino-serviço, que possibilitou a formação dessa rede de apoio às mulheres e trabalhadores, fortalecendo-os para amamentar e apoiar quem amamenta.

Agradecimentos

Agradecemos o acolhimento e a parceria do Instituto Cândida Vargas, na pessoa da Dr.^a Ana de Lourdes Fernandes, do Banco de Leite Humano Zilda Arns e na pessoa de Danielle Pereira; ao Nepam, na pessoa de Bruna Grasielle da Silva Nascimento; e ao Centro de Estudos do ICV, nas pessoas de Ada Guimarães e Sandra de Oliveira Garcia. Gratidão a vocês que acreditaram na potência dessa parceria.

Referências

ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*, vol. 39, p. 133, 2013.

- ARAGON, L. E. P. A espessura do encontro. *Interface*, Botucatu, vol. 7, n.º 12, pp. 11-22, fev. 2003.
- BRASIL. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária Banco de Leite Humano: Funcionamento, prevenção e controle de riscos*. Brasília: Anvisa, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil. *Caderno Tutor*. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru. Manual técnico*. 2.ª ed. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aleitamento materno e alimentação complementar*. Cadernos de Atenção Básica, n.º 23, 2.ª ed. Brasília, 2015.
- CAVALHEIRO, M. T. P. & GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Caderno Fnepas*, vol. 1, n.º 1, pp. 1-9, 2011.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde de Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 10, n.º 4, 2005.
- DE ALMEIDA, J. A. G. & NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr* (Rio J), vol. 80, pp. S119-25, 2004.
- DE AMORIM, S. T. S. P. Alimentação infantil e o marketing da indústria de alimentos. Brasil, 1960-1988. *História: questões & debates*, vol. 42, n.º 1, 2005.
- DEMITTO, M. O.; BERCINI, L. O. & ROSSI, R. M. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, pp. 271-76, 2013.
- FEBRASGO. *Manual de aleitamento materno*. 3.ª ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2015.
- FRANCO, T. B. & GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, pp. 176-99, 2010.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr*, vol. 70, n.º 3, pp. 138-51, 1994.
- GOMES, L. B. & MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular

- em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 27, n.º 1, pp. 7-18, jan. 2011.
- LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Pediatr* (Rio J), vol. 79, n.º 4, pp. 284-6, 2003.
- MERHY, E. E. et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, pp. 103-20, 1998.
- NARVAZ, M. G. & KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*, vol. 18, n.º 1, pp. 49-55, 2006.
- OLIVEIRA, M. I. C. et al. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 15, n.º 2, pp. 599-608, mar. 2010.
- PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M. & LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, vol. 19, n.º 2, pp. 310-5, 2015.
- REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. *Revista de Saúde Pública*, vol. 24, n.º 3, pp. 241-9, 1990.
- ROZEMBERG, B. & MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 6, n.º 1, pp. 115-23, 2001.
- SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface*, Botucatu, vol. 18, supl. 2, pp. 1299-311, 2014.
- SOUZA, M. H. N.; NESPOLI, A. & ZEITOUNE, R. C. G. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Esc. Anna Nery Enferm*, Rio de Janeiro, vol. 20, n.º 4, 2016.
- UNICEF. *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comitê Português Para Unicef, 2008.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3.ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- VICTORIA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saúde*, vol. 16, n.º 25, pp.1-24, 2016.

Adriano Coutinho de Carvalho*

ATENÇÃO ÀS PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE RUA: OS
MICROUNIVERSOS QUE SE “CHOCAM”
EM CÍRCULOS

Os microuniversos que se “chocam”

O Centro Pop Belém (Pop como batizaram os usuários do espaço) tem três anos de inauguração, diria nascimento, pois tem sua própria dinâmica, personalidade e tantas surpresas quanto os personagens de Machado de Assis. Quase nada é constante, além do perfil das pessoas atendidas (que ainda é o mais vasto possível): população adulta em situação de rua. É um espaço criado pela Política Nacional para Pessoa em Situação de Rua, que funciona diurnamente, de segunda a sexta-feira, segundo as determinações que estão no *Manual do Centro Pop*, publicado pelo então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

A inauguração ocorreu em 28 de outubro de 2013. Em Belém, a instituição pública municipal responsável pela assis-

* Funcionário público do município de Belém, no cargo educador social de rua da Fundação Papa João XXIII, lotado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua — Centro Pop, situado no Bairro de São Brás.

tência social é a Fundação João Paulo XXIII (Funpapa). O acesso ao espaço é bem fácil: fica próximo ao Terminal Rodoviário de Belém, ponto estratégico do bairro de São Brás, onde há alta concentração de Pessoas em Situação de Rua (PSR).

A personalidade e a origem do público e os motivos da situação de rua são tão variados quanto as galáxias de nosso universo: pessoas em situação de rua em decorrência do desemprego; pessoas que estão em situação de rua por causa de conflito familiar; pessoas que fazem uso abusivo das mais diversas drogas lícitas ou ilícitas; pessoas que vieram de outros municípios, estados e até países tentar a sorte em Belém; pessoas que foram abandonadas ou mesmo expulsas pela família por causa da idade, de problemas mentais ou da opção sexual; pessoas aventureiras, que decidiram viver sem raízes por decisão filosófica (como os *hippies*) ou por escolha de vida (andarilhos). Temos também as pessoas que, por questões de trabalho, moram “na rua”, como é o caso dos feirantes do Ver-O-Peso,¹ que moram em suas barracas na feira.

A Política é nacional, mas o perfil do trabalho é construído coletivamente pelos profissionais que formam a equipe local, em diálogo com as pessoas atendidas e as circunstâncias locais. Particularmente, no momento da escolha do local de trabalho, decidi pelo desafio de trabalhar com uma população com a qual jamais tivera contato mais próximo, mas que, para mim, não era invisível. Grata coincidência: para todos os outros profissionais, que iriam trabalhar comigo, também era um público novo, mesmo para os que tinham anos de experiência com a assistência social, como a coordenadora e o pedagogo. Todos haviam caído de paraquedas! Alguns aceitaram o Pop como um desafio

¹ Maior feira-livre de Belém e da América Latina, um dos pontos turísticos mais importantes de Belém.

profissional, outros simplesmente foram locados sem escolha, mas todos caíram de paraquedas. Isso não é algo assim tão surpreendente pois se trata de uma política pública muito recente no Brasil.

As experiências profissionais anteriores contribuíram para que, em uma reunião inicial com o pedagogo, fosse decidido que a prática educacional teria como “patrono” o grande educador brasileiro Paulo Freire, e nosso ponto de partida (ou seria de chegada?) seria o “Círculo de Cultura”. Essa escolha aconteceu porque compreendíamos que o Centro Pop deveria ser um espaço em que

Ao objetivar seu mundo, o alfabetizando nele reencontra-se com os outros e nos outros, companheiros de seu pequeno “círculo de cultura”. Encontram-se e reencontram-se todos no mesmo mundo comum e, da coincidência das intenções que o objetivam, ex-surge a comunicação, o diálogo que critica e promove os participantes do círculo. Assim, juntos, re-criam criticamente o seu mundo: o que antes os absorvia, agora podem ver ao revés. No círculo de cultura, a rigor, não se ensina, aprende-se em “reciprocidade de consciências”; não há professor, há um coordenador, que tem por função dar as informações solicitadas pelos respectivos participantes e propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo (Fiori, 1987, apud Freire, 1987, p. 6).

Sem medo de erro, asseguro que nós (funcionários) recebemos muito mais do que proporcionamos. E como aprendemos. . . Aprendemos sobre a realidade “deles” (povo de rua) e

aprendemos sobre a “nossa” realidade. Éramos, sem dúvida, os alfabetizando com mais coisas a compreender: linguagem, perfis, regras e cultura. E o que “ensinamos”?

Tivemos de sair de nossa caverna, ver serem desveladas algumas realidades e verdades. Ver também alguns preconceitos serem deixados de lado, pois estavam longe de ser a realidade. A realidade que nos fez acordar e ver que estamos tão longe de saber realmente algo sobre a vida dos pobres urbanos. Percebíamos o mundo a nos dizer, mais uma vez, que somos eternos aprendizes e que, quanto mais conhecemos, mais o universo mostra que é ainda maior do que nossa compreensão pode imaginar. Se estávamos e estamos tão distantes de compreender nós mesmos, como lidamos com situações e pessoas que são tão diferentes do que acreditamos que seja a “normalidade”?

Os círculos

As reuniões do círculo de cultura ocorriam (e ocorrem) no espaço de convivência, que também é utilizado como refeitório, no horário entre o café da manhã e o almoço. Os temas geradores, escolhidos na coletividade, surgiam das necessidades mais urgentes, das principais inquietações, das curiosidades individuais e coletivas. A partir da experiência das conversas em círculo, percebeu-se que as maiores demandas estavam na área de Saúde e de Direito, e que, dentre elas, a mais recorrente é referente à falta de documentação oficial: RG, CPF, Título Eleitoral e Certidão de Nascimento.

Com relação aos nossos propósitos, as experiências que tivemos mostraram-se bastante exitosas. Os debates sobre saúde, sempre respeitando as necessidades e escolhas dos temas por

parte da população, partiam inicialmente dos elementos do cotidiano, como higiene pessoal e ambiental, cuidados com a manipulação de alimentos, o perigo da automedicação, o uso de preservativo nas relações sexuais, o uso individual de materiais que entram em contato com o sangue (lâmina de barbear, alicate, cortador de unha, seringa, etc.). Depois, as discussões eram levadas a temas mais complexos, como os processos de saúde e doença. Foram abordados também, como temas, algumas doenças mais recorrentes: DSTs, diabetes, hipertensão arterial, hepatite e tuberculose.

É importante, neste momento, salientar que os profissionais que trabalham no Centro Pop compreendem que o público atendido, em sua maioria, são usuários de algum tipo de droga lícita ou ilícita, e que as conversas sempre consideram essa peculiaridade para lidar com essa forte possibilidade, principalmente com a perspectiva da redução de danos.

Em pouco tempo, pudemos constatar alguns resultados interessantes. O ato de tomar banho, que, para muitos usuários, era facultativo ou mesmo desnecessário, passou a ser uma necessidade que ultrapassava a de se alimentar. Muitos usuários do Centro Pop passaram a frequentar o espaço apenas para tomar banho, dispensando até mesmo o café da manhã (horário habitual dos banhos). Alguns começaram a ter o hábito de pagar para tomar banho aos finais de semana (relembrando que o Centro Pop funciona de segunda a sexta). Esse cuidado foi além: os próprios usuários começaram a incentivar outros usuários “novatos” a tomarem banho (algumas vezes até de forma descortês, dizendo que a pessoa estava fedendo), também com doação de roupas limpas quando a pessoa dizia que não tinha outra para trocar. O uso de objetos que entram em contato com sangue passou a não ser mais compartilhado (barbeador, alicate e

cortador de unhas). E o cuidado com o ambiente começou a melhorar, eles mesmos tomando conta do espaço espontaneamente — enquanto alguns cuidavam mediante muita insistência dos educadores. Entretanto, apesar de ser algo importante, higiene não era a mais urgente necessidade, pois, principalmente nos primeiros meses de funcionamento do Centro Pop, a tuberculose foi mostrando ser uma doença muito comum entre os usuários.

As demandas crescentes em complexidade contribuíram para que percebêssemos que havia a necessidade de parceria com profissionais da área da saúde para que o debate passasse para um outro nível. Foi então que começamos a parceria com a Coordenação de Tuberculose e Hanseníase e com profissionais da Unidade Municipal de Saúde do Guamá.

Esses profissionais começaram a trazer, para os “círculos de cultura”, informações mais detalhadas sobre doenças e tratamentos, com olhar especial em relação à tuberculose. Orientávamos que a dinâmica de apresentação e discussão deveria sempre levar em conta as especificidade do grupo atendido. Então, sempre se priorizam apresentações mais curtas, com poucos textos, muitas imagens e muito diálogo. Sempre que possível, faz-se uso de ludicidade, uma vez que a população tem baixa escolaridade e apresenta dificuldade significativa de leitura e de concentração.

Centro Pop e SUS

Não posso afirmar que a relação do Centro Pop com os espaços de saúde pública é perfeita (ainda não é). Foram muitas brigas para que os usuários do Pop fossem atendidos, sobretudo no início, quando o espaço foi inaugurado. Ainda

hoje, algumas vezes, há a necessidade de acompanhá-los a alguns espaços públicos de saúde para garantir o atendimento.

A dinâmica do Pop estabelece que os usuários novos ou com pouco tempo de visitas ao espaço sejam acompanhados todas as vezes que precisarem ir a instituições públicas para as quais são encaminhados. Após certo tempo e análise dos casos particulares, a equipe começa o processo de incentivar a autonomia. Então fazemos o acompanhamento e os deixamos sozinhos na instituição pública em que serão atendidos, principalmente naquelas em que o serviço já está familiarizado com o nosso público. Com o tempo, o usuário passa a ir sozinho aos espaços em que não há a necessidade de garantia de atendimento pelos funcionários do Centro. Contudo, há a exceção das instituições e dos profissionais que exigem sempre o acompanhamento dos educadores.

A cooperação entre o Centro Pop e os parceiros do SUS foi muito além das participações desses profissionais nos “Círculos de Cultura”. As testagens de DSTs passaram a ocorrer a cada seis meses, nas dependências do Centro Pop, com o acompanhamento da equipe técnica do espaço, notadamente nas conversas preparatórias, que normalmente ocorrem na semana que antecede a programação, e na entrega dos resultados, especialmente quando está envolvido o teste de HIV. Hoje, em muitos espaços de saúde pública, o atendimento das PSR é facilitado, e alguns profissionais deixaram de ser apenas parceiros, tornando-se amigos e contribuindo em outras diferentes demandas.

Turmas do curso de graduação de Terapia Ocupacional fazem aulas práticas no Centro; um projeto extensionista da Ufpa, ligado ao curso de medicina, faz parte de suas atividades, com os usuários do nosso espaço. Essas atividades têm como princípio o respeito, o afeto e a saúde (sempre levando em consi-

deração, na abordagem, a redução de danos), tendo como pano de fundo a ação orientada pela arte: música, teatro, literatura, etc.

Tuberculose (TB)

O tratamento de TB foi um capítulo especial na relação entre Centro Pop e SUS. A aproximação dos profissionais permitiu que o trabalho com tuberculose e PSR alcançasse um patamar que foi agraciado com o Prêmio de Boas Práticas em Assistência Social, no ano de 2014, pelo Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas). Os profissionais do SUS compreenderam que o perfil diferenciado do público necessitava de atendimento também diferenciado. Então, foram realizados alguns ajustes importantes, para o aumento do número de pessoas com adesão e permanência no tratamento. A coleta de escarro para o teste de TB passou a ser realizada no Centro Pop, e um profissional do SUS faz o transporte do material recolhido para a UBS Guamá.

O tratamento de TB é longo, mas, em pouco tempo, a melhora é significativa, o que tende a levar a grande número de abandonos precoces do tratamento, resultando em porcentagem grande de recidiva. Por isso, normalmente, o tratamento é realizado na própria UBS, sob o regime de Tratamento Diretamente Observado (TDO), em que o paciente toma os comprimidos na frente do profissional de saúde todos os dias. Posteriormente, esse tratamento passou a ser feito no próprio Centro Pop. Explica-se esse fato por causa da necessidade de adequação do tratamento às peculiaridades da população atendida pelo espaço. O desenvolvimento de vínculo com esse público é demorado e difícil, por razão de todos os processos de discriminação e violência,

existente ou potencial, da vida em situação de rua. Isso dificulta a adesão ao tratamento, sobretudo se for feito em ambulatório. Por isso, os profissionais do Pop ficam responsáveis por fazer a observação do tratamento: entregam o comprimido para a pessoa, que o toma na frente deles, alertando sempre da importância de dar continuidade ao tratamento. E os remédios são “retidos” no espaço durante os dias de funcionamento do Pop. Apenas a quantidade de comprimidos que será utilizada no final de semana é entregue ao usuário, para ele próprio os tomar.

Alguns usuários, conforme o perfil, têm mais ou menos autonomia para administrar o próprio remédio de alguns tratamentos. Creio ser importante salientar que temos, entre os usuários, pessoas que, por causa de situações bem particulares, não conseguem ter autonomia suficiente para administrar sozinhas seus tratamentos medicamentosos; há também outras, que, em razão do uso diário de drogas, preferem nossa tutela, da forma descrita antes; há ainda as que preferem ter o controle pessoal da ingestão de sua medicação. Todas as situações são analisadas pela equipe do Centro Pop. São situações muito complexas e cheias de máscaras, exigindo sensibilidade e inteligência coletiva do grupo, para encontrar a melhor solução. O diálogo entre os profissionais do Centro Pop passou a ser, por isso, muito cultivado.

Reflexões

Acredito que a existência do Centro Pop e posteriormente do Consultório Na Rua² ocasionou certa “revolução” nas

² Equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, e trabalham junto aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas com a estratégia de redução de danos.

instituições públicas, não somente da Saúde, mas de todas as esferas. Passou-se a ver a PSR com outros olhos. A dinâmica de seu atendimento foi modificada, e alguns profissionais melhoraram também como pessoas. Muito além disso, criou-se articulação e união entre profissionais e pessoas que acreditam que PSR são cidadãos possuidores de direitos, criatividade e alegria, valores que antes estavam desaparecidos.

Hoje, o Centro Pop tem abertura em duas escolas municipais, que recebem nossos usuários com as portas, os braços e principalmente com os corações abertos; hoje, a relação de alguns usuários com alguns profissionais da Guarda Municipal não é mais tão complicada; hoje, diminuíram significativamente, quase até a inexistência, as ligações solicitando que o morador de rua seja retirado da frente da residência dos cidadãos, pois os atendentes dos números de emergência conscientizam de que é direito dele (morador de rua) estar na calçada, desde que não esteja cometendo algum ato ilícito; hoje, tem-se o projeto chamado “O Pop Vai ao Cinema”, que consiste em, a cada quinze dias, levar os usuários ao cinema público municipal. O planejamento é de que os espaços privados, que estejam dispostos a participar do projeto, estejam inseridos na programação, além de outros parceiros tais como Sesc e Sesi.

As muitas pessoas que foram atendidas pelo Centro Pop mudaram também, notadamente as que já estavam há muito tempo em situação de rua, redescobrimo seus direitos, sua autonomia e parte de sua autoestima. Hoje, muitos dos atendidos pelo Pop não precisam mais de nossa intervenção para buscar atendimento nos espaços de saúde e em outras instituições públicas. Eles compreendem que o que lhes é proporcionado não é caridade, nem favor, mas uma política pública, já que são pessoas de direito, cidadãos que contribuem, também com impostos.

Por isso, quando há problemas no espaço, tais como falta de materiais, reforma do local, solicitam audiência com a presidente da Funpapa e fazem suas reivindicações. Hoje, alguns já vão passear no *shopping*, compram seu ingresso e assistem ao filme no cinema. Vão ao supermercado, museu, teatro e restaurante. Hoje, muitos deles compreendem que não são díspares das outras pessoas da sociedade, somente sua moradas são diferentes.

Os “Círculos de Cultura” foram e são fundamentais para a nossa prática. São a principal forma mediante a qual a Educação Popular, inspirada em Paulo Freire, manifesta-se em nossa rotina de trabalho. Em círculo, não há a imagem do ser que possui conhecimento para o qual todos os olhos se voltam. Não há púlpito, não há superioridade. Não há elo fraco, não há elemento de menor resistência, importância e nem alguém dos outros. Somos todos seres que se veem e são visto. Diferentes, mas não desiguais. E, para uma população quase no limiar da invisibilidade total, o que é ser vista e ouvida? Ouvida em suas dores, seus medos, seus pesadelos, sua raiva, sua indignação, assim como suas características mais íntimas, aquilo que lhe faz um ser único, seus desejos, seus sonhos, suas ambições, seus amores. O que significa para uma população, que antes parecia depender da caridade de um outro estranho, olhar para si mesma como alguém que pode não somente pedir, mas exigir os direitos que sabe que tem? Exigir ser respeitada tanto por pessoas que não conhece, quanto por pessoas que já não são estranhas. Receber, de quem passa pela rua, um cumprimento e ser chamada pelo nome?

Os nossos “Círculos de Cultura” contribuíram para que pudéssemos nos ouvir, nos ver, nos tocar e nos aproximar. Sabermos os nomes de todos. Evidentemente não esquecíamos de trocar conhecimento, mas quão fria pode ser uma relação em

que somente informações são trocadas? Como aprender, de verdade, sem os risos, as brincadeiras, o respeito, as conversas banais, as “fofocas”? As músicas, o cinema, o teatro? Sim, o Círculo de Cultura, inspirado na Educação Popular, é mais que um espaço social de troca de informações. É espaço social, educacional e, diria também, de rebeldia. Espaço de conhecimento, principalmente conhecimento de si mesmo. A ideia dessa relação é que todos nós, dentro de círculos, nas voltas do moinho ou de uma antena parabólica ou ainda no percurso tortuoso da vida, saibamos respeitar a todos, e também a nós mesmos. Esse é o ponto crucial para uma sociedade melhor.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Política Nacional de Atenção Básica*. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 7-1-2017.
- FIORI, E. M. Prefácio. In: FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*, 17.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Iraí Maria de Campos Teixeira*
Maria Waldenez de Oliveira†
Reijane Salazar Costa‡

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A
FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO POPULAR
EM SAÚDE NO EdPopSUS DE SÃO CALOS-SP

A Educação Popular surgiu como uma crítica à educação vigente, buscando estabelecer outros processos educativos onde os “sujeitos das classes populares não fossem compreendidos como beneficiários tardios de um serviço, mas como protagonistas emergentes de um processo” (Brandão, C., 2002, p. 142).

O histórico e o contexto nacional da Educação Popular em Saúde, segundo Oliveira (2009, p. 301), “apontam para importantes processos e espaços de produção de conhecimentos e práticas nesta área, vinculados a um compromisso histórico com a justiça social e a melhoria da saúde da população brasileira”.

* Enfermeira, mestre e doutora em Educação. Educadora do EdPopSUS II, São Carlos.

† Representante da Rede de Educação Popular e Saúde no Comitê Nacional de Educação Popular e Saúde do Ministério da Saúde. Coordenadora do EdPopSUS II em São Carlos.

‡ Gerontóloga, mestre em Educação. Educadora do EdPopSUS II, São Carlos.

Para Vasconcelos (2001), o percurso das ações de educação em saúde no Brasil tem suas raízes nas primeiras décadas do século XX, tendo como exemplos as campanhas sanitárias da Primeira República e a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, através do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que apresentava, por sua vez, estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, nas quais as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias.

Em uma contextualização histórica apresentada por Oliveira (2009, p. 298), somos lembrados de que

Nos anos de 1960, profissionais e estudantes engajados na busca da transformação social aproximam-se da cultura popular. Surgem iniciativas como os movimentos populares de cultura, de educação de base, entre outros, nos quais foi possível compreender a cultura popular como uma forma de luta popular, bem como compreender que a luta das pessoas das classes populares levaria à transformação das relações de poder e da vida do país.

Apesar de o movimento de educação de base ter-se aproximado da medicina popular (Vasconcelos, 2001), ainda eram raras nesse período as atividades de saúde nas quais se incorporava a educação popular.

Em 1964, movimentos populares de cultura emergiam com uma série de experiências de educação popular em saúde, enquanto os Serviços de Educação Sanitária do governo limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes contendo notas e artigos sobre saúde (Revista *Radis*, 2001).

Nesse período, o movimento sanitário toma forma e os esforços se concentram na propaganda sanitária. Segundo Stotz (2007, p. 52),

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 repasse 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.

As décadas de 70 e 80 caracterizaram-se (Oliveira, 2009) pelo fim do regime militar, crise do desenvolvimento capitalista, transição e redemocratização política, intensificação das lutas populares, organização dos movimentos sociais. Em decorrência de todo esse processo, há a conformação e a consolidação dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

Nos anos de 1990 a 2002 “há a desmobilização social devido à conjuntura de desemprego, empobrecimento e outros fatores” (Oliveira, 2009, p. 299), cenário no qual “a formação profissional não acompanhava o mesmo ritmo das experiências de educação popular junto a comunidades, continuando a produzir distanciamentos entre as práticas populares” (Oliveira, 2009, p. 299) e a medicina medicamentosa.

Em 1994, no momento em que o preventivismo deixa de ser exclusivo, institui-se o Programa Saúde da Família (PSF), que traz a perspectiva de mudar o modelo de atenção à saúde

no Brasil com um novo enfoque a ser desenvolvido, o chama-
“enfoque da escolha informada que enfatiza o lugar do indi-
víduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com
base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde”
(Stotz, 2007, p. 52).

A partir de 2002, novas oportunidades abrem-se e a edu-
cação popular passa a se tornar uma referência nas práticas de
saúde em alguns municípios. Nesse contexto político, Oliveira
(2009, p. 300) destaca a instituição do Comitê Nacional de
Educação Popular em Saúde (Cneps) (Portaria n.º 1256/GM,
de 17 de junho de 2009), composto por representantes de ór-
gãos governamentais, entidades da sociedade civil, movimentos
sociais e populares. Entre suas atribuições está a de participar
da formulação, acompanhamento, implementação e avaliação
da Política Nacional de Educação Popular e Saúde no SUS
(Pneps), aprovada em 2012.

Para Vasconcelos (2001), a educação popular em saúde
pode ser designada como um movimento social de profissio-
nais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o
conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das
experiências e lutas da população pela saúde.

Pensando em concretizar a Pneps, em fazer acontecer na
Atenção Básica o que ela preconiza, em 2016, criou-se, no
município de São Carlos, uma comissão para a elaboração da
Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares
e Educação Popular e Saúde. Para tanto, organizaram-se cur-
sos, palestras, Semanas de Fitoterapia, nos quais foram chama-
dos profissionais de saúde, gestores e acadêmicos para contri-
buir. Atualmente, quem compõe essa comissão são praticantes
populares, docentes da universidade, estudantes e profissionais
da rede de saúde do município.

Em 2017, o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), uma iniciativa do Ministério da Saúde, promovido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, e coordenado em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), foi ofertado também no município de São Carlos.

Esse curso foi criado como forma de dar visibilidade e potencializar as práticas de educação popular nos territórios. Segundo dados do Ministério da Saúde, contidos no *Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde* (Bornestein et al., 2016), na primeira edição, o curso foi organizado com conquenta e três horas de duração e envolveu nove unidades da federação (Bahia, Ceará, Distrito Federal, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe), e foram aproximadamente mil trabalhadores inscritos.

A experiência positiva da primeira edição do curso indicou a importância de sua continuidade e aprofundamento na segunda edição. Nesta edição, a carga horária foi ampliada para cento e sessenta horas, o número de unidades da federação envolvidas passou a treze (Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe) e a expectativa é de ofertar sete mil vagas. O curso continua, prioritariamente, voltado para Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Agentes de Vigilância em Saúde (AVSs), e aberto à participação de qualquer trabalhador e/ou militante de movimentos sociais que deseje qualificar sua prática e colaborar com a produção de conhecimentos no campo da saúde (Bornestein et al., 2016).

A ideia principal do curso é a de que somos todos educadores e educadoras, e que temos história, saberes, experiências que podem ser compartilhados em prol de uma sociedade mais humanizada e democrática. Nesse sentido, o objetivo do curso é construir sua base teórica a partir das vivências e reflexões sobre as experiências dos sujeitos, em diálogo com os saberes já sistematizados sobre os temas que serão abordados (Bornestein et al., 2016).

O curso fundamenta-se em uma metodologia participativa, na qual os temas devem ser debatidos e consolidados durante todo o percurso, entre educadores e educandos, possibilitando um processo mútuo e dialógico de produção de saberes com base na problematização da realidade vivenciada pelos participantes no contexto do SUS. Sendo assim, o próprio curso deverá ser um espaço para vivenciar a educação popular e uma experiência de gestão compartilhada entre educandos e educadores.

Entende-se que esse curso se configurou em uma das estratégias prioritárias do plano operativo da Pnep-SUS e favorece a implementação da política municipal, promovendo a qualificação da prática educativa dos profissionais da rede de saúde de São Carlos — em especial os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde —, e também das lideranças comunitárias que atuam em territórios com cobertura da Atenção Básica do SUS.

O objetivo deste capítulo é relatar a experiência das autoras no planejamento do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, realizado em São Carlos, no final de 2016 e primeiro semestre de 2017, incluindo os desafios e superações nas questões de logísticas, escolhas metodológicas, organização das dinâmicas, acolhimentos e intervenções.

Local e participantes

As atividades deste Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde foram realizadas na Universidade Federal de São Carlos, interior de São Paulo, 70% das vagas foram destinadas aos agentes comunitários de saúde do município, e o restante para profissionais de saúde da rede de saúde do município, estudantes e demais terapeutas.

As atividades do curso tiveram início em dezembro de 2016 e término em abril de 2017. O grupo é composto por trinta e uma pessoas, sendo vinte e quatro agentes comunitários de saúde, duas enfermeiras, um agente de vigilância epidemiológica, um estudante de nutrição, um estudante de psicologia e dois profissionais que atuam com terapias holísticas.¹ A faixa etária dos educandos varia de vinte e três a sessenta anos de idade. O gênero é em sua maioria feminino, sendo vinte e oito mulheres e três homens.

Etapas desenvolvidas

Primeiramente, foi realizada uma capacitação na cidade de São Paulo (SP), com duração de dez dias, para formação de educadores do curso. Nesta capacitação, foi possível compreender sobre o curso, objetivos, público-alvo; realizaram-se atividades grupais nas quais se discutiam os textos contidos nos materiais do curso; foram dadas orientações para computar atividades, frequências e notas dos educandos no sistema digital

¹ Terapias holísticas: Reiki e Tai chi chuan.

do curso; e foram discutidas as atividades propostas para os encontros. Ademais, foi criada uma rede de contato com os outros educadores para trocas de materiais e dinâmicas que estão sendo desenvolvidas no curso no estado de São Paulo.

Após a capacitação, a proposta inicial de trabalho foi de divulgar o curso, seus objetivos e temáticas a serem desenvolvidas de forma abrangente para os(as) profissionais da rede de saúde de São Carlos. Estabeleceu-se como meta divulgar em todas as unidades de saúde da família, para que fossem convidados(as) todos(as) os(as) agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância epidemiológica, e dessa forma todos(as) tivessem a oportunidade de se inscrever no curso, participando assim do processo seletivo para educandos.

Foi feito um contato preliminar com a responsável pela Educação Permanente na Secretaria de Saúde, que auxiliou na divulgação e, posteriormente, nos processos de liberação dos profissionais da rede de saúde do município para que pudessem comparecer nos encontros. Foram feitos contatos telefônicos e foram realizadas visitas às Unidades de Saúde para orientações gerais sobre o curso e recolhimento dos documentos necessários à inscrição.

Pesquisadores e estudantes da área da saúde também foram convidados. Para tanto, realizaram-se contatos, telefônicos e por *e-mails*, com grupos de pesquisa, além de serem realizadas divulgações no *site* da UfsCar e nas redes sociais.

Para realizar o planejamento do curso, as autoras reuniam-se semanalmente e discutiam sobre os temas a serem abordados, tendo como base o material proposto pela organização do curso. Embasadas por este material, as autoras elaboravam um cronograma diário das atividades.

Os recursos didáticos adotados nos encontros foram sele-

cionados segundo o critério da adequação ao conteúdo proposto para ser trabalhado naquele dia. Foram utilizados a exposição dialogada, várias dinâmicas grupais, palestras de convidados, rodas de conversa, dramatizações e filmes comentados.

Nos encontros realizados, a presença média foi de vinte e cinco educandos, e foram realizadas trinta e cinco inscrições. A duração dos encontros foi de oito horas diárias e, ao final de cada um deles, era feita uma avaliação do dia, quando cada educando falava sobre suas impressões acerca das atividades propostas, além de expressar suas sugestões para as próximas reuniões.

Desde o primeiro encontro, os educandos foram convidados a colaborar, propondo dinâmicas para as reuniões. Cada educando teve a oportunidade de manifestar seus interesses em colaborar nas dinâmicas diárias, escrevendo em um papel como gostaria de contribuir. Os papéis foram depositados em um baú denominado Baú de Talentos. Os talentos coletados no baú foram tabulados, e, para cada encontro, organizaram-se equipes (duplas, trios ou grupos) para desenvolver as dinâmicas de acolhimento, retorno das atividades após almoço, avaliação e encerramento.

No Baú de Talentos, foram indicadas atividades manuais (crochê, pintura, artesanatos em geral, bordados, costura, mandalas, entre outros); habilidades organizacionais; talentos musicais; condução de grupos (dinâmicas coletivas, etc.); culinária; produções audiovisuais; atividades esportivas (jogos como vôlei, futebol, basquete); ioga, pilates, tai chi chuan, capoeira, reike, dança e meditação; leitura e contação de histórias; cuidado com crianças e idosos.

Percebemos, ao longo dos encontros, o despertar de uma consciência mais crítica, não apenas no sentido de perceber o mundo a nossa volta e os diversos fatores sociais, políticos e

econômicos que afetam a saúde de sujeitos e populações, mas um despertar também para o quanto podemos agir a favor de melhores condições de vida.

Essas percepções deram-se a cada encontro, pois trazíamos vivências, reflexões e debates, contando com a participação de atores sociais, como representantes da população lésbica, *gay*, bissexual, travesti e transexual (LGBTT), da população de rua, da população camponesa e assentada, da população indígena, da população negra; e a cada vivência ou temática debatida, o grupo de educandos apontava suas experiências pessoais, sempre trazendo para a turma a diversidade existente dentro do próprio grupo e, principalmente, as possibilidades de superações vivenciadas.

Com isso, a cada encontro, desenvolvendo as dinâmicas apontadas pelo material didático, entre tantas outras introduzidas para contribuir para a formação em Educação Popular em Saúde, os(as) educandos(as) traziam relatos de novas iniciativas tomadas a partir dos estímulos gerados em sala de aula.

Por exemplo, uma educanda com baixa audição, no sétimo encontro, partilhou com a turma que estava pensando em desistir do curso, porque tinha muita dificuldade de escutar e, por isso, tinha dificuldade de acompanhar as discussões. Ela até então não havia exposto sua dificuldade, mas, naquele momento, sentiu que sua particularidade seria acolhida pelo grupo, e, mais do que isso, ela e o grupo refletiram sobre a importância da acessibilidade. A partir de uma experiência pessoal, o grupo pode criar novos pactos para que todos(as) pudessem ter possibilidades semelhantes de contribuir para os debates. Após este encontro, em seu próximo trabalho de campo, a educanda problematizou em seu território a questão da acessibilidade e, por meio de registros fotográficos, apontou outras adversidades

enfrentadas por pessoas com deficiência no bairro onde atua. Tais registros foram usados para que a questão fosse problematizada em sua unidade de saúde.

Outro, dentre tantos exemplos, foi o caso de uma educanda que, após participar da roda de conversa com as mulheres do assentamento local, mobilizou sua equipe de saúde para que problematizasse as questões que envolviam a população do campo, conseguindo levar as denúncias das assentadas para a reunião de equipe e para a reunião com os gestores municipais, garantindo maior visibilidade para as demandas dessa população.

Entende-se que as propostas realizadas no curso auxiliam nessa construção coletiva do conhecimento com base na participação popular pautada no diálogo, na amorosidade, na problematização e na práxis.

Considerações finais

O desenvolvimento deste trabalho de planejamento, participação e avaliação dos encontros do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde tem permitido constatar que a formação em educação popular em saúde é importante para contribuir com a prevenção, proteção e promoção da saúde da população são-carlense, em razão dos conhecimentos que foram compartilhados, das trocas de saberes apreendidos e difundidos e às ações desenvolvidas a partir de cada tema problematizado nos encontros.

Com relação ao planejamento dos encontros, eles são feitos semanalmente, geralmente às quartas-feiras, das 14 às 17h30, quando as duas educadoras e a coordenadora de São Carlos fazem avaliação do encontro anterior e, a partir deste, dão conti-

nuidade aos posteriores, observando o que está sendo proposto pelo guia do curso. É importante salientar que, antes de realizarmos a primeira reunião, fizemos um planejamento geral do curso, quando colocamos todas as datas dos encontros, as temáticas a serem abordadas, materiais que utilizaríamos e possíveis convidados do dia. Este planejamento foi importante principalmente para nossa organização com relação aos convites enviados aos possíveis convidados para verificar suas disponibilidades, e assim fazer as mudanças necessárias para que cada encontro ficasse satisfatoriamente interdisciplinar. Por meio desta organização, verificamos que os educandos começaram a participar muito mais das discussões em sala de aula e fora dela. As temáticas que foram e ainda estão sendo trazidas geraram interesse e a curiosidade deles, e isso é observado por meio das falas, perguntas, olhares.

Temos percebido que as pessoas têm-se sentido mais confiantes para fazer perguntas, tirar dúvidas, fazer afirmações. Algumas pessoas, de inívio, falavam pouco em sala, mas ao termos organizados os encontros de um jeito mais lúdico, dinâmico, com a presença de convidados que abordaram diferentes temáticas, despertou-se o fascínio para algumas especificidades e interesses da turma. A cada encontro, os participantes vão trazendo exemplos de situações vivenciadas em seus cotidianos de trabalho, em suas comunidades e isso os tem enriquecido como profissionais e pessoas. Ao final de cada reunião, fazemos avaliação dela, quando solicitamos que os educandos(as) nos deem um retorno de como foi o encontro, apontando se seu objetivo foi atingido, como se sentiram diante das atividades desenvolvidas, e pedimos também que indiquem as fragilidades e fortalezas de tais momentos.

Exemplos destes retornos foram percebidos em muitas falas, ao mencionarem que as atividades desenvolvidas no curso poderão ser levadas para as unidades, que agora se sentem

empoderados(as) para lutarem por seus direitos e para falarem com seus gestores e representantes municipais, que foi importante saber sobre novas expressões culturais de seus bairros e de outros, que existem projetos de hortas medicinais em outras unidades, entre outras.

Foi apontado também que o encontro estava sem muitas dinâmicas, que poderíamos fazer intervalos antes, que poderíamos falar por mais tempo sobre determinado tema, que também poderíamos pensar em outros convidados para participarem também das reuniões, e assim por diante.

Todas essas ações apontam para a importância do curso para a população são-carlense no que tange à promoção, proteção e prevenção da saúde; no que diz respeito às novas formas de ver as pessoas com quem estão trabalhando diariamente; e no que concerne à busca pelo atendimento de formas mais humanizada, acolhedora e respeitosa. Em algumas atividades, alguns educandos mencionaram a importância de conhecer e valorizar a história de vida de cada indivíduo que estão atendendo, pois isso influencia a qualidade de vida das pessoas e a forma como farão o tratamento.

Este curso tem permitido que os educandos(as) ressignifiquem suas práticas, que se sintam empoderados para criá-las e recriá-las, que tenham formação e que se tornem atores de transformação social a partir da Educação Popular.

Outro aspecto que tem sido observado, é que os educandos(as) são muito criativos, têm ideias excelentes que querem pôr em prática: projetos como brinquedoteca, grupo de caminhada orientada para idosos, grupos terapêuticos, entre outros. E, por meio do curso, estão sendo estimulados a colocar em prática estas ideias, a se sentirem ainda mais confiantes para conversar e apresentar suas propostas de trabalhos para seus gestores. Prin-

cialmente, estão aprendendo a sistematizar suas ideias e saberes, estão buscando ser ainda mais comunicativos para desenvolver estratégias de promoção, proteção e prevenção da saúde.

Ao planejar os encontros do curso, entende-se como imprevisível a participação e envolvimento dos educandos durante todos os momentos das atividades em sala de aula. Essa estratégia de participação se dá em acordo aos princípios da educação popular, que busca dialogar, trazer as pessoas para problematizar suas realidades e construir de forma coletiva o conhecimento. Constatou-se, pela forma como têm sido planejadas as reuniões, um bom aproveitamento dos educandos, que têm dado *feedbacks* positivos e vêm fazendo sugestões para todos os encontros.

Referências

- BORNESTEIN, V. J. et al. *Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/guia_edpopsus.pdf>. Acesso em 20-1-2016.
- BRANDÃO, C. R. *A Educação Popular na Escola Cidadã*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- OLIVEIRA, M. W. Apresentação – Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. *Cadernos Cedes*, Campinas, vol. 29, pp. 297-306, 2009.
- REVISTA RADIS. Hoje somos uma tribo com identidade própria. *Tema*. Edição Especial, pp. 8-9, Rio de Janeiro, 2001.
- STOTZ, E. N. O papel dos serviços de saúde e Enfoques de educação em saúde. *Caderno de Educação Popular em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Idem (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde*. São Paulo: Hucitec, pp. 11-9, 2001.

Débora Sâmara Guimarães Dantas*
Maria Rocineide Ferreira da Silva†

MUDANÇAS NA VIVÊNCIA DO TRABALHO A PARTIR DO EdPopSUS

O curso “Ver as Coisas e as Pessoas”

O curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) foi uma ação estratégica do Plano de Ação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS), voltado para agentes comunitários de saúde (ACS), teve por finalidade fortalecer a prática cotidiana no espaço da Atenção Primária à Saúde e promover estímulo ao protagonismo dos trabalhadores, possibilitando a consolidação do Sistema Único de Saúde.

A elaboração da Pneps-SUS é atravessada pela atuação dos coletivos e movimentos de Educação Popular em Saúde (EPS), que fazem parte da trajetória e de sua conquista e proporcionam os alicerces para a implementação desta política (Bornstein et al., 2013; Brasil, 2013).

A proposta utilizada na Educação Popular (EP) baseia-se no conceito de “dialogicidade” de Paulo Freire, que percebe o

* Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (Uece).

† Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla Uece-UFC-Unifor. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará (Uece).

propósito da educação como prática de liberdade, em que os seres humanos se fazem, não no silêncio, mas nas palavras, no trabalho, na ação-reflexão. Para Freire, o diálogo é uma exigência existencial. E, se este diálogo é o encontro em que se solidarizam a reflexão e a ação de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode resumir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro (Freire, 2014a).

O EdPopSUS tomou como referência a EP proposta por Paulo Freire. Essa educação libertadora e emancipatória articula esforços na transformação social, no sentido de contribuir com os movimentos de tomada de consciência do sujeito, contribuindo para que este se reconheça como agente de mudança da realidade. Os sujeitos da aprendizagem foram os da educando-equipe, pequeno grupo de aprendizagem que possibilitou a interação de todos. Foram desenvolvidas as capacidades do saber, do ouvir e da cooperação. Houve um mediador de aprendizagem, com experiência em processos de formação, acompanhando os grupos e orientando segundo a compreensão da EPS (Santos & Wimmer, 2013).

Conforme Santos & Wimmer (2013), o EdPopSUS foi organizado em quatro unidades de aprendizagem, sendo uma proposta curricular que traduz um conteúdo aberto a percepções e novas elaborações resultantes da aprendizagem, sendo composta por: 1) Conteúdo; 2) Atividade (conexão virtual e atividade de campo) e 3) Avaliação. Desse modo, a referida proposta permite reflexões críticas e sua aplicação na prática diária do educando. A primeira unidade discutiu a “Educação Popular em Saúde e o Protagonismo dos Sujeitos Sociais”, a segunda, “Saúde e a Nossa Sociedade”, a terceira, “Cultura, Arte e Saúde” e a quarta, “Saúde, Equidade e Participação Social”.

Travassos (2013) enfatiza que a proposta pedagógica da EP entra em confronto direto com as práticas pedagógicas atuais que priorizam um conjunto de conhecimentos em disciplinas com teorias descontextualizados. A organização curricular é conduzida por uma hierarquia de conteúdos propostos de modo arbitrário, sem relação com a vida dos educandos, com a finalidade de depositá-los em suas cabeças, ao que Freire denominou educação bancária, pois em Freire (2014a, p. 82), na concepção “bancária”, “a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos”.

Ainda conforme Travassos (2013), o intento do sentido político da Educação Popular é a formação do educando como agente fundamental na mudança social, contribuindo com a constituição de pessoas autônomas, comprometidas com a organização coletiva num projeto de sociedade sem opressor e oprimido, portanto, de caráter emancipatório. É relevante que o educando seja agente ativo na transformação do mundo e da história.

Diante do contexto exposto, o objetivo deste estudo foi descrever a ocorrência de mudanças no cotidiano de trabalho com suporte na vivência no Curso de Educação Popular em Saúde, em um município do Ceará.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. A investigação qualitativa refere-se ao universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, Deslandes & Gomes, 2013).

De acordo com Robert Yin (2005), o estudo de caso, feito estratégia de pesquisa, coopera com o conhecimento dos fenôme-

nos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo. Tem sua origem em técnicas de investigação, como a observação direta. Os dados foram produzidos num Centro de Saúde do município de Maracanaú, situado na Região Metropolitana de Fortaleza. Dez sujeitos estiveram implicados na produção desses dados. Para a preservação de identidade dos sujeitos a apresentação individual foi resumida em codinomes-flor: Bromélia, Bogari, Girassol, Jasmim, Maravilha, Margarida, Orquídea, Papoula, Rosa e Tulipa. Os instrumentos utilizados para coleta de informações foram: imersão no campo, observação direta, diário de campo e oficinas de produção. A imersão no campo e as oficinas de produção deram-se de janeiro a abril de 2015.

Para examinar o material de análise e conduzir a discussão e os resultados, a técnica utilizada foi Análise de Conteúdo Temática, proposta por Minayo (2014) e Gomes (2013). Compreendendo que este estudo é parte da dissertação de Dantas (2015), optou-se por dialogar a partir da categoria “Mudanças no cotidiano de trabalho com suporte na vivência no Curso de Educação Popular em Saúde”.

O tratamento dos resultados e a interpretação, constitutivos da terceira etapa, responderam aos questionamentos realizados, e foram apresentados por meio de fragmentos das falas dos sujeitos do estudo. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo sido aprovado, com CAAE 37776114.8.0000.5534.

Resultados e discussão

Os sujeitos do estudo evidenciaram que, depois do Curso EdPopSUS, ocorreram mudanças no cotidiano de trabalho, de

posturas no cuidado em saúde, na vida profissional e na existência familiar. A construção compartilhada do conhecimento foi importante para a reflexão acerca do trabalho em equipe, no sentido de ampliar a visão para a realidade no território e na vida, permitindo a ressignificação do modo de produzir cuidado, entre outras formulações.

Quando falaram assim vai ter um curso, eu, vixe lá vem bomba, vai começar tudo de novo, maaaais um enchimento de linguiça, foi isso que eu falei [. . .] porém quando chegou lá, a gente viu que foi uma coisa completamente diferente, né? [. . .] A equipe. A equipe passou a trabalhar mais junto, nós notamos que nós criamos assim uma afinidade maior, né? (ACS Maravilha).

A nossa equipe realmente era muito dispersa, a gente não era desunida, mas a gente era dispersa, cada uma na sua, e realmente através desse curso a gente se uniu mais, a gente passou a ter vontade de trabalhar em equipe (ACS Rosa).

O curso trouxe para o meu trabalho, na minha prática, essa questão de ficar mais à vontade, né? De conversar mais, de qualidade melhor, do trabalho em equipe [. . .] a gente vai pegando um pouquinho de cada uma e vai juntando, né? E dá um trabalho mais eficaz, né? (ACS Margarida).

Nós passamos a nos comunicar melhor, nós passamos a nos encontrar mais, nós passamos a planejar juntos, entendeu? E isso o curso ofereceu pra gente (ACS Maravilha).

O Curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) foi relevante para disparar mudanças no cotidiano de trabalho dos sujeitos deste estudo, com finalidade de fortalecer as relações de troca de conhecimentos na equipe, experienciadas durante o curso, e no contexto do território, permitindo interações, transformando o modo de produção do cuidado ao usuário da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo-se revelado, ainda, como fortalecedor do trabalho em equipe.

De acordo com Queiroz, Silva & Oliveira (2014), investir na formação técnica e na valorização dos ACSs implica o fortalecimento da ESF. Uma vez que a EPS é tomada como referencial, o trabalho desempenhado pelos ACSs torna-se possível em virtude da qualidade nos processos formativos propostos.

A importância da vivência no EdPopSUS para o trabalho em equipe, além de ter possibilitado o fortalecimento da equipe, conduziu e proporcionou mais segurança no desenvolvimento do processo de trabalho e na produção do cuidado em saúde, também sendo possível melhor comunicação entre a equipe e o planejamento das atividades.

De acordo com Silva et al. (2014), a EPS mostra-se como um caminho para contribuir com a transformação das práticas. Seus princípios são significativos para a democratização das ações e serviços e para maior humanização em nossa ação cotidiana.

Nos momentos da imersão no campo houve comportamentos ainda contraditórios com as falas em determinadas situações, tendo em vista que o modelo flexneriano, hospitalocêntrico e biologicista continua bem arraigado nas práticas dos profissionais. Diante disso, apreendemos nos relatos que depois da formação no Curso EdPopSUS, o trabalho em equipe, a comunicação entre a equipe, as práticas para produzir o cuidado passaram por transformações relevantes tendo em vista qualificação das

ações, promovendo um cuidado humanizado e emancipador no território.

Em pesquisa realizada por Bornstein & David (2014), alguns agentes de saúde expuseram mudanças positivas no seu relacionamento com a equipe depois de passarem por formação técnica. Acreditaram que os resultados do curso promoveram fortalecimento da equipe e a união entre a categoria profissional.

Eu tirei pra mim isso, saber lidar com as pessoas, com a sua forma de pensar, com a sua forma de ser (ACS Jasmim).

Ver uma escola com um olhar diferente, uma igreja com um olhar diferente e o posto de saúde não só como posto de saúde [. . .] é como se a gente tivesse dentro da área e não enxergasse [. . .] eu posso dizer que mudou, pra mim, foi eu, não é nem tanto as pessoas, foi eu mesma que mudei, foi o meu olhar diante da minha área (ACS Jasmim).

Eu passei a visualizar o que eu tenho ao meu redor (ACS Bromélia).

Quando me pediam pra eu desenhar a minha área, eu desenhava casas, casas, casas, casas, né? Eu não pensava nas pessoas, então o que modificou, pra mim, após o curso, foi a questão de ver as pessoas como possível apoio, redes, realmente, né? Então o que modificou (ACS Rosa).

O olhar diferenciado, numa perspectiva crítica, para o território, as pessoas e a realidade vivenciada no cotidiano de trabalho após o Curso de Educação Popular em Saúde foi destacado

durante as oficinas. Foram observadas práticas coerentes com as falas, em alguns ACSs mais, em outros menos, no momento da imersão de campo. Foram se mostrando, por meio das falas e práticas dos sujeitos do estudo, os pressupostos teórico-metodológicos/diretrizes da Pneps-SUS. Saber experiência feito potencializado, o curso assumiu essa dimensão ética, respeito aos saberes acumulados.

A Pneps-SUS ratifica o comprometimento com os princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e efetiva participação popular no SUS. Preconiza, contudo, uma prática político-pedagógica que perpassa ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, recomendando pressupostos teórico-metodológicos dialógico, amorosidade, problematização, compromisso com a construção do projeto democrático e popular, construção compartilhada do conhecimento e emancipação (Bornstein et al., 2013).

A problematização permite a visão ampliada sobre a realidade fundamentada na ação-reflexão-ação e o desenvolvimento de uma consciência crítica, consentindo que homens e mulheres se compreendam sujeitos históricos. Discute os problemas que aparecem com todas as suas contradições, reconhecendo a experiência prévia de cada sujeito (Bornstein et al., 2013; Freire, 2014a). Essa problematização é balizada pelo diálogo, que se mostrou relevante durante as oficinas e na prática desenvolvida no território.

O diálogo, convergência de saberes estruturados histórica e culturalmente por sujeitos, sobrevém quando cada sujeito disponibiliza o seu conhecimento para acrescentar ao conhecimento crítico de ambos sobre a realidade, colaborando com os processos de transformação e humanização (Bornstein et al., 2013; Freire, 2014b).

Essa casa é uma graça, eu adoro, não queria perder essa casa pra ninguém, viu? Porque toda vez que eu vou lá tem um cafezinho, tem um pão, tem um cuscuz, é uma delícia e o que é legal [. . .] lá eu sou sempre bem recebida e os vizinhos gostam de andar nessa casa. É uma casa que tá sempre em movimento e isso é interessante, eu passei a trabalhar com rodas, as palestras geralmente são feitas dessa forma, onde eu to naquela casa, e lá os visitantes chegam, os moradores vizinhos chegam, vão conversar, bater papo e aí eu levo os meus folhetos, né? E aí eu abordo o assunto do mês, aproveito que tá todo mundo ali, no cafezinho mesmo e aí a gente vai e leva o assunto de uma forma descontraída (ACS Bromélia).

Ao nosso entendimento, a amorosidade na fala de Bromélia está bem atual nas relações que ocorrem no território:

Lá eu sou sempre bem recebida e os vizinhos gostam de andar nessa casa. É uma casa que tá sempre em movimento e isso é interessante [. . .] onde eu to naquela casa, e lá os visitantes chegam, os moradores vizinhos chegam, vão conversar, bater papo (ACS Bromélia).

Os vizinhos aparentemente têm um vínculo, que pode fortalecer-se com os encontros diários, estabelecendo assim, relações de confiança e acolhimento entre os sujeitos.

O exercício da amorosidade pode compor relações de confiança e acolhimento entre os sujeitos, consentindo o conhecimento de dimensões consideráveis para a elaboração dialogada de práticas de cuidado que agregam aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população (Bornstein et al., 2013).

A gente tem muito usuário de drogas, então a gente passa também a ver aquele usuário de drogas não só como um marginal, mas sim como uma pessoa que precisa de ajuda (ACS Jasmim).

Como eu disse eu tenho um exemplo na minha família [. . .] eu via o meu irmão como um monstro, né? Porque o meu irmão é usuário [. . .] eu achava que chamando a polícia, que a polícia batendo, resolvia, e não, eu vi que eu to ganhando meu irmão, né? Ele já aceita fazer o tratamento, já vai pro Caps AD, né? [. . .] eu vejo que eu já posso tratar o meu irmão com amor, tratar ele com carinho, que antigamente eu chamava ele de monstro, eu chamava a polícia e aquela coisa toda e hoje não, hoje eu vejo que eu posso ajudar a ele de todas as maneiras, né? Como eu to ajudando, né? (ACS Bogari).

Ainda em se tratando da categoria das mudanças no cotidiano de trabalho com suporte na vivência no Curso de Educação Popular em Saúde, foram percebidos afetos capazes de produzir mudanças no processo de trabalho dos sujeitos do estudo e também na própria vida, no contexto familiar, da ACS Bogari.

O curso de Educação Popular em Saúde afetou Bogari de modo que ela alargou a sua potência de agir ante a situação familiar. Ao relatar, “Porque o meu irmão é usuário [. . .] eu achava que chamando a polícia, que a polícia batendo, resolvia, e não, eu vi que eu to ganhando meu irmão, né?”, ela vai despontando o quanto as mudanças foram ocorrendo e sendo produzidas durante a vivência no EdPopSUS, assim, vai assumindo o cuidado do irmão e não simplesmente o retirando de cena, conhecendo as limitações, mas não negando a situação. Em relatos feitos

pela ACS durante a imersão no campo, e também no decorrer das oficinas, Bogari parece ter ressignificado a produção do cuidado e passado a ser uma pessoa fundamental no tratamento do irmão, consentindo um relacionamento permeado pela amorosidade.

O convívio com amorosidade tem implicação com o reconhecimento do afeto como componente de suporte da busca pelo bem viver e permite, além do vínculo, uma solidariedade expressa. Isso possibilita o reconhecimento da subjetividade instituída nas relações entre os sujeitos, engendrando o respeito à autonomia, no sentido de ensejar laços de acolhimento e compromisso, prévios às explicações e argumentações, ressignificando, dessa forma, o cuidado em saúde (Bornstein et al., 2013).

Para ressignificar o cuidado em saúde, também é importante a problematização. Para Bornstein et al. (2013), a problematização tem implicação com a existência de relações dialógicas e sugere a estruturação de práticas em saúde fundamentadas na experiência prévia dos sujeitos, na identificação das situações-limite do cotidiano e reconhecimento das potencialidades para transformá-las por meio de ações para sua superação.

O sujeito também se faz na ação de problematizar. Assim, a problematização surge como momento pedagógico, que possibilita a elaboração de conhecimentos fundamentados na vivência de experiências significativas. Não somente há identificação de problemas, mas sim são recuperadas potencialidades e habilidades para intervir na superação das situações-limite vivenciadas pelos sujeitos (Bornstein et al., 2013).

Às vezes, a gente se sentia só, eu, as meninas, o médico e a enfermeira, aí a gente começou a ver que a gente tinha outras pessoas pra poder buscar, né? A nossa rede aqui é muito legal (ACS Papoula).

Através do curso, eu aprendi algumas redes de apoio do município que eu não sabia como chegar (ACS Orquídea).

As redes de apoio foram relatadas como relevantes para promover qualidade do cuidado ao usuário da Estratégia Saúde da Família. De acordo com Lacerda (2010), a rede une os sujeitos e grupos possibilitando o acesso ao apoio social por meio dos vínculos, sendo assim uma teia de interações sociais.

É preciso incorporar a dimensão relacional das redes, ou seja, as redes sociais e as redes de apoio que se constroem no cotidiano, para de fato vislumbrarmos novos arranjos sociais no campo da saúde que favoreçam a integralidade e propiciem a participação de sujeitos e coletivos na luta democrática por cidadania e direito à saúde (Lacerda, 2010, p. 23).

Os estudos sobre redes e apoio social precisam ocorrer tendo em vista consentir transparência às variadas formas de organização e formulação do social propagadas nas ações públicas dos trabalhadores de saúde, nas estratégias e modos de apoio social da população, entre outras atuações de participação social e cidadania que provocam impacto na saúde dos sujeitos e coletivos. A percepção dessas ações no território possibilita auxiliar no planejamento das atividades da Equipe de Saúde da Família (eSF) e expandindo a oferta de cuidado, o que permite buscar parcerias na comunidade e trabalhar a intersectorialidade (Lacerda, 2010).

Foi uma coisa completamente diferente, né? Assim, esse curso ele atraiu mais a gente, tanto para o lado profissional, como mesmo entre nós, né? (ACS Maravilha).

Eu via que toda vida eu dizia assim, poxa esses cursos só é balela, nada resolve, né? E eu vi que não [. . .] eu vi os frutos que eu colhi, né? (ACS Bogari).

Todo curso que a gente faz, né? A gente se junta e tem outros cursos que se sobressaem, como esse, né? Que trabalha muito isso aí a questão do ser humano (ACS Tulipa).

As falas dos sujeitos do estudo revelaram a importância da formação no EdPopSUS. Para estes sujeitos, “foi uma coisa completamente diferente”, pois se sentiram instigados a buscar transformações. A construção compartilhada do conhecimento foi dispositivo para reflexão sobre a relevância do curso “que trabalha muito [. . .] a questão do ser humano”.

De acordo com Bornstein et al. (2013), a construção compartilhada do conhecimento congrega sonhos, esperanças e visões críticas e os conduz na produção de propostas, com a finalidade de enfrentar e superar as barreiras historicamente postas em situações-limite para a vida cotidiana, de forma que desenvolva novas práticas, procedimentos e horizontes.

Conclusão

O Curso EdPopSUS possibilitou relatos dos sujeitos sobre mudanças no cotidiano de trabalho, na forma de produzir o cuidado em saúde, nos modos de existir profissional e em família.

Tal formação foi relevante para permitir o fortalecimento do trabalho em equipe, oportunizando interações, expandindo a perspectiva, sob um prisma crítico, para o território, as pessoas

e a realidade vivenciada no cotidiano de trabalho e, por isso ainda, fortalecedor de um sistema público de saúde.

As diretrizes da Pneps-SUS aconteciam nas falas, assim como durante a observação e a imersão no campo também foram percebidas, sobretudo, diálogo, amorosidade, problematização e construção compartilhada do conhecimento. Contudo, observamos, nos momentos da imersão no campo, comportamentos ainda contraditórios com as falas, em algumas situações, tendo em vista que o modelo biomédico continua bem arraigado nas práticas dos profissionais.

O tempo do curso também foi algo importante a ser considerado. Foram cinquenta e três horas com ações em sala de aula e campo, tempo exíguo para dialogar sobre tantas questões que emergiram nos momentos, sobretudo de encontro.

Desse modo, a mencionada formação dos agentes de saúde em Educação Popular em Saúde representou um expressivo avanço para consolidação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, fortalecendo a atuação desses trabalhadores no seu campo de prática, favorecendo a resignificação das práticas que incorporaram ao longo dos tempos no seu processo de trabalho; no entanto ainda precisamos avançar, tendo em vista que o modelo biologicista, pautado na doença e na medicalização ainda constitui um desafio e o modelo de formação é fortalecedor de práticas mecanicistas que pouco contribui com a transformação necessária das práticas no mundo do trabalho.

Referências

BORNSTEIN, Vera Joana & DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. *Trab. educ. saúde* [on-line], Rio de Janeiro, vol. 12, n.º 1,

- pp. 107-28, jan.-abr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100007>. Acesso em 27-9-2014.
- BORNSTEIN, V. J. et al. Unidade de aprendizagem I: educação popular em saúde e o protagonismo dos sujeitos sociais. In: SANTOS, S. A. & WIMMER, G. (orgs.). *Curso de Educação Popular em Saúde*. Rio de Janeiro: Ensp, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Apresentações. In: SANTOS, Simone Agadir & WIMMER, Gert (orgs.). *Curso de Educação Popular em Saúde*. Rio de Janeiro: Ensp, 2013.
- DANTAS, D. S. G. *Lá vem bomba. . . maaaais um enchimento de língua, foi isso que eu falei [. . .] porém a gente viu que foi uma coisa completamente diferente: aprendizados do curso de educação popular e saúde*. Mestrado em Saúde Coletiva. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2015.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 57.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014a.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 49.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014b.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira & GOMES, Romeu. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33.^a ed. Petrópolis: Vozes, pp. 79-108, 2013.
- LACERDA, A. *Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, Suely Ferreira & GOMES, Romeu. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33.^a ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- QUEIROZ, Danielly Maia de; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da & OLIVEIRA, Lúcia Conde de. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. *Interface*, Botucatu, vol. 18, supl. 2, dez. 2014. Disponível em <<http://>

www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601199
&script=sci_arttext>. Acesso em 13-6-2015.

SANTOS, S. A. & WIMMER, G. (orgs.). *Curso de Educação Popular em Saúde*. Rio de Janeiro: Ensp, 2013.

SILVA, M. R. F. da; BONETTI, O. P.; DANTAS, D. S. G. & SAMPAIO, J. J. C. Integralidade, equidade e participação social. In: PAULA, Giovana de. *Promoção da equidade no Sistema Único de Saúde*. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha / Universidade Aberta do Nordeste/ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, vol. 3, pp. 37-46, 2014.

TRAVASSOS, R. Educação Popular: concepção bancária *versus* concepção problematizadora. In: SANTOS, S. A. & WIMMER, G. (orgs.). *Curso de Educação Popular em Saúde*. Rio de Janeiro: Ensp, pp. 45-7, 2013.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Trad. Daniel Grassi. 3.^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Mateus do Amaral Meira*
Pedro José Santos Carneiro Cruz†

VISITAS DOMICILIARES DE PALHAÇOS CUIDADORES EM UMA USF DO RECIFE-PE¹

Fui formado palhaço cuidador pelo projeto de extensão “PalhaSUS” ligado ao Departamento de Promoção da Saúde (CCM) do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Esse projeto tem uma metodologia própria de formação de palhaços chamada “Oficina do Riso”, na qual estudantes de graduação e profissionais já formados em Psicologia, Assistência Social e nas diversas áreas da saúde, passam por uma vivência de uma semana. Nessa oficina, estudantes e profissionais fazem o resgate da criança interior, criam a voz, o andar, a roupa e o nome do palhaço e começam a desenvolver um jeito próprio de ser palhaço cuidador. O maior objetivo desse projeto, em minha opinião, é formar trabalhadores de saúde humanizados capazes de cuidar do outro por meio da linguagem da arte e da palhaçaria (Costeira et al., 2013).

¹ Texto extraído e adaptado a partir da elaboração da dissertação de mestrado do autor. Defendida e aprovada no ano de 2016, no programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB.

* Psicólogo do Nasf em Recife-PE e Palhaço Cuidador.

† Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), coordenador do Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS.

Figura 1. IV Oficina do Riso na UFPB com registro na página do Projeto “PalhaSUS”



Foto: do próprio autor, 2013. Disponível em <www.palhasus.com>.

Figura 2. Nascimento do “PalhaSUS” da IV Oficina do Riso na Praça da Paz, no bairro dos Bancários, em João Pessoa-PB



Foto: do próprio autor, 2013.

Nasci em João Pessoa e obtive formação profissional lá. Desde que cheguei ao Recife, para trabalhar como psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), queria encontrar oportunidade para atuar como palhaço cuidador. Isso aconteceu, num primeiro momento, de maneira pontual, a partir de

ações de saúde promovidas pelo governo que eram realizadas no bairro e envolviam a Unidade de Saúde da Família (USF). Mas, depois, senti a necessidade de construir algo mais permanente, mais sistemático. Foi desse desejo que surgiu a ideia de fazer visitas domiciliares aos usuários acamados ou com dificuldades de locomoção: pessoas que não podiam sair de casa, que estavam restritas ao leito ou que perderam algum grau de autonomia nesse sentido. Tal mentalidade partiu do princípio da equidade do SUS, que orienta a priorizar o cuidado às pessoas mais vulneráveis no território.

Havia, na USF, duas agentes comunitárias de saúde (ACS) que gostavam de fazer teatro e música. Elas já tinham realizado uma peça teatral para trabalhar com educação em saúde e uma delas tinha até mesmo identidade e história de militância nos movimentos de Educação Popular em Recife. Então, convidei essas duas ACSs para trabalharem comigo nessa empreitada, e elas aceitaram. Falei para elas qual era minha ideia e, juntos, fizemos a proposta para duas eSFs, em uma das reuniões que acontece mensalmente entre as eSFs e a eNasf (Equipe do Nasf). Pedimos para que os ACSs fizessem uma lista dos usuários que estavam nessa situação de saúde e acordamos que, no dia da visita, o ACS daquele usuário iria junto, sem estar vestido de palhaço, só nos acompanhando mesmo. A partir dos encaminhamentos dessa reunião, organizamos também uma planilha com o nome de cada usuário, suas datas de nascimento e seus respectivos ACSs.

Para que pudéssemos garantir uma continuidade no vínculo construído entre os palhaços e as pessoas visitadas e, ao mesmo tempo, para que conseguíssemos dar conta da demanda, resolvemos visitar os usuários no mês do aniversário deles, fazendo uma visita por ano a cada um desses usuários. Dessa

forma, conseguimos organizar uma agenda em que realizamos em um turno do mês, duas visitas em média. Além disso, por ser no mês do aniversário das pessoas, acabamos por ter um tema e um objetivo mais ou menos definido para nossas visitas, que nada mais era do que celebrar a vida.

Figura 3. Os palhaços improvisando o bolo de aniversário da usuária com as mãos e com a vela. Nesse dia, os palhaços haviam esquecido o bolo de brinquedo



Fonte: do próprio autor, 2015.

A preparação para as visitas começa na noite do dia anterior, retirando a roupa do armário e separando para não esquecer na saída de casa. Chegando à USF, qualquer sala de atendimento, sala de vacina ou mesmo o banheiro, se tornam o camarim ideal para a preparação. Leva-se maquiagem, um pequeno espelho, a roupa, os sapatos, a peruca ou o chapéu. Vestimos nossa indumentária de palhaços, enquanto nos preparamos emocionalmente para as visitas. Damos risadas, nos queixamos da lida do dia a dia no serviço, ajudamos uns aos outros a fazer a maquiagem. Quem é que vamos visitar hoje? A ACS dela já foi lembrada? Nosso camarim é sempre bem

frequentado. De repente, entra um colega da unidade: “Eita! Hoje vai ter visita dos palhaços! Que massa!”. Às vezes, antes de sair, fazemos uma oração para nos energizar e pedir à transcendência que cuide do nosso cuidado.

Figura 4. Momento da preparação dos palhaços numa sala de atendimento da USF



Fonte: do próprio autor, 2015.

Saímos cumprimentando e dando um breve “olá” a todos os que estão na Unidade: os usuários que estão no corredor, esperando o atendimento, os que estão na sala de espera; os trabalhadores que estão na recepção, o pessoal da vigilância, entre outros. Daí, partimos para rua. Quando vamos a pé, é comum as crianças irem nos acompanhando. Algumas até, já entraram nas casas para fazer a visita conosco. Quando vamos de carro, a palhaçaria fica entre nós e o ACS que nos acompanham.

No caminho até lá, o ACS vai nos contando da história de vida e da situação de cada pessoa que vamos visitar. Esse momento acaba nos dizendo um pouco do que vamos encontrar pela frente, nos orientando em como conduzir a visita da me-

lhor forma, além de propiciar ou fortalecer uma sintonia entre os palhaços e o ACS que nos acompanham. É uma preparação informal, mas importante, porque é nosso guia na chegada às casas.

O tema das visitas dá o tom da nossa chegada: sempre levamos um bolinho de brinquedo com uma velinha que acendemos na hora e cantamos parabéns. Algumas vezes, nossa entrada na casa já começa com esses parabéns. Depois, nos apresentamos como palhaços: o palhaço Pirlampo (Eu), a palhaça Astrolábia (Fábia) e a palhaça Terezuda (Terezinha). Dizemos que ficamos sabendo do aniversariante do mês e resolvemos fazer uma visita para dar os parabéns. A partir desse primeiro contato, as pessoas vão ficando mais à vontade com os palhaços e vice-versa.

Daí, seguem-se as mais diversas formas de diálogo. As pessoas falam de suas histórias de vida, se queixam de seu estado de saúde; ou não, querem mais aproveitar a festa dos palhaços na sua casa e brincar conosco. Ou, ainda, as duas coisas acontecem. Os parentes que estão na casa sempre vêm participar da conversa. A inusitada chegada dos palhaços ajuda a compor uma roda de filhos, netos, marido ou esposa que se forma em torno da pessoa cuidada. O desafio é estar sempre atento ao momento deles e desenvolver a sensibilidade para que se estabeleça a empatia e o respeito, e, a partir daí, deixar fluir o cuidado, o carinho, a solidariedade e, sempre que possível, a risada, a brincadeira, a festa.

Figura 5. Visita domiciliar dos palhaços. Nesse dia, estávamos visitando a mãe da palhaça Terezuda, que está à minha direita



Fonte: do próprio autor, 2015.

Figura 6. Visita domiciliar dos palhaços. Na foto, netos da usuária e profissionais da USF



Fonte: do próprio autor, 2015.

A palhaça Terezuda gosta muito de cantar e é afinada. Sempre que tem oportunidade, ela pergunta se gostam de músicas. E partir do gosto do usuário/a, entoamos uma música do estilo ou do cantor escolhido. Os repertórios são os mais varia-

dos: músicas religiosas, forró pé-de-serra, Luiz Gonzaga, música sertaneja, internacional, Roberto Carlos e tantas outras. Já aconteceu, mais de uma vez, que um familiar ou a pessoa que estávamos visitando também gostava de cantar e nos surpreendeu, entoando eles mesmos uma música, para alegria geral da casa e de toda palhaçada!

Esse repertório de músicas, improvisado e sem muita técnica vocal, leva esses usuários a evocar memórias de momentos significativos da vida, da juventude, das festas, de pessoas queridas. Além disso, essa brincadeira expressa, de alguma forma, a identidade cultural dessas pessoas, que não escolhem suas preferências musicais à toa. É o caso, por exemplo, das músicas religiosas, que são muito pedidas, e que expressam a força da religiosidade presente na vida das classes populares, especialmente, como uma estratégia de enfrentamento diante da precariedade dos recursos e serviços e da fragilidade de seu processo de saúde/doença.

Embora tenhamos certo “mote” para realizar esse projeto e construimos um jeito especial de ser de cada palhaço, cada visita acontece de maneira única. E mesmo esse “certo modo” de fazê-las foi sendo construído e descoberto sem um planejamento técnico anterior. Nossa preparação estava e ainda está muito mais voltada para a atitude com que vamos entrar nas casas, no desenvolvimento de uma sensibilidade e de uma capacidade de ouvir, de pensar e de agir como palhaços cuidadores, do que na organização de informações ou orientações de saúde que comumente passamos como profissionais da área. Além disso, o fato de trabalharmos com a alegria, não nos impede de ouvir e dividir os sentimentos de tristeza e dor com os usuários e familiares. Muitas vezes, é preciso silenciar o coração para somente ouvir e acolher o que eles têm para dizer.

Essa experiência nos coloca em um exercício mental e corporal que envolve a dimensão emocional e intuitiva. Esse exercício mobiliza uma inteligência que fica mesmo esquecida ou suprimida no cotidiano das equipes de saúde e das relações construídas no serviço. Surge uma força que sabíamos que existia, mas que é difícil fazer brotar nesse contexto. A boniteza e a realização do trabalho na saúde surgem como resultado desse impulso integrador entre razão, emoção e intuição. E o exercício da integração entre essas dimensões exercita uma inteligência do profissional que mobiliza forças inconscientes. A expressão do que sentimos nem sempre alcança aquilo que realmente vivemos e, por vezes, ficamos mesmo sem palavras para dizer o que sentimos durante algumas visitas.

Desde o começo do projeto eu dizia que ele também ajudaria a “me salvar” de um cotidiano difícil da Estratégia Saúde da Família e do Nascf. Algumas vezes aconteceu de irmos para as visitas cansados ou desanimados com o trabalho, meio que escondendo a tristeza e o cansaço, e voltarmos com energia renovada, cheios de entusiasmo, gratificados pelo contato com os usuários e pelo que colhemos com essas pessoas.

Em março de 2016 completamos um ano dessa iniciativa. Realizamos, até aí, mais de vinte visitas. Registramos no prontuário e no sistema de informação do SUS cada visita e temos fotos e vídeos de todas realizadas até agora. Fomos organizando um banco de dados com esses registros e, a partir desse segundo ano de trabalho, solicitamos a autorização para as famílias e pessoas visitadas para o uso da imagem em eventos e pesquisas.

Tem sido extremamente gratificante ver, participar e dividir a alegria e a emoção que é fazer essas visitas. O impacto afetivo que causamos nos usuários(as), longe de nos amedrontar, nos emociona, nos fortalece e, sobretudo, nos encoraja a seguir

realizando esse projeto. Sabemos da responsabilidade que é cultivar esse vínculo afetivo. Como nos diz a sabedoria do livro *O pequeno príncipe*: somos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos.

Essas visitas dos palhaços cuidadores têm representado também uma estratégia de autocuidado para nós, trabalhadores de saúde e palhaços, pelo carinho recebido das pessoas e famílias visitadas, pelas dimensões emocionais e pela sensibilidade que exercitamos em nós e que criamos e recriamos em diálogo com eles, pela amizade construída entre os palhaços e pela boniteza com que conseguimos construir esse cuidado por meio da linguagem da arte e da palhaçaria.

Está presente também, nessa iniciativa, um compromisso social, numa perspectiva de equidade, no sentido de priorizar o cuidado àqueles que estão mais vulneráveis e que têm mais dificuldade de acessar o serviço na USF. Da mesma forma, há uma responsabilidade que passamos a ter como palhaços que é de cultivar o vínculo afetivo criado com as pessoas visitadas e suas famílias. O impacto afetivo que causamos requer essa continuidade. De um ano para o outro, alguns desses usuários faleceram e outros se mudaram. Mesmo assim, discutimos a possibilidade de fazer a visita dos palhaços mesmo depois da morte do usuário visitado, com o objetivo de cuidar dos familiares. Ainda não tivemos essa oportunidade, mas é um desejo nosso.

Também temos enfrentado dificuldades, como por exemplo, o cansaço do cotidiano de trabalho, a falta de valorização externa da gestão ou de alguns colegas e, ainda, a centralização em mim de algumas tarefas de coordenação que acabam me sobrecarregando, como preencher a planilha das visitas, anotar a visita no prontuário, organizar o banco de fotos e vídeos e lembrar aos ACSs o dia da visita do seu usuário.

É possível que nesse ano de 2017 possamos começar uma nova fase do projeto. Os ACSs de outra USF que a minha eNasf apoia, ficaram sabendo da nossa atuação de palhaços e reivindicaram a formação de novos palhaços lá, para que eles mesmos façam as visitas. A nutricionista da eNasf também quer se formar palhaça e já tem-se aproximado nas reuniões de avaliação que fizemos. Tenho colocado a sobrecarga das tarefas mais burocráticas enquanto tarefas da trupe, não mais só minha.

Percebemos que o projeto tem-nos demandado mais tempo para organização. Tem-nos exigido parar para refletir, avaliar e planejar melhor, por exemplo, como essa expansão possível pode se dar? Faremos uma pequena oficina de formação para os novos palhaços? Há um desafio também de expandir a atuação dos palhaços para realizar atividades de educação em saúde na sala de espera da unidade, mas isso só seria possível se a coordenação do projeto se ampliar e surgirem novos palhaços cuidadores.

Referência

COSTEIRA, A. A. M. F.; NASCIMENTO, J. A.; MATIAS, J. A. G. & CARVALHO, L. E. Projeto de Extensão PalhaSUS: O Palhaço Cuidador desenvolvendo a prática da educação popular. In: *Anais do II Seminário Nacional de Pesquisa em Extensão Popular*. João Pessoa: Editora UFPB, 2013. CD.

Danilo Borges Paulino*
Leticia da Silva Alves†
Matheus Cesar Vieira Barros‡
Rafaella Pereira de Oliveira Lima#

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE
NA FORMAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA:
RESSIGNIFICANDO O CUIDADO
COM DIÁLOGO E AMOROSIDADE

A promoção da saúde representa uma estratégia que enfoca os aspectos determinantes do processo saúde/doencimento/cuidado e formula ações amplas para intervenção na saúde. Usando do conceito de determinação social desse processo, que envolve complexos e diversos fatores determinantes, emprega-se a corresponsabilidade dos indivíduos, da coletividade e de todos os setores da sociedade, como construtores da saúde, assim como um envolvimento com a Vigilância em Saúde e com um trabalho em Rede de Atenção à Saúde, atendendo às demandas identificadas e vivenciadas pela população. Nessa estratégia, coloca-se o foco sobre os fatores de

* Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (<dbpaulino@ufu.br>).

† Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (<let.alves_@hotmail.com>).

‡ Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (<math_maths16@hotmail.com>).

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (<rafapolima@hotmail.com>).

risco à saúde da população, na redução de condições de vulnerabilidade, na defesa da equidade e na participação social, sem deixar de lado a intersectorialidade, como fator essencial para um cuidado eficaz em saúde.

Dessa forma, a Educação Popular em Saúde (EPS) constitui estratégia fundamental para “desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas” (Alves & Aerts, 2011). Assim, na EPS, a realização de grupos contempla as necessidades percebidas pelos trabalhadores de saúde na medida em que traz para próximo destes a realidade da comunidade, bem como as experiências vividas por diferentes participantes de uma mesma conjuntura social. Isso permite uma reflexão crítica acerca dessa realidade e os possíveis meios de intervenção para que haja mudanças impactantes nela. Nesse contexto, encontramos a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS), como um embasamento sólido para o tripé ética/afetividade/estética (Silva et al., 2013) na medida em que suscita princípios teórico-metodológicos como o diálogo, a problematização, a amorosidade e a construção compartilhada do conhecimento (Brasil, 2013), dando suporte para a EPS enquanto compromisso em busca de melhorias tanto na saúde quanto nas diversas dimensões da vida humana.

Em 2016, o município de Uberlândia-MG vivenciou um aumento significativo dos casos notificados de arboviroses endêmicas da região — Dengue, Zika e Chikungunya. Conforme essa situação epidemiológica, e considerando o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção de

doenças e promoção de saúde, especialmente em casos de possíveis epidemias, o trabalho realizado no módulo de Saúde Coletiva V do quinto período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) foi voltado para a população de vários bairros. Relatamos aqui a experiência vivida na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de um desses bairros, na qual realizamos nossas vivências teórico-práticas nesse semestre, para promoção de ações que empoderem as pessoas contra os principais fatores de risco às suas saúdes, como, por exemplo, identificar as melhores formas de combate à proliferação e sobrevivência do mosquito vetor das arboviroses, o *Aedes aegypti*.

Assim, nos foi proposta a realização de um Projeto de Intervenção na UBSF e no território adscrito, onde fazíamos nossas vivências. Esse projeto está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, que, em seu 15.º artigo, destaca a participação na elaboração de projetos de intervenção em grupos sociais e de ações de promoção e educação em saúde, especialmente na atenção básica, considerando a perspectiva dos profissionais e indivíduos envolvidos, bem como sua cultura e autonomia, tendo, como prioridade, os problemas apresentados (Brasil, 2014).

Formulamos, então, um Projeto de Intervenção, pois percebemos que, apesar de muitas ações serem realizadas no bairro, como os informativos, as visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de controle de zoonoses, a população ainda demonstrava dúvidas a respeito do tema, especialmente quanto às manifestações clínicas das doenças, suas formas de transmissão e combate ao mosquito.

Percebemos neste projeto a oportunidade de retomar e aplicar na prática os conceitos teórico-práticos apreendidos durante o módulo Saúde Coletiva III, do terceiro período do curso

de Medicina da UFU, ressaltando assim o aprendizado significativo que foi construído com a EPS naquele semestre, que nos permitiu construir, com a equipe e com a comunidade, grupos de Educação Popular, além de outras ações voltadas à educação em saúde e ao autocuidado. Assim, percebemos que tínhamos a oportunidade de colocar em prática os princípios da Pneps-SUS (Brasil, 2013), em especial, o diálogo, a problematização e a construção compartilhada do conhecimento. Segundo a Pneps-SUS, o conceito de diálogo pode ser entendido como a junção dos saberes individuais produzidos dentro da subjetividade, postos à disposição para ampliar o conhecimento crítico do coletivo acerca da realidade; a problematização é considerada resultante da existência de relações dialógicas, que almejam construir uma prática em saúde baseada na análise crítica da realidade. A construção compartilhada do conhecimento é vista como a utilização dos diferentes saberes, culturas e inserções sociais para transformar, de forma coletiva, as ações de saúde em suas diferentes dimensões.

Optamos então por construir ações que permitissem o desenvolvimento da autonomia das pessoas, para que elas pudessem refletir sobre sua própria realidade de forma crítica, a fim de reconstruí-la em conjunto com a comunidade. Observamos que as ações relacionadas a essa temática na UBSF ainda estavam distantes dos princípios da ESP e aproximavam-se muito do tradicional modelo de palestras, muitas vezes acríticas e descontextualizadas, nas quais o conhecimento era transmitido de forma passiva e vertical às pessoas. Ao contrário do que se observou, objetivamos ações que buscassem estimular reflexões e empoderamento e, assim, melhorar o estado de saúde da comunidade no contexto em que está inserida. Acreditamos, portanto, que a melhor forma de empoderar as pessoas é dando

a elas as ferramentas para desenvolver e construir uma realidade adequada às suas necessidades e não impor sobre elas um padrão de comportamento sem considerar o contexto sociocultural em que estão inseridas.

Como parte do cronograma de atividades do módulo de Saúde Coletiva V, realizamos três vivências na UBSF. Em duas delas, formamos grupos com a comunidade, na sala de espera da Unidade, focando a discussão nas doenças endêmicas Zika, Dengue e Chikungunya.

O mesmo método e a mesma dinâmica e disposição dos participantes em forma de roda de conversa foram utilizadas nas salas de espera. No entanto, o enfoque e o público-alvo foram diferentes em ambas. A partir de diálogo prévio com a população e equipe de saúde, foram construídas dezessete frases a respeito das doenças e do *Aedes aegypti*. As afirmações abrangeram as formas de transmissão, de prevenção e de combate ao mosquito, bem como curiosidades e mitos populares sobre o tema. As sentenças foram impressas e entregues aos participantes, que receberam, cada um, pelo menos uma afirmação e uma placa, em que se lia “VERDADE” na frente e “MITO” no verso. Uma frase era lida por vez, e, após sua leitura, cada indivíduo compartilhava livremente seu posicionamento oralmente ou por meio das placas. A partir disso, o grupo era incentivado a problematizar a respeito da afirmação e de seu posicionamento, levantando suas experiências, conhecimentos, ideias, dúvidas e críticas.

Na primeira sala de espera, voltada para as ACS, enfatizou-se a prática da EPS como forma de incentivar sua aplicação em grupos com a população usuária da Unidade. A dinâmica permitiu que as ACS mantivessem uma construção compartilhada, com diálogo e amorosidade, entre si e os estudantes de Medicina que participavam da atividade. O espaço construiu-se de

forma tão segura e coletiva que mesmo aqueles que chegaram posteriormente à atividade conseguiram se integrar com facilidade ao grupo. Com isso, recordamo-nos do princípio da amorosidade da Pneps-SUS, que ressalta a incorporação de sentimentos, emoções e sensibilidade, extrapolando afirmações racionais e abraçando a empatia como norteador do processo (Brasil, 2013).

Pudemos perceber que as ACS acolheram com muita satisfação os princípios da EPS, que, diferentemente da proposta de educação em saúde utilizada anteriormente pela equipe, permite maior interação entre as pessoas nos espaços de encontro, além do compartilhamento de experiências e conhecimentos que os participantes já têm a respeito dos assuntos que queiram ou precisem tratar nesses momentos. Uma dificuldade encontrada foi a perceptível desmotivação de algumas profissionais, que, em alguns momentos, não participaram da dinâmica ou estavam focadas em suas próprias atividades, tanto profissionais quanto pessoais. Acreditamos que o desinteresse por práticas tradicionais, pouco efetivas e pouco atrativas, tenha desencadeado esse processo. Esperamos que a prática real da EPS possa melhorar essa situação.

O segundo encontro foi feito com equipe de saúde e população na sala de espera da Unidade de Saúde. Todos que ali estavam aguardando algum atendimento foram convidados a participar da atividade e prontamente aceitaram, com expressões de curiosidade e satisfação. Estavam presentes inicialmente cerca de quinze pessoas, para as quais nos apresentamos. Pedimos a elas que se apresentassem, logo após termos organizado as cadeiras da sala em círculo, para construir assim uma roda de conversa. À medida que outras pessoas entravam no grupo e saíam dele, contextualizávamos individualmente a atividade e incentivávamos a participação de todos. Iniciamos a dinâmica

de apresentação, em que cada presente dizia seu nome, se já havia adquirido uma das três arboviroses e/ou se conheciam algum caso de alguém próximo que também tenha adquirido.

Nesse momento, nos surpreendemos com a participação ativa de todas as pessoas da roda, que começaram a contar os diversos casos que haviam presenciado, bem como detalhes sobre comportamentos de alguns moradores que, aparentemente, ainda não se haviam empoderado de formas para combater a transmissão da doença. Um de nós explicou como funcionaria a dinâmica de “MITOS” e “VERDADES”, e em seguida distribuímos as afirmações. Uma pessoa fazia a leitura da frase em voz alta; os presentes discutiam e levantavam as placas com sua opinião sobre a afirmação. Oferecemo-nos para fazer a leitura, caso alguém não se sentisse confortável para tanto. As dúvidas levantadas pelos participantes eram problematizadas com todo o grupo, e a maior parte delas era respondida pelos próprios moradores, sem a necessidade de nenhuma intervenção da nossa parte.

Ali estávamos, futuros médicos, equipe de saúde e população, encontrando-nos como pessoas, dispostos a aprender e a construir ações coletivamente. Encerramos a sala de espera com a fixação de um cartaz confeccionado pelo grupo com breve apresentação sobre os métodos de prevenção de focos do mosquito e sua proliferação. O cartaz informativo foi fixado na sala de entrada da unidade após autorização da sua enfermeira coordenadora. Percebemos que esse cartaz fez muito mais sentido do que os demais que estavam afixados na Unidade, pois se tratava de uma construção com a qual a população se identificava. Percebemos aqui a responsabilidade na construção dessas imagens que permeiam os serviços de saúde no SUS, para que de fato emergjam da realidade das pessoas e, assim, produza impactos significativos no cuidado em saúde delas. Assim, vimos

mais um potencial da EPS em ação. Vimos aqui, a concretização dos demais princípios da Pneps-SUS (Brasil, 2013) e percebemos como a responsabilidade social da nossa escola médica estava sendo posta em prática com essas ações. Esses princípios são, segundo a Pneps-SUS, a emancipação, em que indivíduos superam e conquistam a liberdade “de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência” (Brasil, 2013), que é um determinante social do adoecimento, e o compromisso com a elaboração do projeto democrático e popular, corroborando o empenho na “construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa” (Brasil, 2013), cujo processo só pode ocorrer pela garantia do direito universal à saúde no Brasil e do subsídio das lutas sociais.

Surpreendemo-nos com a participação ativa de todos os presentes na sala de espera. Os moradores contaram diversos casos que haviam presenciado, bem como detalhes sobre sintomas e quando procurar assistência médica. O comportamento da população que não contribui para o controle do mosquito foi criticado, assim como os que não permitem que o agente de controle de zoonoses visite suas casas em busca de focos do mosquito. A dinâmica utilizada e a EPS possibilitaram a facilitação do diálogo, a troca de experiências e conhecimentos, a expressão de ideias e críticas pelo grupo, de forma amistosa e respeitosa.

Ficamos extremamente felizes com a profundidade de conhecimento da população a respeito desses agravos. Mesmo que ainda houvesse certa confusão com relação à individualização dos sintomas, foi apreciável a participação das pessoas e notória consciência social da importância de cuidar de sua própria residência, para, assim, cuidar também da coletividade. Percebemos que não há um saber maior ou melhor que o outro, há

apenas saberes diferentes. Apesar da dificuldade de lidar com a rotatividade de pessoas na sala de espera, o grupo conseguiu cumprir a atividade proposta de forma satisfatória, e percebemos que, por fim, conseguimos alcançar mais pessoas na proposta com essa rotatividade.

A promoção da saúde tem o intuito de contribuir para a melhoria de suas condições de saúde, bem como para a ampliação do espectro participativo dos indivíduos em sua própria. Nesse cenário, a EPS constitui componente primordial que, por meio da problematização e do diálogo, promove discussões entre os atores das realidades vividas em uma população, na busca de reflexões que elevam a criticidade coletiva e incentivam o alcance de mudanças relevantes e transformadoras, possibilitando a construção coletiva do conhecimento e a emancipação individual (Brasil, 2013).

Considerando esse contexto, a percepção da importância da compreensão desse processo é facilitada e, muito além de apenas compreender, a concretização da Educação Popular em Saúde no cotidiano dos serviços do SUS e na formação das profissões da saúde representa passo fundamental na transformação da realidade e nas esferas envolvidas no âmbito da saúde. Dessa forma, estar em contato com a EPS por meio das experiências relatadas aqui, bem como em outros momentos que nós, estudantes da área da saúde, vivenciamos durante nossa formação, permite-nos vislumbrar a construção de espaços capazes de suscitar a reflexão sobre fatores que influenciam diretamente o processo saúde/adoecimento/cuidado e empoderar comunidades numa transformação que reúna as pessoas no cuidado em saúde.

Nossa interação com a equipe de saúde e sua população adscrita produziu lições bastante valiosas para todos. Para nós,

estudantes, reforça a relevância da promoção da saúde e da prevenção de agravos, como estratégias fundamentais para o cuidado em saúde, impactando positivamente a vida das pessoas; encoraja-nos a cada vez mais compartilhar a EPS, como ferramenta capaz de valorizar saberes e permitir a construção de conhecimento de forma compartilhada; conscientiza-nos para a importância do empoderamento das populações no cuidado em saúde de forma intersetorial e corresponsabilizada; consolida cada vez mais nosso vínculo com a APS no âmbito da Estratégia Saúde da Família, modelo de atenção à saúde que prioriza o vínculo com a população e o cuidado em saúde longitudinal; fortalece nossas esperanças em lutar por um Sistema de Saúde que reconhece a importância da cooperação entre comunidades e equipes de saúde unidas para o cuidado em saúde.

As pessoas da equipe de saúde conseguem viver e sentir na prática a relevância da EPS, como ferramenta que potencializa os objetivos da promoção da saúde e a prevenção de agravos, quando exercida em conjunto com as pessoas, permitindo estreitar o vínculo com estas; tal ferramenta renova expectativas quanto à participação e construção de um sistema de saúde que preza pela colaboração e reúne forças para lutar pelos direitos em saúde como estratégias que contribuem para o desenvolvimento sustentável, este entendido como capaz de suprir as necessidades de cada nova geração.

Para a população, o empoderamento, como consequência da valorização dos saberes individuais pela EPS, promove a corresponsabilização no cuidado em saúde, contribui para o desenvolvimento sustentável e a mudança de concepções, sendo essa responsável pelo reconhecimento da importância da promoção da saúde e da prevenção de agravos no cuidado contínuo, e certamente convida a participar da construção e a lutar

por um sistema de saúde que integra e reconhece a participação popular como componente crucial.

Percebemos na prática que a amorosidade é realmente o amor pelo outro, pelo trabalho em saúde, pelo cuidado de si e do outro. É amar e integrar-se de corpo, alma e coração ao diálogo e a construção coletiva e compartilhada. É respeitar o próximo e acolhê-lo em sua integralidade, para que ele possa expressar-se da forma como é, sem julgamentos, preconceitos ou limitações. Aquele encontro foi marcado pelo compartilhamento de experiências e vivências e principalmente troca de conhecimento entre as trabalhadoras, o que demonstrou os benefícios da Educação Popular em Saúde sendo prática na formação e atuação médica, de outros profissionais da saúde, especialmente no SUS.

Assim podemos perceber que a Educação Popular ressignificou as vivências realizadas, pois, com ela, nós e a equipe de saúde aprendemos que, através do acolhimento do outro em sua integralidade e da capacidade efetiva de dialogar nas diferenças, valorizando os saberes de cada pessoa, emancipamo-nos e conseguimos construir, de forma cooperativa, saberes significativos, capazes de transformar realidades individuais e coletivas. Assim, é possível não apenas o aperfeiçoamento constante de nossas práticas enquanto futuros profissionais da saúde e a dinâmica de trabalho da equipe de saúde, como um sistema integrado e participativo, mas também a ressignificação do cuidado em saúde das pessoas com diálogo e amorosidade.

Referências

- ALVES, G. G. & AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 16, n.º 1, pp. 319-25, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 2.761*,

de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Pnep-SUS). Disponível em <bvms.saúde.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em 14-1-2017.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNE n.º 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014. Disponível em <portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em 14-1-2017.

SILVA, G. G. S. et al. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, vol. 33, n.º 4, pp.1000-13, 2013.

Osmar Arruda da Ponte Neto*
Márcia Maria Santos da Silva†
Maria José Galdino Saraiva‡
Maria Socorro de Araújo Dias#

QUEM CONTA UM CONTO,
GANHA UM PONTO: CONSTRUÇÃO TEÓRICA
SOBRE APROXIMAÇÃO ENTRE ARTE,
SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR

Um desafio permanente nas últimas décadas tem sido criar e desenvolver propostas de formação de trabalhadores e de (re)construção de modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam inovadores, capazes de apreender a complexidade destes propósitos e que possibilitem o diálogo entre gestão, trabalhadores da saúde

* Fisioterapeuta. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Preceptor de Educação Permanente em Saúde da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Contato: <netoarruda@live.com>.

† Assistente social. Mestre em Ensino na Saúde. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Contato: <marciamss@yahoo.com.br>.

‡ Pedagoga. Mestre em Ensino na Saúde. Coordenadora de Ensino Escola de Formação em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Contato: <mariajosegaldinosaraiva@gmail.com>.

Enfermeira. Pós-doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Diretora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Contato: <socorroad@gmail.com>.

e população, de modo que todos os sujeitos desse processo interajam e construam relações de aprendizagem significativas e transformadoras.

Em Sobral (CE), na perspectiva de alcançarmos um Sistema Saúde Escola (SSE) que conferisse, como marca, a construção dialogada dos conhecimentos e processos formativos, adotamos pressupostos que se orientam nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), da Educação por Competência e da Educação Popular (EP), os quais representam o alicerce pedagógico da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, que aqui será denominada Escola de Saúde da Família.

A Escola de Saúde da Família foi inaugurada em julho de 2001 e tem como missão promover processos educativos interprofissionais, dialógicos, participativos, social e culturalmente contextualizados, para a qualificação da gestão, do ensino, da atenção e da participação social no âmbito do SUS, fortalecendo o SSE (Sobral, 2016). É um espaço institucional que acolhe, planeja, organiza, desenvolve tecnologias e dissemina ações educativas. Visa, sobretudo, fortalecer o SUS, dentro de sua área de abrangência, a partir da estratégia de educação especializada, permanente e contextualizada em Saúde. Insere-se, ainda, na perspectiva da escola cidadã, na medida em que é pública (quanto a sua clientela — é para e de todos), estatal (quanto a sua fonte financiadora — opera com recursos públicos) e democrática e comunitária (quanto ao seu modelo de gestão — princípio da participação) (Parente et al., 2010).

A EP, enquanto princípio metodológico-pedagógico que se agrega à proposta do SSE de Sobral, é inspirada principalmente na abordagem freiriana da educação. Embora seu nascimento seja anterior a Paulo Freire, a EP tem, nesse educador,

seu principal expoente. Tal proposta pedagógica contrapõe-se à pedagogia tradicional de natureza bancária, autoritária e elitista. Baseia-se na dialogicidade, na horizontalidade das relações e no profundo respeito pelo saber do educando. Cada encontro produzido na perspectiva da EPS, em Sobral, busca levar em consideração tais pressupostos (Soares et al., 2008).

Historicamente, a EP se constitui no Brasil como um movimento libertário, trazendo uma perspectiva teórico-prática ancorada em princípios éticos e potencializadores das relações humanas embasadas no ato de educar, mediadas pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares (Brasil, 2012).

Na área da saúde, os paradigmas relacionais constituídos¹ (trabalhador-usuário, gestor-trabalhador, usuário-gestor), em muito influenciados pelos modelos biomédico e de educação bancária, reverberam diretamente nos modos de produção de saúde, podendo a EP ser considerada uma alternativa de transformação ou ressignificação destas relações.

O processo de construção histórica da EP constitui-se como elemento inspirador de formas participativas, críticas e integrativas de pensar e fazer saúde. Seus conhecimentos técnicos, metodológicos e éticos foram e continuam sendo essenciais para a implementação e consolidação do SUS. Ademais, na área da saúde, movimentos e coletivos vêm promovendo reflexões, construindo conhecimentos e ações num processo de diálogo entre serviços, movimentos populares e espaços acadêmicos, para contribuir com a consolidação de um projeto de sociedade e de saúde mais justo e equânime (Brasil, 2012).

1 Os paradigmas relacionais são as inter-relações de poder. Estas são permeadas em muito pela verticalização de relações, ou seja, prioriza-se um detentor do saber ou do poder em detrimento de um outro.

Considerando seu histórico de experiências, reflexões e conhecimentos, a EP apresenta-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes, para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS. Interage não apenas no que diz respeito à educação em saúde, mas, sobretudo, no delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde (Brasil, 2012).

Na experiência de Sobral (CE), a Escola de Saúde da Família idealizou o Grupo de Trabalho de Arte e Educação Popular em Saúde (Gaeps), como um dos grupos de trabalho estruturantes e permanentes para desenvolvimento de suas ações. Este cria cenários mais participativos para construção de um SSE mais acolhedor e humanizado, alinhado aos princípios do SUS. Realiza ações no campo da Saúde utilizando a arte e saberes populares, visando aproximar comunidade, trabalhadores e gestores à realidade do próprio SUS, e sua constante necessidade de transformação. Para tanto, o Gaeps utiliza algumas estratégias como a Corporeidade, o Teatro Popular, o Teatro de Bonecos, as Artes Plásticas e a Musicalidade.

Neste escrito, como objetivo geral, propomo-nos a construir reflexões teóricas sobre a EP no SSE de Sobral. Destacamos que a construção teórica acerca de um trabalho vivo, que se constrói e reconstrói diariamente, é audaciosa. No entanto, tomaremos, como norte, os seguintes objetivos específicos: descrever a trajetória do Gaeps no SSE de Sobral; reconhecer as possibilidades de efetivação da EP, enquanto referencial teórico da Escola de Saúde da Família e caracterizar as expressões de arte e cultura popular, utilizadas pelo Grupo.

Educação Popular e Saúde: algumas aproximações

A década de 1970, no Brasil, foi marcada por contradições na esfera sociopolítica, decorrentes do contexto histórico vigente. Também, nesse período, as ações repressoras do governo cada vez mais contrastavam com a proposta de educação defendida por Paulo Freire, que trazia ideais de liberdade, de autonomia e de construção de uma sociedade sem opressão.

No campo da saúde, predominavam práticas educativas de caráter curativista e higienista, nas quais a população não era reconhecida como sujeito do processo de cuidado. Sobressaía-se a concepção autoritária de educação, e as pessoas eram responsabilizadas por seus adoecimentos. O desenvolvimento da medicina social e comunitária possibilitou a ampliação de um modelo de organização social da prática médica no país, fomentando práticas educativas em saúde que valorizam a autonomia e a participação das pessoas (Nespoli, 2016).

Assim, a busca por um modelo de atenção com este enfoque instigou novas experiências de cuidado na saúde, nas quais os trabalhadores traziam, como principais enfoques, o usuário e a gestão participativa. A expansão dos movimentos sociais contribuiu para ampliar essas experiências, que encontraram, na EP, um referencial pedagógico coerente com as práticas buscadas, inspirado sobretudo na pedagogia de Paulo Freire. Essa pedagogia tem como fundamentos a politicidade do ato educativo, a importância da dialogicidade entre educador e educando, a valorização dos conhecimentos prévios que o educando possui, a contestação da educação bancária e o respeito à diversidade cultural.

Na década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, ampliou-se o reconhecimento da perspectiva de participação e cidadania na construção das políticas públicas. Na área da Saúde, os trabalhadores cada vez mais trilhavam caminho rumo à superação das práticas orientadas unicamente pelo olhar biomédico e reconheciam, na EP, um potencial referencial para ações de educação em saúde que contemplassem a dimensão da autonomia e do respeito às diversas culturas e saberes populares, em contraposição à hegemonia e centralidade das práticas médicas.

A regulamentação do SUS, em 1990, foi precedida por importantes conquistas para a saúde pública, como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pneps), em 2012. Após décadas de aproximação com experiências com as classes populares, a EP finalmente foi reconhecida como um referencial para as práticas de atenção à saúde, nos mais diversos cenários do país.

No município de Sobral, localizado na zona norte do estado do Ceará, a população média é de 200.000 habitantes. Desde a década de 1990, Sobral vem desenvolvendo estratégias locais de efetivação da política de Saúde, a partir da reorganização de serviços e práticas, além da formação de trabalhadores.

O município apresenta um SSE, onde os serviços de saúde de interação com instituições formadoras e espaços de gestão do SUS. Dentre as instituições que compõem o SSE, a Escola de Saúde da Família, responsável pelo desenvolvimento da Política de Educação Permanente no município de Sobral, representa o espaço de fomento à construção de saberes e à formação constante dos trabalhadores do SUS na macrorregião de saúde de Sobral, composta por cinquenta e cinco municípios.

Inspirada nos ideais de Paulo Freire, a Escola de Saúde da Família assume-se como uma organização democrática e cidadã, que estabelece uma dinâmica organizativa interna embasada em Grupos de Trabalho (GTs), unidades funcionais constituídas por trabalhadores da instituição. Nesse sentido, uma das principais expressões de fomento à EP, apresentadas pela Escola de Saúde da Família, é o Gaeps.

O Gaeps é composto por três educadores com *expertise* reconhecida em EP e busca potencializar espaços de construção de diálogos entre as comunidades e os trabalhadores do sistema de saúde pública sobralense, mediados pela arte, em suas múltiplas faces. Realizam reuniões sistemáticas de planejamento de atividades, que pretendem possibilitar a construção coletiva do conhecimento e a valorização dos saberes diversos que se apresentam na relação entre a população e os trabalhadores do SUS.

As principais expressões da arte e cultura popular que o Gaeps utiliza são o teatro, a música, a dança, a pintura e a poesia. Essas são consideradas importantes manifestações das realidades locais, nas quais a saúde se (re)constrói cotidianamente. Pretendem, assim, levar a arte como metodologia de produção coletiva, que possibilite momentos reflexivos e transformadores. O trabalho cultural é uma forma alegre de dialogar com as pessoas e com os saberes, possibilitando o encantamento com as novas formas de ler o mundo e, assim, ressignificar e compreender o SUS.

O fluxo de trabalho do Gaeps é definido a partir da agenda programada. Em geral, as instituições ou os serviços solicitam, junto à Escola de Saúde da Família, a participação do Gaeps em atividades que pretendem desenvolver, sejam elas de caráter pontual ou sistemático. Os educadores reúnem-se com os idealizadores da atividade para compreender as expectativas

destes e para alinhar como a EP pode dialogar com a proposta apresentada. É neste encontro que são definidos, a partir de seus objetivos, os recursos artísticos compatíveis com a proposta, o público participante e a metodologia da atividade como um todo. Quando a atividade proposta é sistemática, essas reuniões de planejamento tornam-se constantes à proporção que a atividade necessita.

O trabalho com a arte tem favorecido uma releitura de conceitos fundamentais do campo da saúde, desde a concepção ampliada de saúde à discussão de temas centrais, como participação social, promoção da saúde, cultura popular, epidemiologia, cultura de paz, dentre outros. Por meio de novas linguagens, busca-se problematizar a realidade e desenvolver uma interiorização de práticas saudáveis de vida tanto nos trabalhadores quanto nos usuários, que têm a oportunidade de perceber, de forma leve e amorosa, suas práticas de cuidado consigo e com o outro.

Não obstante, é válido ressaltar que algumas situações-limite se apresentam na atuação do Gaep, dentre as quais destacamos a fragilidade de recursos e o pequeno número de educadores, em face da quantidade de ações que são demandadas. Outra situação-limite identificada é a compreensão equivocada por parte de alguns trabalhadores quanto à contribuição do Gaeps, a qual compreendem como “animação” para a abertura de eventos. Nesse sentido, a reunião dos educadores com os responsáveis pelo evento é fundamental para desconstruir essa visão equivocada e identificar possibilidades e estratégias de potencializar a essência da EP no evento ou ação programada.

Algumas expressões das atividades realizadas são a parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE), o apoio às Ro-

das semanais dos Centros de Saúde da Família, os Grupos de Educação em Saúde nos territórios e as conferências locais e municipais de Saúde. O Gaeps também contribui sistematicamente em diversos programas institucionais e interdisciplinares, como as Residências Multiprofissionais em Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS). Desenvolve também ações junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e aos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) dos territórios de Sobral. A participação em espaços interdisciplinares e até intersetoriais vem possibilitando que dimensões sutis da existência humana (tais como as emoções, os sonhos, a espiritualidade) sejam reconhecidas em sua determinação cultural e problematizem as concepções mais tradicionais sobre a saúde.

A EP vem se firmando na atenção à saúde no município de Sobral a partir de seu reconhecimento como mola propulsora para experiências dialógicas e reflexivas de reorientação das práticas. Para tanto, tem sido fundamental assegurar a EP como referencial pedagógico no Projeto Político Pedagógico institucional e nos projetos pedagógicos dos cursos desenvolvidos pela instituição. Essa estratégia tem contribuído para a construção de espaços participativos, que propiciam a formação de sujeitos sob a perspectiva da produção de saberes entre iguais e do compromisso com a dimensão integral da vida.

Assim, a EP em Saúde tem-se efetivado como um dos referenciais teórico-metodológicos da Escola de Saúde da Família, semente disseminada nos territórios de saúde e nos processos formativos realizados. A adoção da EP, como referência no Projeto Político Pedagógico, demonstra claramente a opção institucional pela construção de um sistema de saúde que respeite

o diálogo entre os diferentes saberes, pelo fortalecimento da participação popular e pela construção de uma sociedade mais justa.

Considerações finais

A EP na experiência de Sobral (CE), ao longo do tempo, tem-se materializado de diversas formas nos espaços de saúde, de educação e assistência social, dentre outros, a partir dos sujeitos que a desenvolvem e que a utilizam como dispositivo de produção de cuidado e compartilhamento de saberes. Essas diferentes formas de materialização reverberam-se em ações educativas populares singulares, distintas e, por vezes, até antagônicas.

Contudo, é a partir da EP sistematizada por Paulo Freire (que tem como base o diálogo, a horizontalidade de relações, a problematização da realidade, a aproximação com os espaços populares, o compromisso com as transformações sociais) que o Gaeps tem buscado desenvolver suas ações no município. Acreditamos que somente por meio desses pressupostos é possível que a EP seja efetivada como balizadora dos processos sociais, sejam eles individuais ou coletivos.

A integração da EP com a saúde tem sido base de um movimento contra-hegemônico de superação do modelo curativista e das relações verticalizadas e autoritárias, historicamente presentes em nossos serviços de saúde e que ainda implicam a relação entre os profissionais de saúde e população.

As ações desenvolvidas pelo Gaeps corroboram com Vasconcelos (2011), quando este considera a EP uma estratégia para aproximação do saber científico com os serviços de saúde, estimulando o diálogo entre a dinâmica de adoecimento e as práticas de cura do meio popular, a fim de promover ações de saúde mais integrais e mais adequadas à vida da população.

A construção do espaço da EP dentro de um Sistema de Saúde é desafiadora, sobretudo, em experiências como a do Gaeps, oriunda de um espaço estratégico, que é a Escola de Saúde da Família. Nesta, a EP tem a oportunidade de dialogar e contribuir com os mais diversos processos formativos que a instituição desenvolve.

Reconhecemos, portanto, que a efetivação da EP no campo da saúde depende de alguns fatores, tais quais: opção política, implicação dos sujeitos envolvidos e, principalmente, superação da formação acadêmica desconectada das realidades comunitárias. Ratificamos a importância do papel estratégico das universidades, para que oportunizem aos futuros profissionais despertar e vivenciar estas práticas populares dentro de sua experiência profissional, cotidianamente, assumindo o compromisso com um sistema de saúde pública efetivo, participativo e de qualidade.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília, 2012. Disponível em <<http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>. Acesso em 10-1-2017.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43.ª ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- NESPOLI, G. Da educação sanitária à educação popular em saúde. In: BORNSTEIN, V. J. et al. (orgs.). *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.
- PARENTE, J. R. F. *Educação e Saúde: uma jornada de encontros e desencontros*. Mimeo, 2010.
- PARENTE, J. R. F. *A Comunidade de Aprendizagem da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia e o efeito Paideia: Aprendizagens e Tensionamentos no Contexto do Sistema Saúde Escola de Sobral/CE*. Campina Grande: Realize, 2012. Disponível em: <<http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/>>

6a61d423d02a1c56250dc23ae7ff12f3.pdf>. Acesso em 10-1-2017.

SOBRAL. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA. *Projeto Político Pedagógico*. Sobral: 2016.

SOARES, C. H. A. et al. Sistema saúde escola de Sobral-CE. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, Sobral, vol. 7, n.º 2, jul.dez. 2008.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: VASCONCELOS, E. M. & CRUZ, P.J. S. C. (orgs.). *Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência*. São Paulo: Hucitec, 2011.

Lilian Suelen de Oliveira Cunha*
Thais da Silva Ramos

ACorDAR: APRENDENDO A VIVER
PACIENTEMENTE IMPACIENTE
(UM RELATO DE EXPERIÊNCIA)

O começo

A partir da imersão no Centro de Saúde (CS) Agronômica no município de Florianópolis com o objetivo de se vivenciar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Remultisf) promovida pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), recebeu-se o desafio de assumir como elemento de estudo e trabalho os problemas de saúde da comunidade, trabalho em rede, vulnerabilidade, trabalho em equipe e a ruptura com práticas hegemônicas. Tal processo foi possível uma vez que a Residência Multiprofissional oportuniza uma aprendizagem em equipe, inserida na realidade concreta dos serviços de saúde, cujo processo de trabalho pode ser potencialmente construído e reconstruído no cotidiano da Estratégia Saúde da

* Sessenta e sete residentes do curso Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

Família (ESF), buscando articular o conhecimento interdisciplinar e a prática multiprofissional e intersetorial (Remultisf, 2016).

Essa formação permite problematizar, junto com os trabalhadores de saúde, a perspectiva de desenvolver iniciativas de cuidados no CS por meio da reflexão crítica e iniciativas de ações para ampliação da participação popular visando à promoção da saúde e o vínculo entre trabalhadores e a população atendida.

A vivência teve como espaço de atuação o bairro Agrônômica, que é dividido em dois cenários paisagísticos singulares: o primeiro é composto pela parte baixa que incorpora prédios, repartições públicas e uma população formada pela classe média e alta; o segundo é composto pela parte alta que é caracterizada pelas construções de sobrados e casas pequenas. Além da discrepância de espaços residenciais e equipamentos sociais, essa região é classificada como área de interesse social devido ao difícil acesso de minorias aos serviços essenciais, à baixa escolaridade prevalente em comunidades migrantes e a sua vulnerabilidade social e econômica, como por exemplo a presença do tráfico de drogas. Outra característica marcante e que corrobora muitas vezes para dificuldade de acesso aos cuidados primários de saúde é o intenso movimento de migração de outros estados e imigração principalmente de haitianos proporcionando uma diversidade de tradições e costumes culturais, bem como visões e entendimento de saúde diferenciada.

Para nortear esse processo de educação no trabalho correlacionada ao módulo de reflexão teórico-prática do currículo do Programa Remultisf são organizados dois momentos de formação: Projeto Integrado e Atividade Compartilhada, que visam o desenvolvimento de atividades na comunidade, aos con-

selhos de saúde. São atividades de educação permanente em geral, atividades em educação e promoção da saúde.

Considerando-se as práticas como aspectos centrais dos serviços de saúde, a SMS de Florianópolis, a partir de 2011 iniciou a realização de oficinas de sensibilização e formação nos centros de saúde com o envolvimento dos profissionais e da comunidade quanto à integração entre evidência científica e conhecimento popular. No CS Agrônômica a instrumentalização dos profissionais para um novo modo de atuar em saúde começou em 2016. Entre os processos educativos vivenciados pelos profissionais para sair do modelo curativo assistencial marcante no CS, realizou-se discussões, capacitações, observação de práticas exitosas em centros de saúde *in loco* e oferta de diversos cursos de Educação a Distância direcionados à temática da integralidade. Dessa forma, estava sendo criado o estímulo ao aprendizado, ao comprometimento dos profissionais e à disponibilidade em atuar de maneira colaborativa entre as equipes de saúde da família do CS. Aliado a esse cenário propício para mudanças e o interesse de residentes em estarem inseridos numa ação educativa coletiva, identificou-se na Educação Popular em Saúde (EPS) a oportunidade de promover a transformação da realidade daquela comunidade.

Desse modo, tomando por base essa premissa, ao considerar a necessidade de propor modos de intervir que reconhecem os desejos, interesses e necessidade da população adscrita, buscamos planejar, a partir da importância de transpor fronteiras entre diferentes áreas como ciências humanas e sociais, artes e outros saberes, o atendimento das necessidades sociais de saúde. Assim, usando como articulação o ensino-serviço da residência visando à aproximação com sujeitos, abriram-se novas possibilidades de experiência e empoderamento da comunidade por

meio da EPS e para a reiteração dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, integrar a equipe básica do CS trouxe desafios, descobertas e ruptura de paradigmas. O estabelecimento de vínculo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possibilitou maior conhecimento sobre a comunidade e visão ampliada dos determinantes de saúde. O olhar atento do ACS durante a territorialização e identificação dos determinantes sociais para saúde, permitiu que elencássemos propostas de intervenção visando estimular o autocuidado desses usuários, considerando a complexidade de suas histórias, de seu contexto social e de suas relações com o espaço onde vive.

Ao mesmo tempo que o diálogo entre saberes potencializa a formação do residente, constitui uma aproximação à participação ativa da população visando à apropriação e mobilização pelo direito à saúde e à cidadania. Para os residentes essa troca de saberes durante o serviço e a reflexão em atividades presenciais de módulos teóricos permitem extrapolar a especificidade de cada profissão resultando em ganho de atuação multiprofissional.

Iniciando o movimento

De posse das propostas de ações a próxima etapa foi nosso grande desafio: A sensibilização das equipes. Foi um processo lento e intenso, desde o começo, para residentes e equipes básicas do CS Agrônômica. E foi a curtos passos que foi possível propor a todos da equipe desenvolver um trabalho de um jeito novo, com práticas alternativas e complementares alicerçadas nos princípios de promoção da saúde com vistas a benefícios não só para a população, mas também para a equipe. Junto

disso, houve a iniciativa da SMS de promover qualificações, formações e sensibilização como incentivo para o desenvolvimento de ações voltadas para Práticas Integrativas e Complementares (Pics).

As primeiras ações ocorreram em práticas desenvolvidas pelas residentes. Na tentativa de aproximar a comunidade com a produção do conhecimento autônomo emancipatório aliado à valorização da cultura, do brincar e do saber popular, optamos por desenvolver atividades para além do exercício físico, aconselhamento e roda de conversa em grupos oferecidos pela unidade como o de apoio psicológico e de relaxamento.

Durante as primeiras experiências no grupo de relaxamento, oportunizando momentos de trocas de saberes e diálogos entre outras vivências, houve fortalecimento do grupo e suscitou a reflexão para redefinição do nome da atividade por entenderem que o espaço ia além do relaxamento. Assim, de forma coletiva chegou-se ao atual nome Grupo ACorDar com o significado de A: Acordo entre todos; Cor: Coração; Dar: Doação, o que representa para as pessoas que fazem parte do grupo acordo em doar o coração em busca de uma qualidade de vida melhor.

Ao voltarmos o olhar para a atenção a saúde mental por meio do Grupo de Apoio Psicológico (GAP) surgiu o questionamento de como trabalhar a atenção para estas pessoas levando em consideração a complexidade das histórias. Desse modo, com base no acolhimento e nas necessidades das pessoas, assim como no grupo ACorDar, buscamos oferecer para o GAP algo diferenciado como uma atividade integradora que respondesse à demanda dos pacientes. Em resposta ao processo de sensibilização dos profissionais outros grupos surgiram no CS e atualmente se consolidaram como o de roda de conversa de plantas medicinais, auriculoterapia e grupo de gestantes.

Todo esse movimento ampliou o vínculo entre os profissionais que fazem parte do CS Agronômica e vem contribuindo para fortalecer a relação com a comunidade. Pequenas medidas adotadas endossam esse olhar mais ampliado e vinculação com o usuário como a criação de uma página em uma rede social visando divulgar as ações promovidas no CS, bem como empoderar os usuários dos direitos, deveres e lutas diárias em defesa do SUS. Em atendimento aos objetivos da intersectorialidade, fortaleceu-se o trabalho em rede com profissionais e acadêmicos da UFSC, comunidade e outras instituições públicas na criação do horto e demais ações promovidas dentro e fora do CS. Constituindo-se dessa forma para residentes a participação em aspectos importantes para a qualificação do SUS.

Do Amorflur ao malabarismo

Vincular pessoas aos grupos é um grande desafio para os profissionais na atenção básica. Como tornar o encontro atrativo e que faça a diferença no dia a dia daquele indivíduo? Saber que é um espaço participativo e reflexivo com vistas à socialização, à expressão corporal, à conscientização sobre os determinantes da saúde, bem como trocas de experiência, direcionamos para a educação em saúde, visto que sua característica mais importante deve ser o “ouvir o outro”.

Para os profissionais envolvidos nessa proposta, estava claro que o principal não era apenas informar sobre como cuidar da saúde e sim que saúde é mais do que se imagina. Dessa forma, as atividades de integração, participação ativa e criativa ocorrem por meio de utilização de recursos como música, artesanato, dança, meditação, cine debate sobre o SUS, jogos e brincadeiras,

Figura 1. Grupo de Apoio Psicológico em um dos encontros desenvolvendo material para malabarismo



Fonte: Do próprio autor (2016).

exercícios físicos, trabalhos manuais, desenvolvimento do horto medicinal da unidade, encontros em espaços públicos de lazer, rodas de conversa com diversos profissionais, malabarismo e outras vivências que ampliam as possibilidades das práticas de cuidado, acolhimento, escuta e participação social.

Figura 2. Encontro do Grupo AcorDar para debater e conhecer plantas medicinais e como usá-las



Fonte: Do próprio autor (2016).

A proposta consiste na realização de encontros semanais nos espaços da unidade básica e, como rotina acordado nos grupos, todos recebem um cronograma de atividades para cada mês contendo a proposta e local de realização, além da fixação desse informe em murais da unidade. Posto isso, ocorre uma responsabilização para o desenvolvimento dos encontros entre os profissionais envolvidos e a comunidade participante no exercício da autonomia e busca por qualidade de vida.

O diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica (Brasil, 2007) como no momento em que abordamos a cultura medicamentosa e como prover o uso das plantas medicinais, a atividade física, a estratégia da risoterapia e reforçar e desenvolver o núcleo afetivo dos pacientes por meio da distribuição de um remédio hipotético intitulado Amorflur (“Medicamento” que contém vinte cápsulas com doses de sentimentos bons e energia positiva. Para representar essas

cápsulas utilizaram-se doces e balas de goma) a fim de fomentar a redução da dependência medicamentosa. Entende-se que por meio da afetividade propõe-se o despertar e o desenvolvimento do cuidado consigo e com o outro. É também pensar que durante o processo criativo, cognitivo e expressivo do uso de materiais alternativos para jogos e brincadeiras, revive-se o espírito lúdico tão necessário para o resgate do brincar. Todo esse movimento traz a reflexão de como ideias simples e o conhecimento popular podem ser aliados na promoção da saúde e nas práticas populares. Destarte, propor debater atenção à saúde durante a criação de materiais para fazer malabares, enquanto ação educativa permite um contato mais próximo entre os atores envolvidos no processo, tornando-se assim um rico espaço de aprendizagem e valorização de cada um perante o grupo.

Figura 3. Medicamento Amorflur entregue nos encontros



Fonte: Do próprio autor (2016).

Esse movimento iniciado por nosso grupo com vistas a práticas para uma atenção ampliada e integral aos usuários vai de encontro a ações normatizadoras e centradas apenas na prática de hábitos individuais considerados saudáveis. É interessante perceber que o modelo biomédico tradicional ainda é pouco questionado e permanece dominante mesmo diante das potencialidades da EPS.

Entre os muitos obstáculos e desafios em nossa rotina de trabalho para o desenvolvimento da EPS, destacavam-se inicialmente, a falta de apoio para realização de ações de educação em saúde na unidade, pouca sensibilização e dificuldade de trabalho com as equipes básicas para a importância do aconselhamento e encaminhamentos para grupos da unidade, responsabilização por grupos de promoção de saúde apenas por profissionais residentes, impactando na continuidade do serviço após encerramento da formação, mínimo de recursos materiais alocados para unidade e controle social enfraquecido.

No contexto de aprendizado e sensibilização da comunidade, aliado ao cenário do CS Agronômica, que apresentava rotatividade de profissionais e equipes básicas incompletas, foi possível observar resultados positivos pós-sensibilização para adesão a metodologias ativas e de Educação Popular em Saúde a fim de obter apoio de todos os atores envolvidos desde a recepção da unidade até aos médicos.

A partir disso, é nítida a participação popular no CS em busca de trocas de experiências, saberes populares e uso do espaço como veículo de promoção da saúde e não apenas como local de medicação e cuidados emergenciais. Evidenciando-se assim, a importância de uma prática sanitária integrada a uma ação coletiva e solidária. Para Freire (1987), isso pode ser evidenciado a partir de viver a relação paciência e impaciência, ou

Figura 4.- Comunidade e Equipe unidas para implantação do horto



Fonte: Do próprio autor (2016).

seja, não perder a crítica, assumir a ingenuidade em si e do outro, recriar, reaprender de novo e, afinal, fazer. Assim, é que se teria o poder de fazer com criticidade o que se quer e que precisa ser feito (Brasil, 2007).

Figura 5. Hora do chá e troca de saberes populares sobre uso de plantas medicinais



Fonte: Do próprio autor (2016).

E sobre o amanhã

A experiência de integração aponta as potencialidades para o CS Agronômica e principalmente para a formação de agentes sociais do povo. Como resposta à valorização dos saberes, entende-se que os espaços dos grupos e outros momentos coletivos não devem ser apenas vinculados a um profissional para sua funcionalidade, mas a todos os atores trabalhadores da saúde na unidade e também membros da comunidade. Esse cenário fortalece a importância e necessidade do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar em que tivemos a oportunidade de vivenciar por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Para todos os atores envolvidos foi e vem sendo gratificante colher frutos do esforço e construção de um jeito diferente de fazer saúde para a comunidade da Agronômica. Observar que o entendimento passa a ser que saúde é muito mais que ausência de doença, é lazer, inclusão social, liberdade para brincar, garantia de direitos e muito mais do que se imagina. Isso reflete o amadurecimento e trabalho em equipe.

Isso se tornou possível a partir do momento que as equipes de estratégia de saúde da família do CS Agronômica foram envolvidas no processo de construção de um novo olhar para a saúde. A valorização da participação popular na promoção da saúde e a busca por ampliar o interesse da comunidade na luta pelos direitos de equidade e saúde é o grande objetivo dos profissionais ali envolvidos. Isso permite a apropriação do sistema de saúde vigente pela comunidade e por esse espaço de fato para todos.

Logo, acreditamos que a conquista desse direito somente se dará se formos, na condição de pacientes, impacientes com a

falta de comunicação, de conservação de preconceitos e exclusões, com a ausência de acolhida aos nossos jeitos de ser e de estar e de demandar ajuda, impacientes com um mundo e um sistema de saúde que não corresponde à correlação entre movimento e mudança para a reinvenção das verdades, das ciências, dos sentidos comuns e das práticas (Brasil, 2007). Portanto, entendemos que nosso movimento caminha em acordo com a perspectiva dialógica, emancipadora e criativa contribuindo para o exercício da autonomia de nossos usuários.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. *Cartão de educação popular e saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de gestão e participativa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 29.^a edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- REMULTISF. *Guia Acadêmico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

Jéssika Bezerra Oliveira Leite*
Jean Alex Silva de Alencar†

ARTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE NOVOS PERCURSOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A saúde envolve as dimensões físicas, mentais, espirituais, políticas, sociais, culturais e ambientais. É um valor coletivo, dinâmico e com determinantes variáveis. Atualmente, evidencia-se essa perspectiva que considera os sujeitos em sua integralidade e coletividade, e ultrapassado o modelo da fragmentação e mecanização do ser humano e suas relações.

Assim, as práticas de saúde saem do seu enfoque impositivo, vertical e baseado em um comportamento ideal inalcançável, ao mesmo tempo que surgem e se fortalecem práxis inovadoras, baseadas na construção coletiva e na valorização da percepção dos próprios usuários e necessidades das comunidades.

No âmbito da saúde mental também tem havido grandes avanços e mudanças de paradigmas a partir do Movimento da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica e da implementação da Lei 10.216. Essas iniciativas têm fomentado a atenção psicossocial de base comunitária, a ampliação do acesso ao tra-

* Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri, educadora popular em saúde.

† Pedagogo graduado pela Universidade Regional do Cariri, pós-graduando em ensino da música, músico e educador popular.

tamento, o desenvolvimento de diversas iniciativas de inclusão social e a produção de autonomia para os usuários de serviços de saúde mental (Delgado, 2014).

Contudo, o modelo manicomial continua internalizado na subjetividade de profissionais, usuários, familiares e diversos segmentos da sociedade (Metaxis, 2006). “Mitos” e concepções oriundas da era manicomial, como a ideia de perigo, violência, contenção e exclusão, bem como conceitos polarizados de normalidade e doença/loucura, ainda permeiam e norteiam o fazer em saúde. Isso tem mantido o cuidado limitado a protocolos e rotinas vazias de práticas humanizadas, integrais e afetivas. É fundamental o fortalecimento de perspectivas libertadoras e transformadoras de cuidado.

Nesse contexto, o movimento e as reflexões da educação popular em saúde têm-se mostrado muito significativos, pois têm criado práticas de cuidado voltadas para a libertação em relação à medicalização e à dependência das normas institucionais. Sua concepção teórica valoriza o saber do outro e compreende que o conhecimento é um processo de construção coletiva (Albuquerque & Stotz, 2004).

As reflexões desse texto buscam partilhar a experiência vivida com os usuários da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) de Crato e o Projeto ArtÉ Saúde, no período de 2014 a 2016, que se organizou com grande inspiração nas discussões da educação popular em saúde, arteterapia, reinserção social e promoção da saúde.

ArtÉ Saúde, o percurso do projeto

Em 2009, iniciamos um trabalho voluntário no Hospital-Dia do Crato com oficinas de construção de instrumentos

musicais de material reciclado, rodas de música ativa e grupos de desenho e pintura. As ações permitiam a livre participação e expressão, mas estavam fora do contexto de rotinas clínicas e envolviam dimensões complexas que, muitas vezes, eram incompreendidas no serviço e consideradas como algo sem importância. A partir dessa vivência, despertamos para a necessidade da resignificação das relações e práticas em saúde mental desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS), e da construção de estratégias mais humanas, voltadas aos sujeitos, às coletividades e suas diversidades.

Em 2014, na unidade do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) II do município de Crato-CE, iniciamos o Projeto ArtÉ Saúde, com o objetivo de promover a reinserção social a partir de estratégias fundamentadas na educação popular, no holismo e na arteterapia.

O projeto compreendeu oficinas formativas e terapêuticas, grupos terapêuticos, rodas de conversa e vivências coletivas, linguagens como teatro, música, dança e artes plásticas, e integrou o cronograma semanal do serviço. No decorrer do projeto, ampliamos as ações de acordo com as demandas dos usuários e do serviço, e surgiram os seguintes eixos:

EIXO MÚSICA — CANTOS DE RODA E CURA

Oficina “Corpossom” — Música, dança e jogos populares no desenvolvimento da consciência de si, percepção, lateralidade e relações interacionais a partir do corpo e do som.

Socialização musical — Musicoterapia passiva e ativa em que os usuários tocavam instrumentos, cantavam e participavam do processo de escolha musical e repertório. As músicas eram escolhidas coletivamente, dentro de critérios como: não

alimentar a indústria cultural e alienação de massas, fortalecer ideias e pensamentos positivos, e trazer reflexões sociais e culturais ao usuário/artista e ao público. Ficou conhecida na unidade como “o forró”, pois, embora houvesse diversidade musical expressiva, os ritmos nordestinos como xaxado, xote e baião prevaleciam. O grupo contribuiu na ressignificação dos usos musicais que gradualmente se associaram a fatores saudáveis, inclusivos e afetivos.

Cirandar —

Encontros em praças com relaxamento, alongamento, música, danças circulares, diálogos, intervenção e interação artística abertos à participação popular. A ciranda é uma dança circular que proporciona uma experiência coletiva de afeto, partilha e união, e permite perceber a si mesmo e ao outro como parte de um todo dinâmico e em interação.



EIXO TEATRO — CRIAR E VIVER

Oficina de Teatro — Envolveu etapas importantes da arteterapia, como expressão, concentração, atenção, percepção e criação. Contou com a realização de exercícios de improvisação, experimentação artística, “contação” de histórias (inventadas e vividas) e jogos dinâmicos que construía o percurso terapêutico e criativo. Gerou peças como *O casamento da Princesa*, *Robôs* e a radionovela *Feira da Paixão*, baseadas nas histórias vividas pelos



próprios usuários em seus contextos e que abrangiam temas como preconceito, rejeição e relações abusivas.

Dessa forma, quando um usuário cria uma cena e observa a si próprio, ele se vê refletido na sua arte, torna-se sujeito da sua criação, recriando-se ao criar sua obra (Metaxis, 2010).

O processo de criação, elaboração do roteiro, execução e transcrição para o papel foi desenvolvido coletivamente, evidenciando características como autonomia, cooperatividade, liderança, resiliência e empatia.

Auto de Natal — Espetáculo que agrega instituições como Aldeias, Apae-Crato, usuários da Raps, artistas e grupos artísticos da região. Iniciou em 2013 e desde então se adapta aos diferentes contextos. Elaborado com elementos cênicos, estéticos e sonoros presentes na cultura popular brasileira, proporciona diversas possibilidades criativas e transformadoras, onde o ator se torna livre no universo brincante, que denota a indissociabilidade entre música, teatro, dança e circo.

EIXO CORPOREIDADE — SER INTEIRO

Alongamento e relaxamento — Realização de exercícios de respiração e meditação coletiva, com foco na percepção corporal, interação social e relaxamento físico e mental. Realizados com usuários, familiares e público em geral na unidade e no território.



Grupo Girassol — Fruto das oficinas de música e práticas corporais, surgiu da necessidade de construir um trabalho no campo artístico voltado às manifestações populares presentes na cultura regional do Cariri. O grupo tem um repertório que, com ritmos como coco, ciranda, músicas do reisado, capoeira e xaxado, ensaiava semanalmente e fazia apresentações artísticas na região em eventos culturais, científicos e alternativos.

EIXO PROMOÇÃO DA SAÚDE — CULTIVAR SAÚDE

Roda Saúde — Rodas de conversa que utilizavam a educação popular em saúde como estratégia fundamental. Um espaço, pautado na horizontalidade e respeito, em que saberes mútuos se construíram por meio do diálogo, fundamentados no que o sujeito social compreende e no que é vivido. Realizadas com os profissionais do projeto, dos serviços da Raps como Centro

de Referência da Mulher, Conselho da Mulher Cratense e Delegacia da Mulher, com movimentos sociais como o Grupo de Valorização Negra do Cariri (Grunec) e com coletivos de artistas e ativistas como o Coletivo Camaradas e Coletivo Marias.



Grupo Florescer — Grupo de mulheres que vivem ou viveram em situação de violência. Voltado à terapia, empoderamento e fortalecimento da autonomia a partir da problematização das realidades, busca de

soluções em grupo, participação e engajamento político na rede de movimentos sociais contra a violência de gênero, oficinas de geração de renda e vivências afetivas. Surgiu da necessidade de criar um espaço de partilhas, trocas e apoio voltado às questões de gênero e enfrentamento das violências.

Dos métodos

Fundamentadas na educação popular em saúde, as ações eram integradas e norteadas pela construção mútua entre usuários e profissionais, que, juntos, dialogavam, refletiam, avaliavam e conduziam o processo terapêutico, artístico e cultural. Ao longo desse processo, a oralidade, corporeidade, circularidade, musicalidade e o afeto foram pontos-chave.

A oralidade, como afirmação da autonomia relacional e de comunicação, permite o diálogo e a interação dos saberes, poderes e querer. Ela transcende as barreiras e distâncias impostas culturalmente entre o usuário e o profissional, proporcionando

uma comunicação terapêutica em que o vínculo, a atenção e o afeto são valorizados.

Segundo Moreira (2003), a corporeidade se trata de um corpo sujeito existencial, complexo, que vive sempre no sentido de sua autossuperação [. . .] e se movimenta para garantir a vida. Assim sendo, a corporeidade é relacional, fazendo advir a necessidade da consciência de si, dos outros e do mundo.

A circularidade é um valor presente em muitas culturas antigas e proporciona o estabelecimento de diálogos e interações horizontais, dinâmicas e contínuas. Todas as ações foram realizadas em roda, das conversas às rodas de música e o teatro de rua, proporcionando a construção de espaços que promovem simultaneamente a diversidade e a igualdade, bem como desconstruindo “valores clássicos”, como a unilateralidade do discurso do saber dominante.

A música, além das propriedades fisiológicas e psicológicas, possui propriedades que nenhuma outra linguagem tem. Nela existe o estético e o espiritual e, através do seu executor, o artístico (Piazzeta, 2010). Ela permite a interação consigo e com o mundo ao redor, oferece mecanismos terapêuticos a partir de seus elementos, como som, melodia, ritmo e andamento. Além disso, tem mecanismos socializantes na partilha de memórias, fortalecimento das relações e reconstrução de papéis sociais desencadeados pela valorização das múltiplas potencialidades dos indivíduos além de suas limitações e rótulos.

A afetividade permeia a construção das relações e vínculos, e fortalece os princípios de empatia e gentileza, criando um ambiente harmonioso e propício ao estabelecimento de uma comunicação terapêutica efetiva que respeita as limitações e percepção dos envolvidos.

TransformAÇÕES

Como consequência da premissa que associa o sofrimento psíquico ou a doença mental aos níveis de normalidade e reduz o sujeito à sua patologia, o processo de adoecimento-diagnóstico-institucionalização cria e impõe rótulos que com o tempo são internalizados e assimilados pelo sujeito, provocam a “desindividualização” e desumanização a partir de alterações e distanciamento na percepção de si e do mundo. O sujeito deixa de perceber a si enquanto eu complexo e integrado, e passa a perceber-se enquanto doente/fragmentado. Isso tanto é observado em usuários crônicos com histórico de institucionalização, quanto nos que estão adentrando o sistema.

Percebemos que a participação contínua nos grupos terapêuticos e oficinas possibilitou o envolvimento dos usuários consigo mesmos, e a partir da auto-observação, reflexões, questionamentos e interação, houve a percepção de si como sujeito com desejos, sonhos e sentires. Ficou evidente a melhoria na expressão verbal e não verbal, principalmente por meio da musicalidade, corporeidade e afetividade. Além disso, a participação contínua proporciona a criação e vivência de novas realidades, nas oficinas e também no cotidiano. Como disse Augusto Boal, inventar outro mundo é possível.

Para Bauman (2012), ter uma identidade parece ser uma das necessidades humanas mais universais. A identidade pessoal confere significado ao “eu”, a identidade social garante esse significado. Fica evidente o fortalecimento da identidade pessoal a partir da tomada de consciência do eu e do eu em relação ao mundo como um elemento fundamental na (re)construção da autonomia e participação social.

O autoconceito que o indivíduo adquire decorre das experiências sociais vividas, que influem no papel que ele desempenha, nos julgamentos sobre si e sobre outras pessoas e as diversidades culturais (Myers, 2000). Tem-se mostrado que as significações negativas da loucura têm-se desconstruído, e aspectos do eu integrado se fortalecido. Isso foi perceptível na autovalorização e autoaceitação, na melhora do autocuidado, no reconhecimento e enfrentamento ao preconceito, na convivência com a doença/diagnóstico de forma positiva, no aumento na adesão ao tratamento e na busca de novas possibilidades de crescimento e aprendizado, além da construção de novos papéis sociais na comunidade, em que o usuário deixa de ser o “doente do Caps” e passa a ser o ator social capaz de protagonizar a cena cotidiana.

A arte é o elemento catalisador, pois oferece múltiplas possibilidades de interação, expressão, construção e desconstrução essenciais no processo terapêutico psicossocial. É o meio indispensável para a união do indivíduo com o todo; reflete a infinita capacidade humana para a associação, para a circulação de experiências e ideias (Fischer, 1979).

Percebemos que os usuários passaram a exercer o fazer artístico de maneira ativa e criativa, trazendo olhares diversos. Isso converge com Silva (2012), quando ele diz que o centro de gravitação da arte é a realidade circundante, a qual deve ser percebida e compreendida para própria assimilação do trabalho artístico. Isso impõe pensar/repensar a relação entre artista/obra/público e o papel social do artista — e da arte.

Quando iniciamos o projeto, houve um estranhamento da equipe, pois a assistência psicossocial ainda é marcada pela dominância do caráter clínico e ambulatorial, com enquadramento em rotinas, medicação e contenção — traços do modelo

manicomial. Concordamos com Pereira & Viana (2009), em que a superação do aparato manicomial implica, sobretudo, a desestruturação de velhos fazeres e saberes sobre a loucura no aprendizado do novo, na possibilidade da convivência, no estar fora. Assim, a equipe passou pela desconstrução e reconstrução de conceitos e práticas que envolveram as noções de saúde e doença, tratamento, inserção e participação social, arteterapia, equipe multidisciplinar e trabalho intersetorial.

Pudemos observar mudanças significativas na percepção e atitude da equipe e dos familiares, que passaram a se interessar pelas atividades, participar ativamente, acompanhar e orientar a participação dos usuários, familiares e comunidade em geral. O projeto, que começou vinculado à enfermeira, ganhou apoio dos movimentos sociais e equipamentos da Raps, foi contratado pela secretaria municipal de saúde e, com a ampliação do serviço e a protagonização de mais atores sociais, tornou-se um elo fundamental para a manutenção da rede de atenção psicossocial de Crato-CE.

Contudo, apesar das conquistas do movimento antimanicomial e da tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar de base comunitária (Brasil, 2011), ainda há muito a avançar na consolidação dos ideais da reforma e na luta pela garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental.

É vital que haja a priorização dos gestores na implementação das políticas públicas de atenção à saúde mental mediante o reconhecimento e valorização de iniciativas libertadoras e sustentáveis, da capacitação profissional, do compromisso com a população, da ampliação à participação social e do trabalho conjunto entre a gestão pública e a sociedade civil — usuários, familiares, profissionais e organizações do terceiro setor, pois

elas se mostram, muitas vezes, mais sensíveis às realidades dos municípios do que os programas de governo (OMS, 2001).

Educação popular em saúde: estratégia de cuidado psicossocial

A educação popular em saúde é uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais, e na leitura das diferentes realidades (Aerts, 2011). É fundamental na desconstrução do preconceito e estigma à pessoa com doença mental ou em sofrimento psíquico, a partir da problematização e criação de novas realidades e práticas socioafetivo-culturais.

Seu método não é a implementação de procedimentos educativos estáticos; suas práticas são reinventadas a cada vivência, ampliando os espaços de interação cultural e negociação entre os vários atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação (Vasconcelos, 2001). Por isso a importância e eficácia em dialogar a educação popular em saúde com as práticas de cuidado psicossocial na construção da clínica ampliada para alcançar os objetivos da Reforma Psiquiátrica.

Essa Reforma (psiquiátrica) impulsionou o redimensionamento da assistência. Nossa experiência tem evidenciado a urgência da construção de novos percursos que evitem a reprodução do controle autoritário dos portadores de problemas de saúde mental, dialogando com as necessidades dos usuários nos contextos complexos de relações que produzem o próprio sentido do sofrimento (Franco, 2014).

Nesse sentido, a arte é fundamental em suas perspectivas terapêuticas, sociais e emancipadoras. Com ela, é possível

transformar as realidades e redimensionar a lógica da saúde, da loucura e do cuidado. Contudo, ela deve ser libertadora, e não engessada, empacotada e com reprodução dos conceitos alienantes da indústria cultural e capitalização das relações, pois é somente no campo da liberdade que a arte pode ser emancipacionista (Silva, 2012).

Essas práticas baseadas no diálogo possibilitam a reflexão, transformação, construção de valores e garantia de direitos; permitem ao sujeito conectar-se consigo e com sua realidade social, cultural e política — o que potencializa os efeitos terapêuticos; e vão ao encontro das políticas da Raps, que têm o propósito de materializar os ideais de inserção e reabilitação social de maneira integrada à família, à comunidade e ao trabalho, com efetiva participação da sociedade.

A educação popular em saúde é o elo fundamental que desconstrói a imposição do saber dominante e a noção de saúde fragmentada e, aliada às possibilidades estratégicas da arte, permite trilhar formas de cuidado mais democráticas, criativas e pautadas na diversidade. Além disso, constitui uma prática que estimula a participação social e a protagonização dos sujeitos, fundamental na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde.

Referências

- ALBUQUERQUE, P. C. & STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface* (Botucatu) [on-line], vol. 8, n.º 15, pp. 259-74, 2004.
- AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line], vol. 16, n.º 1, pp. 319-25.
- BAUMAN, Z. *Ensaio sobre o conceito de cultura* / Zygmunt Bauman. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- DELGADO, P. G. G. *Políticas de saúde mental e direitos humanos*. In:

- GRIGOLO, Tânia Maris & MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio (orgs.)]. [Recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.
- FISCHER, E. *A necessidade da arte*. 7.ª ed. Trad. Leandro Konder. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.
- FRANCO, S. G. *22 Dezembro 1938 – Arthur Bispo do Rosario: um estudo antropológico sobre arte e loucura*. Mestrado em Antropologia Social. Universidade de São Paulo, 2011.
- METAXIS : informativo do Centro de Teatro do Oprimido, CTO-Rio. N.º 1, Rio de Janeiro: Master Print, abr. 2006.
- MOREIRA, W. W. Corporeidade é!!!!!!! Croniqueta 27 – produzida na atual forma em 27-01-2003. In: MOREIRA, Wagner Wey (org.). *Croniquetas: um retrato 3X4*. Piracicaba: Unimep, 2003.
- MYERS, D. G. *Psicologia Social*. 6.ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo, 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001.
- PEREIRA, A. A. & VIANNA, P. C. M. *Saúde mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- PIAZZETTA, C. M. *Musicalidade Clínica em Musicoterapia: um estudo transdisciplinar sobre o musicoterapeuta como um ser “musical-clínico”*. Mestrado. Goiânia: UFG –GO, 2006.
- SILVA, A. L. *Entranhamentos entre Arte, estética, política, cultura e educação*. Coletivo Camaradas. Programa de Interferência Ambiental, 2012. Disponível em <<http://pt.scribd.com/document/140046014/Entranhamentos-Alexandre-Lucas>>.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. *Interface* (Botucatu) [on-line]. 2001, vol. 5, n.º 8, pp. 121-6.

Eymard Mourão Vasconcelos*

UMA ABORDAGEM PROBLEMATIZADORA
DA QUESTÃO DO LIXO E DO RATO
EM PERIFERIA URBANA¹

Tem havido um amplo debate entre diferentes concepções metodológicas que orientam as estratégias de combate às doenças infecciosas e parasitárias nos serviços de atenção primária à saúde, algumas delas enfatizando o envolvimento da população na busca de soluções. Este trabalho baseia-se em pesquisa realizada em um centro de saúde da periferia de Belo Horizonte, entre 1994 e 1997, com o objetivo de contribuir na explicitação, de forma mais clara, da metodologia da Educação Popular em Saúde adequada ao atual contexto institucional e de analisar o seu significado no combate às doenças infecciosas e parasitárias. Nesse centro de saúde, ao se procurar dinamizar as suas práticas educativas, buscou-se identificar e entender os bloqueios e potencialidades existentes no relacionamento entre os profissionais e a população. Procurou-se escl-

* Professor aposentado da Universidade Federal da Paraíba, pesquisador do VEPOP-SUS e coordenador nacional da Rede de Educação Popular e Saúde. Endereço eletrônico: eynard.vasconcelos@gmail.com.

¹ Este texto é uma adaptação de trecho do livro *Educação popular e a atenção à saúde da família*, editado pela Editora Hucitec de São Paulo, em 2015 (6.^a edição).

recer a forma como as questões culturais, cognitivas e subjetivas dificultam e favorecem o funcionamento de um serviço de saúde. Trata-se, portanto, de uma pesquisa-ação com ênfase na observação participante em que o envolvimento com os problemas de saúde específicos foi desencadeando uma série de mudanças no relacionamento do serviço de saúde com a comunidade local. Este texto enfoca um dos temas abordados durante a pesquisa: o problema do lixo e dos ratos que muito incomodava a população daquela favela, a Vila Leonina.

Tentando reorientar a verticalidade da campanha sanitária contra os ratos

A equipe do Centro de Saúde Vila Leonina foi visitada pelo coordenador do Programa de Controle das Zoonoses do Distrito Sanitário Oeste de Belo Horizonte, que veio discutir a organização de uma campanha de combate aos ratos na Vila Leonina em moldes diferentes do tradicional. Três anos antes, já fora realizada campanha de desratização em toda a favela, cujos efeitos, no entanto, foram passageiros. Colocaram-se iscas com raticida nos locais de moradia e trânsito dos ratos, seguindo-se ampla limpeza do lixo acumulado na área. Mas como não houve um trabalho mais duradouro, o lixo voltou a se acumular. Com alimento disponível, a população de ratos logo voltou aos níveis anteriores. A nova proposta era utilizar a campanha contra os ratos como uma forma de mobilizar a população na discussão e enfrentamento do problema do lixo. Não seria mais realizada uma campanha de desratização em massa que, em poucos dias, se iniciasse em uma extremidade da favela e terminasse em outra. A desratização passaria a ser feita nas regiões onde a população participasse da discussão sobre o lixo.

Estava planejada a lotação de quatro funcionários no Centro de Saúde para dar continuidade a esse trabalho em longo prazo. Essa nova estratégia fazia parte da tentativa de reorientação das políticas de saúde trazidas pela administração do Partido dos Trabalhadores, que, na época, ocupava o poder municipal.

A equipe do Centro de Saúde ficou animada com as novas propostas de trabalho que surgiam na Secretaria Municipal de Saúde, afinal, as campanhas sanitárias são as ações de saúde pública mais carregadas de tradição, sendo as primeiras implantadas na história brasileira. Uma série de campanhas contra a febre amarela, varíola e peste bubônica foram organizadas no final do século XIX e início do século XX de uma forma marcada pelo autoritarismo e pela desconsideração dos valores e da participação da população. As décadas se passaram, novas instituições foram criadas para implementá-las, novas tecnologias foram incorporadas, mas o modelo vertical de implementação das campanhas sanitárias permaneceu. Vêm sendo realizadas por instituições organizadas segundo o modelo militar, em ações temporárias, desvinculadas da dinâmica social local e voltadas para a execução de ações delimitadas e padronizadas previamente. O entrosamento com setores da população local, que o Centro de Saúde vinha conseguindo, criava uma base para iniciar a experimentação deste novo modelo de campanha sanitária. Seria uma oportunidade para suas ações educativas, que viam se ampliando, poderem se desdobrar em ações técnicas de amplo alcance.

Programou-se iniciar a discussão sobre o controle dos ratos a partir dos sete grupos do programa de combate à desnutrição já formados no Centro de Saúde que se reuniam mensalmente para receber alimentos e debater questões de saúde, utilizando vídeo produzido artesanalmente sobre o tema. Seria

uma forma de ir problematizando a questão, pesquisando dimensões desconhecidas pelo serviço, negociando novas formas de intervenção e divulgando a futura campanha. Aprender na comunidade, com ela e para ela (Freire, 1995), como reorientar a tradição de verticalidade de uma campanha sanitária. O discurso de técnicos, ocupando cargos de chefia desta Secretaria Municipal de Saúde comandada por membros do Partido dos Trabalhadores, excitava nossas expectativas de realizar ações inovadoras.

O coordenador do Programa de Controle das Zoonoses prontificou-se a participar das filmagens como uma forma de incorporar, já no vídeo a ser utilizado para desencadear os debates, os seus questionamentos e suas percepções críticas. Nesta perspectiva, o vídeo não representa apenas a documentação de uma observação sobre a realidade, mas a documentação de questionamentos sobre ela e de respostas suscitadas, que se coloca, posteriormente nas reuniões, para debate com outros atores ali inseridos. Buscávamos incorporar a problematização da realidade já na gravação inicial. O objetivo da ação educativa que se buscava implementar era principalmente a ampliação dos canais de interação cultural, negociação de interesses e intercâmbio de motivações pessoais entre os atores técnicos e populares envolvidos nos problemas de saúde de forma a reorientar suas práticas.

No dia marcado para as filmagens, após meia hora de espera, recebemos um recado de que o coordenador do Programa de Controle das Zoonoses não poderia vir, pois surgira “um problema” no Distrito Sanitário. Enviou o recado por funcionária subalterna, dificultando a negociação de uma nova data. Ia evidenciando-se a distância dos técnicos das instâncias administrativas da Secretaria de Saúde em relação à dinâmica de relacionamento com a população local. Viviam absorvidos em cobranças, conflitos e projetos próprios, que tornavam secundárias

as necessidades e ritmos do nível local. Percebemos que não podíamos contar com técnicos do Distrito Sanitário para fazer a filmagem.

A gravação do vídeo e o seu debate nas reuniões nos possibilitou uma penetração na realidade do problema de saúde que buscávamos conhecer. O rato era temido não tanto pelas doenças que podia transmitir, mas pela ameaça de agressão; era um invasor que causava temor.

— *Os ratos aqui são grandes. Chegam a ter o tamanho de um gato. Às vezes atacam dentro de casa. Passam em cima da gente à noite, quando estamos dormindo. Atacam os sacos de mantimento e as roupas.*

Muitas histórias, dramáticas ou engraçadas, ilustravam a convivência próxima daquela população com as ratazanas e os camundongos. Mostrava ser um problema que interligava os diversos moradores, exigindo uma solução comum.

— *Moro numa rua pavimentada, onde passa o caminhão de lixo. Lá, o lixo não é problema. Mas os ratos vêm de cima e invadem a nossa casa. Não deixo meus netos brincarem sozinhos fora de casa com medo deles serem atacados pelos ratos.*

— *Uma noite, um rato entrou e puxou o meu cabelo. Acordei assustada. Agora durmo com medo.*

Uma técnica do Programa de Controle de Zoonoses foi designada para participar das reuniões. Ela, mesmo sem uma formação específica em educação, enriquecia as reuniões trazendo informações importantes e ressaltando aspectos que passariam despercebidos por outros profissionais. Seu conhecimento técnico especializado sobre as espécies de rato da região, os seus hábitos, reprodução e os raticidas ampliavam o conhecimento empírico da população. Tinha sensibilidade para orientar suas observações pelas questões trazidas pelos participantes nas reu-

niões. Contudo, muito centrada na implementação da campanha, tendia a desvalorizar a discussão e o aperfeiçoamento das estratégias autônomas da população (como a utilização de ratoeiras e do gato) para frisar as recomendações necessárias ao sucesso da campanha: a colaboração com os funcionários da desratização, cuidados com o veneno que seria empregado, condutas de limpeza após a colocação do veneno, etc. Enfatizava mais a participação da população na campanha contra os ratos do que a mobilização para o saneamento da área. O peso da tradição centenária de atuação por meio de campanhas sanitárias verticais estava ainda muito presente na cultura profissional daquela técnica, mas, no decorrer das reuniões, sua atitude foi mudando.

Apesar do temor causado pelos ratos, principalmente pelas ratazanas, ia ficando claro que o grande problema era o lixo. Além de ser o alimento que possibilitava a multiplicação dos ratos, o lixo trazia moscas, mosquitos e baratas. O grande número de baratas aumentava a população de escorpiões. A aparência repugnante e o mau cheiro do lixo tornavam a permanência na favela desagradável. Os objetos cortantes e perfurantes encontrados no lixo tornavam os becos e as áreas livres perigosas para as crianças brincarem. Devido à presença de grande quantidade de fezes humanas no lixo pela existência de muitas casas sem ligação à rede de esgoto, ele era fonte de doenças diarreicas e verminoses intestinais. Porém, o que mais mobilizava aqueles moradores era a sujeira da favela, que os envergonhava. O lixo espalhado por ruas, becos e áreas vagas era uma mancha que os marcava, reforçando a discriminação pelo restante da sociedade. O lixo e a sujeira eram as marcas difamantes e vergonhosas, que representavam o estigma que carregavam por serem favelados, fazendo com que sentissem uma repulsa pelo lugar onde moravam, o que contribuía para a corrosão de sua autoestima.

Esta dimensão do lixo como vergonha que os manchava não era dita explicitamente, mas ficava muito clara na forma como exacerbavam suas críticas aos vizinhos que descuidavam do lixo (buscando deixar muito nítida sua diferença), frisavam a intensidade de seus cuidados e contavam suas reações diante de terceiros que os identificavam como desmazelados com a limpeza. O lixo era muito mais do que um problema sanitário com implicações materiais para a saúde dos moradores. Era um elemento da realidade local carregado de dimensões simbólicas. Como técnicos, procurávamos conduzir as reuniões discutindo dimensões das implicações materiais dos ratos e do lixo em sua saúde e não percebíamos, de imediato, os aspectos simbólicos que os moradores iam explicitando nas entrelinhas de suas falas. A audição posterior das gravações das reuniões e sua discussão com especialistas é que foram alargando nossa percepção. Os problemas materiais ganham sentido na vida das pessoas a partir de seus sistemas de valores e crenças que ordenam, interpretam e atribuem-lhes prioridades diferenciadas. A descoberta do significado da sujeira espalhada do lixo na favela era, sem dúvida, algo importante para uma intensificação da luta pelo saneamento local.

Impressionou-nos o número de casos de atrito por causa do lixo ou de sua utilização como instrumento de agressão. Uma jovem contou: *“Minha mãe viu a filha de uma dona jogando lixo com papel higiênico na nossa porta. Minhas irmãs quebraram a casa dela toda. Ela até mudou de lá”*. O lixo ajudava a solapar a solidariedade entre os moradores. Ao mesmo tempo, o seu enfrentamento tinha uma dimensão de construção da viabilidade do convívio social. Havia muitos exemplos de resgate da autoestima e do prazer no convívio com os vizinhos através da mobilização contra o lixo. Disse uma mãe:

— *Lá no nosso beco nós controlamos os ratos. A gente se juntou e cimentou o beco. Todo mundo cuida de sua limpeza. Depois desse trabalho, ninguém descuida do lixo. A gente joga tudo numa caçamba que tem numa rua perto. Se alguém está apertado, pede um vizinho para levar o seu lixo.*

Essas mobilizações locais dependiam de iniciativas de grupos de vizinhanças, pois as associações comunitárias não agiam neste sentido. Alguns moradores de uma favela próxima, fora da área de responsabilidade do C. S. Vila Leonina, narraram que a associação comunitária daquela localidade tinha grande penetração entre os moradores, em parte, por ampliar sua atuação para estas dimensões do saneamento.

O lixo ressaltava a interdependência entre os vários moradores. Iniciativas individuais tinham pouca repercussão. Disse uma mãe:

— *Lá onde eu moro, nós desistimos de esquentar a cabeça com o lixo. Tem uma turma que não está nem aí. Se a gente limpa, eles sujaram. Eu desanimei. Eu esforçando ou não, tudo vai continuar na imundície.*

Os diferentes moradores, comerciantes, desempregados, operários, membros das igrejas pentecostais, alcoólicos, bandidos e lideranças comunitárias estavam todos unidos por esse problema comum que os desafiava para além de iniciativas isoladas e individuais, proclamando a necessidade de ações integradas entre as várias famílias, organizações sociais e o Estado.

Iniciamos a discussão de um problema de saúde bastante específico (o combate aos ratos da região) pela necessidade de uma campanha sanitária planejada pelo Distrito Sanitário. À medida que sua abordagem foi sendo conduzida dentro da perspectiva da educação problematizadora inerente à metodologia da Educação Popular e da pesquisa-ação, foi explicitando-se

uma série de novas dimensões, mostrando que aquele problema específico estava profundamente ligado a aspectos muito centrais da vida daquela população. Aspectos que diziam dos preconceitos que sofriam, autoestima, solidariedade, conflitos internos, organização associativa e relação com o Estado. Se, para os técnicos preocupados apenas com a condução da campanha contra os ratos em moldes verticais, o empenho em buscar a explicitação da complexa rede de fatores envolvidos no problema parecia ser uma dispersão e perda de tempo, a discussão assim conduzida ia, no entanto, trazendo informações e entrosamentos importantes para uma ação mais profunda e integrada àquela realidade. Mostrava-se, assim, que a abordagem de problemas técnicos específicos é plenamente compatível com a metodologia da Educação Popular, que busca abordá-los procurando os seus vínculos com aspectos mais gerais da vida social. São justamente estes vínculos que permitem fortalecer e dinamizar a ação educativa a respeito de problemas específicos.

À medida que ia ficando mais clara a correlação da questão dos ratos com aspectos tão centrais da vida daquela população, tornava-se também evidente a superficialidade da proposta de ação educativa dominante entre os especialistas em saúde pública que enfatiza essencialmente a disseminação de informações. Nas atividades educativas do C. S. Vila Leonina, ia ficando tão evidente a superficialidade e inoperância da simples disseminação dos conhecimentos que seus técnicos, antes de iniciado o processo de discussão, consideravam importantes para a população!

A construção coletiva das soluções sanitárias

O problema do lixo interligava os vários moradores, mas também os diferenciava. Apesar de a maioria dos adultos

presentes nas reuniões dos grupos do programa de combate à desnutrição falarem de posicionamentos diante do lixo que denotavam preocupação e mobilização, referiam-se sempre à presença de alguns vizinhos extremamente descuidados que acabavam irradiando sujeira e desânimo na área. Referiam-se a estes vizinhos com mágoa: *“Se uns cuidam de emendar, outros só estão para quebrar”*. As tentativas de diálogo com estes vizinhos, muitas vezes, resultavam em atritos. Assim como vários outros problemas de saúde abordados nas reuniões do programa, a falta de cuidado com o lixo não era generalizada, pelo contrário, parecia ser uma atitude restrita a um número limitado de moradores que, no entanto, repercutia amplamente em toda a favela.

Havia vários moradores que criavam porcos no meio da favela, causando revolta nos vizinhos. A criação de suínos em área urbana é proibida por lei municipal e é passível de intervenção da Vigilância Sanitária. Entretanto, pouquíssimos participantes das reuniões sabiam como acionar a Vigilância Sanitária, o que deixa evidente a distância entre o cotidiano daquela população e os serviços situados na complexa rede administrativa do município.

Diante da informação de que estava sendo programada a colocação de auxiliares sanitários lotados permanentemente no Centro de Saúde, foi delineando-se uma proposta de que estes auxiliares atuassem como intermediários entre os vizinhos incomodados e os moradores espalhadores de lixo. Ao invés de atuarem a partir de uma proposta de saneamento e limpeza generalizada da favela, passariam a agir aliados e subordinados ao movimento dos próprios moradores. Procurariam identificar insatisfações, preocupações, conflitos e iniciativas de grupos de moradores diante da sujeira espalhada por alguns vizinhos, quando colaborariam utilizando seu poder de mobilização e

negociação, de uma forma que os atritos fossem amenizados. Os auxiliares sanitários atuavam aliados à maioria da vizinhança, aliviando o confronto com os moradores descuidados no manejo do lixo. Teriam, assim, seu relacionamento com a população reorientado.

A técnica em zoonoses, no princípio, reagiu dizendo: *“Isto não é função do auxiliar sanitário. Não é assim que está programada a sua atuação”*. Nas reuniões com outros grupos de desnutridos, com a repetição da proposta, ela não mais reagiu.

Se o enfrentamento do problema do lixo dependia da mudança do comportamento de muitas famílias, ficava evidente que exigia também a reorientação e ampliação da presença do Estado na região, principalmente do Serviço de Limpeza Urbana. As peculiaridades daquela região de favelas, com áreas de acesso extremamente difícil, tornavam impossível a simples expansão do sistema de coleta de lixo tradicional. No decorrer das reuniões, foi-se evidenciando uma grande variedade de aspectos que exigiam a organização de um complexo e diferenciado sistema de coleta.

Os caminhões de lixo passavam apenas nas poucas ruas pavimentadas e largas que cortavam a favela. Como Valla (1994) já observara, a coleta do lixo três vezes por semana, considerada suficiente para bairros de classe média, mostrava-se inviável na favela, uma vez que seus moradores não tinham recipientes e espaço onde guardar, com segurança, o lixo acumulado nos intervalos (notadamente no fim de semana, quando o intervalo entre as coletas atingia setenta e duas horas). Os sacos de lixo acumulados na rua acabavam sendo rasgados pelos cachorros, ali criados em grande número. Mesmo nos dias de recolhimento, a irregularidade do horário dos caminhões fazia com que os sacos de lixo ficassem expostos à ação dos cães. Como os mora-

dores de becos próximos também acumulavam o lixo que produziam nessas ruas, os resíduos espalhados pelos cachorros terminavam resultando em conflitos. O controle do número de cachorros de rua, em Belo Horizonte, estava praticamente paralisado, uma vez que na cidade (com seus mais de dois milhões de habitantes) existia apenas uma carrocinha para captura de cães. Era, portanto, fundamental que os caminhões de coleta passassem diariamente e em horário fixo, claramente anunciado.

Algumas caçambas para coleta foram colocadas em alguns pontos da região. Eram trocadas duas vezes por semana, o que resultou num questionamento muito pertinente dos moradores: o lixo, ficando nas caçambas por três ou quatro dias, exposto aos ratos e moscas, acaba contribuindo para a multiplicação dessas pragas. Além disso, o seu pequeno número fazia com que uma grande parte das casas ficasse muito distante dos pontos de coleta, incentivando muitas famílias a continuarem jogando seus detritos nas proximidades de suas moradias. A dificuldade de acesso dos caminhões transportadores das caçambas às muitas áreas mais íngremes e com becos estreitos exigia a implementação de outro tipo de solução para coleta do lixo. O Serviço de Limpeza Urbana vinha acenando, há tempos, para a possibilidade de contratação de moradores locais para recolhimento nos becos por meio de carrinhos de mão, mas nenhuma medida nesse sentido tinha sido implementada. Os participantes das reuniões argumentaram, ainda, que existiam áreas na favela inacessíveis até para carrinhos de mão, mostrando a necessidade de se pensar em soluções diferenciadas para as várias e complexas situações ali encontradas.

A promessa do coordenador do Programa de Controle das Zoonoses de que a campanha de desratização seria acompanhada de uma ação conjunta do Serviço de Limpeza Urbana criou

uma expectativa de que estes aspectos levantados nas reuniões pudessem ser discutidos, resultando em uma reorientação de sua atuação local. As auxiliares sanitárias prometidas para o Centro de Saúde poderiam passar a atuar como mediadoras entre os moradores e o Serviço de Limpeza Urbana.

Havia uma participação muito ativa dos profissionais de saúde presentes na elaboração das várias propostas para o enfrentamento do problema do lixo e dos ratos que iam sendo definidas nas reuniões que se seguiam (para cada semana, estavam marcadas reuniões com dois dos sete grupos). A valorização da ausculta das explicações, interesses e propostas da população não significa necessariamente um tolhimento da capacidade dos técnicos proporem soluções. Pelo contrário, notávamos que as reuniões ampliavam a criatividade profissional. À medida que se conseguia um clima de troca espontânea e afetiva de opiniões, ideias começavam a surgir e iam sendo lapidadas rapidamente por contra-argumentações e expressões faciais de aceitação ou desaprovação. Porém, a maioria dos profissionais presentes, participando sem uma perspectiva assumida de pesquisa de novos caminhos para o enfrentamento dos problemas locais de saúde, não dava conta do caráter inovador de muitas propostas que surgiam ao longo do debate. Quando se participa de uma atividade educativa sabendo que ela tem uma dimensão de pesquisa, preocupa-se mais em perceber e ressaltar os dados emergentes.

Meu empenho em imprimir às reuniões a perspectiva da educação problematizadora e a utilização do vídeo, com o qual apenas eu tinha alguma familiaridade, terminaram por diminuir o envolvimento dos outros profissionais nas discussões. Eu assumia o papel de condução dos debates e os outros membros da equipe do programa de combate à desnutrição colaboravam. Isso me incomodava pois temia estar contribuindo para a dimi-

nuição de suas responsabilidades e envolvimento com o processo educativo. Para amenizar, procurava não estar presente em todas as reuniões para que pudessem assumir também a sua condução. Sentia, ali, os problemas da relação entre os especialistas em educação em saúde com o restante dos profissionais dos serviços de saúde. Como já foi percebido em muitos outros serviços de saúde, a presença de um especialista pode afastar os outros técnicos das ações educativas. Este movimento no C. S. Vila Leonina ainda não era nítido, pois a dinamização das reuniões, por outro lado, também as tornou mais atrativas aos profissionais. A solução não estava em me tornar menos ativo nas reuniões, uma vez que isto diminuiria o processo de aprofundamento dos debates educativos. Havia uma série de atividades prévias às reuniões que normalmente eram desconsideradas pela maioria dos membros da equipe. O conjunto vídeo-televisão, não sendo montado antes, causava significativo atraso das reuniões. Era preciso insistir para que funcionários do Distrito Sanitário não se esquecessem de trazer a outra televisão e vídeo para entreter as crianças enquanto as mães discutiam. Os encaminhamentos da reunião de cada grupo precisavam ser lembrados e sistematizados para que houvesse continuidade da discussão. O material e a dinâmica educativa precisavam ser preparados e aperfeiçoados. Assim, a dinamização da participação dos vários profissionais de saúde nas práticas educativas depende de uma ação intensiva de um profissional com maior experiência em educação que assuma o preparo destas condições prévias necessárias. O trabalho sistemático de apoio de um educador possibilita aos diversos técnicos com menor experiência educativa participarem das reuniões e discussões desenvolvidas no serviço, multiplicando-as e trazendo suas contribuições específicas, sem superficializá-las. Percebia que minha ação precisava ser cada

vez mais dirigida aos próprios profissionais para que as atividades educativas do serviço junto à população se expandissem de forma consistente, mas essa pesquisa-ação já se aproximava de seu fim. Ia, no entanto, ficando evidente que o papel do educador popular em um serviço de saúde passa essencialmente por sua atuação integrada ao restante dos profissionais.

Garantido o eixo metodológico da ação educativa nas reuniões, outros profissionais iam participando, às vezes irregularmente, trazendo contribuições específicas segundo suas habilidades pessoais. Em certa reunião, duas mães contaram a situação de uma vizinha que, vivendo uma crise familiar, estava acumulando lixo, a ponto de criar atritos com os moradores próximos. Os profissionais de nível superior que conduziam o debate, influenciados pelos temas anteriores, encaminharam a discussão para a forma de relacionamento entre vizinhos diante de problemas semelhantes, mas estavam ainda presentes na sala duas auxiliares de enfermagem que, sentadas fora do círculo de participantes, pareciam estar distantes do debate. Enquanto a discussão já ia encaminhando-se para outros rumos, elas se aproximaram das mães que contaram o caso e anotaram o nome e endereço da vizinha em crise. Na ida seguinte da equipe à favela, esta senhora foi visitada. Enquanto os profissionais de nível superior, sobretudo os homens, tendiam a ficar presos às questões teóricas e gerais do debate, as auxiliares de enfermagem valorizavam encaminhamentos práticos importantes que seriam desprezados se elas não estivessem presentes. A diversidade de habilidades, saberes e formas de compreensão e de expressão dos vários profissionais não era obstáculo à implementação de uma educação problematizadora criativa, mas, antes, sua riqueza (Nogueira, 1996).

Ocupa lugar central na tradição metodológica da Educação Popular a ênfase no diálogo com as classes populares que

parte da percepção da insuficiência dos diversos saberes constituídos e do reconhecimento da capacidade de conhecer e buscar soluções existente em todas as pessoas, até mesmo as mais oprimidas. Todavia, essa ênfase no diálogo não tem feito parte da tradição de relacionamento dos educadores populares com os profissionais de saúde em geral que, muitas vezes, vistos como opressores por sua melhor situação econômica e maior prestígio social, têm seus discursos e iniciativas desconsiderados. A fé nos homens (no seu poder de fazer e refazer e na sua vocação de ser mais) a que se refere Paulo Freire não se aplica apenas aos membros das classes populares. Sem esta fé nas pessoas-profissionais de saúde, as práticas de Educação Popular em Saúde tendem a ser iniciativas isoladas de militantes inseridos provisoriamente (pois logo são excluídos) nos serviços de saúde. A convivência com os profissionais do C. S. Vila Leonina, possibilitando conhecer suas indignações diante da miséria, seus dramas, limitações e suas vontades (muitas vezes confusas) de intervir, fortaleceu em mim esta fé em todos os seres humanos que Paulo Freire considera um dos pilares do método da educação popular.

Mas fé nos profissionais de saúde não significa ingenuidade:

O homem dialógico tem fé nos homens antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma ingênua fé. O homem dialógico, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos homens, sabe também que podem eles, em situação concreta, alienados, ter este poder prejudicado. Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no homem dialógico a sua fé nos homens, aparece a ele, pelo contrário, como um desafio ao qual tem de responder. Está convencido de que

este poder de fazer e transformar, mesmo que negado em situações concretas, tende a renascer. Pode constituir-se. Não gratuitamente, mas na e pela luta por sua libertação. [. . .] Se a fé nos homens é um dado *a priori* do diálogo, a confiança se instaura com ele (Freire, 1979, p. 96).

Fé nos profissionais de saúde não significa a perda de criticidade para perceber e enfrentar as contradições, às vezes sutis, de suas práticas, como a da técnica do Programa de Controle das Zoonoses que, nas primeiras reuniões, procurou omitir o fato de estar a campanha de desratização voltada apenas para o controle das ratazanas. Para combater os camundongos seria necessário colocar as iscas com veneno em locais de acesso das crianças e animais domésticos, o que seria arriscado em uma campanha de massa. A omissão tinha como sentido não esvaziar mais uma dimensão positiva da campanha capaz de mobilizar ainda mais a população, mas nesse aspecto não permitia esclarecer que, após a campanha, famílias que tivessem condições de controlar o acesso de crianças e animais domésticos dentro de casa poderiam convocar o serviço para o combate dos camundongos. Não permitia, ainda, o aprofundamento do debate sobre as dificuldades específicas do controle desses roedores. A partir da reunião em que o debate levou a técnica a reconhecer este limite da campanha e a discussão que se seguiu mostrou ser rica, ela não mais evitou o tema. Seu comportamento era reflexo de a tradição dos trabalhadores em campanhas sanitárias orientarem suas condutas educativas essencialmente para a mobilização e adesão da população às atividades programadas, mas o processo educativo em curso ia superando essa contradição, mostrando como a Educação Popular em Saúde desencadeia mudanças na consciência e nas atitudes tanto dos profissionais como da população.

Como também aconteceu com os outros temas debatidos através do vídeo, uma fita com depoimentos colhidos na comunidade e durante as reuniões foi entregue a especialistas em temas tocados nos debates.

O primeiro especialista, o sociólogo Renê Mendes Vilela,² que vinha desenvolvendo uma pesquisa antropológica sobre as percepções de engenheiros sanitários sobre o lixo, chamou atenção para o fato de todo o processo de discussão ter sido conduzido enfatizando muito as implicações negativas do lixo, o que com certeza teria inibido a explicitação pelos moradores de outras dimensões do seu pensar sobre o tema.

A percepção do lixo como um problema que deve ser enfrentado com afinco, apesar de parecer óbvia para os técnicos, não é universal. Na cultura de muitos grupos sociais, o lixo não é um assunto que preocupa e o comportamento a seu respeito provém da tradição e se orienta por significados a ele atribuídos fora do domínio da consciência. No contexto rural, de onde provém grande parte dos moradores das periferias urbanas, a dispersão das moradias minimiza enormemente as consequências do hábito de jogar o lixo nas redondezas. A intensa aglomeração das favelas transformou radicalmente essas condições, mas as mudanças culturais não são automáticas e passam por caminhos imprevistos pela lógica dos profissionais de saúde. Se o serviço de saúde deseja contribuir para a reconstrução dos símbolos, pensamentos e comportamentos diante do lixo, ele precisa antes buscar entender em que se fundamentam as diferentes atitudes a seu respeito. Para isso é fundamental um trabalho de escuta e pesquisa menos preocupado em convencer e mobilizar imediatamente para o controle do lixo.

² Aluno do Curso de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Para o antropólogo Pierre Sanchis,³ o segundo especialista entrevistado, por trás de comportamentos aparentemente estranhos, que se repetem em muitos membros de um grupo social, há sempre uma motivação profunda. Uma possível explicação genérica para o persistente descuido de vários moradores com o lixo seria a associação do empenho disciplinado para a higiene e a limpeza sanitária com a regulação coercitiva da espontaneidade natural do homem. O ser humano viveria atraído por dois polos existenciais: de um lado, ele se sente atraído por deixar sua vida ser levada e fortalecer-se nas fontes das energias naturais; de outro, ele se motiva pela convicção de que é o disciplinamento e controle dessas fontes espontâneas e impetuosas da natureza, presentes em si e nos outros, que levam ao progresso, à civilização e à felicidade. Dependendo da experiência pessoal e social de cada indivíduo, ele tenderia a valorizar mais um desses polos. Uma vez que as classes populares tendem a sofrer com maior intensidade as dimensões perversas do sistema regulador que organiza a vida econômica e social, seus membros são mais incentivados a perceber o progresso urbano moderno e suas exigências disciplinares como algo repelente e como fuga da espontaneidade e do que é verdadeiramente humano. Na sociedade urbana complexa e, mais ainda, na favela, onde a natureza original já não existe, o refúgio e a busca do natural pode levar a uma atração por uma “natureza infranatural”, ou seja, um fascínio pelo grotesco (o sujo, o lixo, os ratos. . .) e uma rejeição a qualquer ação disciplinadora. Nessa perspectiva, o desleixo com o lixo assumiria um significado de contraposição à ordem e à disciplina que a sociedade urbana moderna quer impor aos vários indivíduos.

³ Professor do Departamento de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

A ação educativa não pressupõe necessariamente o conhecimento anterior dos significados conscientes e inconscientes dos problemas colocados em discussão pelos responsáveis por sua condução. Uma exigência deste nível inviabilizaria qualquer iniciativa. Fala-se de educação problematizadora justamente pelo reconhecimento da insuficiência dos conhecimentos dos diversos atores envolvidos no processo. Por muitas vezes se percebeu que os participantes das reuniões tinham aprendizados que os técnicos que as conduziam não compreendiam. O ato pedagógico tem repercussões que extrapolam a vontade e o domínio do educador, mas a ampliação da capacidade de compreensão dos múltiplos significados dos problemas discutidos possibilita uma condução pedagógica mais flexível e, portanto, mais capaz de permitir o entendimento coletivo dos entraves e possibilidades da busca de melhores condições de saúde. Este é o sentido do diálogo dos profissionais de saúde com a psicanálise, a antropologia e a sociologia.

O último especialista entrevistado, o biólogo Jaime da Costa Silva⁴ chamou a atenção para o fato de a superação da tradição vertical das campanhas sanitárias, que atuam sem envolvimento da população e das instituições locais e, portanto, desencadeando mudanças apenas provisórias nos problemas de saúde enfrentados, só pode ser obtida se, além de novas intenções e projetos de mudança, forem criadas condições institucionais para maior integração dos serviços de saúde com a população. Os atuais serviços básicos de saúde estão muito distantes do cotidiano da população para conseguirem atuar de forma continuada no controle ambiental das doenças endêmicas. A experiência institucional no Brasil que mais conseguiu aproximar-se do

4 Coordenador do Programa de Controle de Zoonoses da Fundação Nacional de Saúde, Regional Minas Gerais.

cotidiano da população vem acontecendo principalmente com a incorporação das agentes comunitárias de saúde nos serviços de saúde locais. Elas têm significado a criação de um elo entre os centros e postos de saúde e as famílias, mas essa inovação tem acontecido de forma restrita, solidificando-se apenas na Região Nordeste, por encontrar muitas resistências entre os sanitaristas das regiões mais desenvolvidas do país.

Nesse sentido, a proposta de colocação, de forma permanente, de agentes sanitários nos centros de saúde de Belo Horizonte é um avanço. Contudo, uma vez que se pretende que estes agentes sanitários atuem preferencialmente voltados para o controle das zoonoses, corre-se o risco de que eles não se integrem à totalidade do serviço, como buscam fazer os agentes comunitários de saúde, criando-se assim mais um programa específico. As zoonoses, como qualquer outro problema de saúde, não se apresentam nos serviços de forma isolada dos outros problemas. O avanço trazido pelas agentes comunitárias de saúde foi justamente por possibilitarem uma integração entre as várias atividades desenvolvidas nos serviços de saúde no momento de fortalecimento dos vínculos com a população. Além disso, são a aproximação e a legitimidade adquiridas no acompanhamento das famílias com problemas clínicos corriqueiros que permitem maior efetividade na ação contra as zoonoses.

Apesar das novas propostas, a máquina campanhista não consegue parar

Omês de discussões sobre os ratos e o lixo no Aglomerado Morro das Pedras terminou e a mobilização para a desratização e limpeza da região se esvaziou. A equipe do Distrito Sanitário Oeste responsável pelas zoonoses na verdade estava

muito mais preocupada com dois outros problemas: o aumento do número de casos de leishmaniose tegumentar e o aparecimento da epidemia de dengue em Belo Horizonte. A grande prioridade, naquele momento, era o levantamento quantitativo da presença do mosquito *Aedes aegypti* na região. Ao mesmo tempo, a equipe do programa de combate à desnutrição do C. S. Vila Leonina começava a viver um momento de crise com os atritos e insatisfações de vários membros com a Secretaria Municipal de Saúde. Não foi possível nem mesmo reunir a equipe do Centro de Saúde para discutir os depoimentos dos especialistas gravados em vídeo. O tema do lixo e dos ratos foi sendo esquecido. Um mês depois, a fase de coleta intensiva de dados desta pesquisa se encerrou.

Passados sete meses, quando o verão já se aproximava trazendo as chuvas e com isso a inviabilização da campanha naquele ano (a chuva estraga as iscas com raticida), resolveu-se dar início à campanha. Não havia mais tempo para retomar os contatos estabelecidos no mês de discussões, pois a programação era “varrer” em três semanas todo o conjunto de favelas onde a Vila Leonina estava inserida, desratizando e limpando o lixo. Sem envolver a equipe do C. S. Vila Leonina, os profissionais do Programa de Controle das Zoonoses do Distrito Sanitário Oeste passaram a mobilizar a população para a campanha, utilizando carros de som e visitando as lideranças das associações de moradores locais. A proposta de transformar aquela campanha em uma ação permanente e participativa foi deixada de lado, pois não havia mais tempo. Adiar a desratização seria descumprir as metas estipuladas para aquele ano e o combate à dengue, que ainda não terminara, exigia pressa. Era a ditadura da urgência tão presente nos serviços de saúde: a gravidade dos problemas de saúde justificando e apoiando a gestão autoritária.

A pressa da campanha, contudo, precisou ser moderada, pois a população passou a não colaborar e até mesmo a resistir. Na Vila Antenas, quando o carro do Programa chegou, e os guardas sanitários uniformizados desceram, foram logo cercados por homens que ameaçaram: “Vocês têm três minutos para saírem daqui, senão vão levar bala”. Numa região da Vila Leonina, a equipe foi também cercada e ameaçada. Uma profissional que compunha o grupo passou a ser molestada com beliscões e esfregões. A entrada intempestiva dos profissionais da campanha na favela provocou a manifestação da organização criminal, possivelmente ligada ao tráfico de drogas, existente naquelas regiões, antes tão visitadas pelos profissionais do programa de combate à desnutrição. Isso mostra que o acesso aparentemente tranquilo que tivéramos tinha sido uma conquista devido à forma gradativa que ocorrera e pela participação de profissionais bem conhecidos na região. O motorista do carro da Secretaria de Saúde ficou apavorado e prometeu: “Nunca mais volto lá”. Essas histórias repercutiram amplamente entre os profissionais dos serviços de saúde da região, ajudando a ampliar e solidificar preconceitos e desconfianças contra os moradores.

Em outras regiões da favela, a equipe da campanha de des-ratização não foi ameaçada, mas não conseguia adesão dos moradores para acompanhá-la pelos becos. Muitos profissionais ficaram revoltados: “Estamos aqui para ajudá-los e eles são incapazes de nos acompanhar”. Acreditando intensamente na nobreza e importância central de seu trabalho, julgavam ser merecedores de uma adesão automática e imediata dos moradores aos seus projetos, desconsiderando a falta de atenção da Secretaria Municipal de Saúde ao trabalho anterior de aproximação e discussão.

Diante das resistências, a campanha foi suspensa, e marcou-se uma reunião com profissionais do Centro de Saúde e lideranças comunitárias para pensar novas estratégias. Procurei discutir a importância de buscar transformar aquela ação campañista numa ação gradativa em longo prazo, como tinha sido inicialmente proposto pela própria coordenação do Programa de Controle das Zoonoses. Apesar de ouvirem com interesse e respeito minha argumentação, continuaram discutindo apressadamente os detalhes para a retomada da campanha. A máquina campañista não podia parar. Outras regiões aguardavam também a campanha de desratização e as chuvas já estavam se iniciando. A tradição campañista estava firmemente cristalizada na estrutura institucional de enfrentamento das endemias e zoonoses. A sua reorientação exigia uma pausa que era logo atropelada pelas urgências dos surtos epidêmicos e das exigências de produtividade imediata da burocracia do setor saúde.

Profissionais mais antigos no serviço e lideranças comunitárias visitaram as regiões que tinham apresentado maiores resistências à campanha, desfazendo-as. A “varredura” desratizadora do Aglomerado Morro das Pedras pôde então ser completada sem outras agressões e ameaças. Mais uma intervenção sanitária vertical e passageira aconteceu naquele conjunto de favelas.

Passados dezoito meses das reuniões sobre o lixo e os ratos, a coordenação do Programa de Controle de Zoonoses continuava, no entanto, programando para futuro próximo a lotação definitiva dos auxiliares sanitários nos diversos centros de saúde da região para uma ação mais duradoura.

Referências

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 6.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

- FREIRE, P. Prefácio. In: POSTER, C. & ZIMMER, J. *Educação comunitária no Terceiro Mundo*. Campinas: Papyrus, pp. 11-3, 1995.
- NOGUEIRA, A. Pensamento de Paulo Freire; uma inspiração para o trabalho pedagógico. In: GADOTTI, M. (org.). *Paulo Freire: uma biobibliografia*. São Paulo: Cortez, pp. 651-4, 1996.
- VALLA, V. V. Participação popular e informação numa conjuntura da nova ordem mundial. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, vol. 19, n.º 2, pp. 19-34, 1994.

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos*

CHEGAR E PARTIR

*E assim chegar e partir
São só dois lados da mesma viagem
O trem que chega
É o mesmo trem da partida
A hora do encontro é também despedida [. . .].*
— Milton Nascimento & Fernando
Brant, 1986.

Esse trecho da música “Encontros e despedidas”, de Milton Nascimento e Fernando Brant, simboliza bem esta viagem-experiência que narro e reflito nestas linhas.

Chegada: Cascavel, cidade com mais de trezentos mil habitantes, localizada no oeste do estado do Paraná, onde participei do III Simpósio da Atenção Domiciliar e Estratégia Saúde da Família. Aproveitei uma tarde livre, após o simpósio, para conhecer o Programa de Atenção e Internação Domiciliar (Paid) que faz parte da rede do Sistema Único de Saúde do município. O Paid existe desde 2005 e é um dos serviços de atenção domiciliar referência no Brasil. Possui três Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (Emad), cada uma composta por um

* Professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); doutorando em Educação pela UFPB; mestre em Saúde da Família pela UFRN; médico de Família e Comunidade.

médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e três técnicos de enfermagem, que ficam responsáveis pelo acompanhamento regular de pacientes, que necessitam de cuidado domiciliar, de uma determinada região da cidade.

Ao chegar à sede do Paid, conheci a coordenadora do serviço, que me apresentou a estrutura da sede. O ambiente continha salas de reuniões para as equipes, farmácia, almoxarifado e carros para deslocamento dos profissionais até os domicílios dos pacientes. Ela também me encaminhou ao médico Eduardo¹ e à técnica de enfermagem Hosana, com os quais eu passaria toda a tarde acompanhando visitas e atendimentos. Eles fazem parte de uma das equipes do Paid. Eduardo está no serviço desde 2006; Hosana, desde 2010. Logo após Eduardo pegar os prontuários e Hosana, os materiais para a visita, saímos ao encontro do primeiro paciente daquela tarde.

Eu não sabia quais pacientes visitaríamos. Não me preocupei (o que normalmente ocorre quando estou no papel de médico/cuidador) em saber, com antecedência, os casos das pessoas que seriam atendidas. Como eu era um observador/convidado, fiquei mais livre, durante o percurso, para conversar com o médico e a técnica sobre seus trabalhos e as motivações pessoais de cada um.

Fui surpreendido já na visita à primeira paciente. Foi o encontro mais marcante e emocionante daquela tarde. . . paramos em frente ao hospital de câncer da cidade, que é referência para vários municípios vizinhos. Perguntei à técnica se o hospital atendia também crianças. Ela disse que existia um setor pediátrico no hospital, mas que ela nunca havia acompanhado uma criança com câncer no Paid. Ao ingressarmos no hospital, o Dr. Eduardo comentou que a paciente que visitaríamos seria

1 Por questões éticas, os nomes usados nesta narrativa são fictícios.

justamente uma criança: uma menina de onze anos para a qual a equipe do hospital havia solicitado avaliação da possibilidade de acompanhamento do Paid no domicílio da criança. Hosana, então, comentou que, provavelmente, essa poderia ser a primeira criança com câncer que ela acompanharia no Paid.

Ao chegar à enfermaria, onde a criança estava internada, procuramos no quadro de leitos seu nome: Evelin. Identificamos que era o último leito de um quarto com quatro camas. Entre o leito de Evelin e os outros três primeiros (ocupados com crianças brancas e todas carequinhas, provavelmente devido ao tratamento quimioterápico), havia um toldo que os separavam. Após cruzarmos essa divisória, deparamo-nos com uma criança negra, de cabelos crespos, volumosos e arrepiados, e com olhos grandes, muito expressivos. Seu corpo, pequeno e frágil, deitado na cama, contrastava com uma grande tumoração em seu ombro direito, coberto com um curativo. Ao lado da cama, estava seu pai, com um olhar cansado e uma Bíblia aberta.

— Oi, Evelin — cumprimentou o médico Eduardo.

— Oi — escutamos sua fina voz, após pequena pausa.

— Estamos aqui para avaliar se podemos, nos próximos dias, levá-la para casa, onde iremos acompanhá-la diariamente, junto de sua família. Você quer voltar para casa, Evelin? Está com saudade de lá?

— Sim — respondeu prontamente a criança, de forma monossilábica.

— Você tem outros irmãos? — perguntou a técnica Hosana.

— Tem dois piás¹. . . E minha mãe está esperando um bebê. . .

² Gíria comumente usada no sul do Brasil que significa criança ou adolescente do sexo masculino.

— Que bom! Então, você vai ganhar um novo irmãozinho. . .

— Sim. É uma menina!

Agora, fomos nós que fizemos uma pausa, tentando segurar as lágrimas. . . impossível não se emocionar com a fragilidade física e a força das palavras daquela garotinha.

A técnica pediu autorização à criança e ao seu pai para descobrir o curativo de seu ombro. Observamos que abaixo do curativo havia uma grande massa expansiva com uma ulceração no centro. O médico do Paid e eu, tentando não demonstrar o espanto que tivemos ao observar a lesão, afastamo-nos do leito, em busca de maiores informações clínicas no prontuário de Evelin. O sombrio prognóstico ficou claro a partir do diagnóstico: osteossarcoma (um tumor maligno de osso) já com metástases nos pulmões.

Enquanto Hosana puxava conversa com Evelin, já avaliando se ela sentia dores ou falta de ar, Dr. Eduardo chamou o pai, em particular, para perguntar se ele já sabia do diagnóstico da filha. Ele disse que estava ciente do problema e que, há dois anos, haviam descoberto o comprometimento também dos pulmões. Mesmo assim, ainda acreditava que Deus iria curar sua filha. Dr. Eduardo, sem querer questionar a fé do pai, falou para ele da gravidade do caso e que a ida para casa não era porque o tratamento no hospital tinha tido sucesso contra a doença. A alta era para dar a Evelin a oportunidade de, no final da vida, conviver mais de perto com sua família.

Dr. Eduardo comunicou ao pai que tentaria providenciar, na secretaria de saúde, a instalação de um cilindro de oxigênio na residência da família para garantir que Evelin pudesse ter um suporte respiratório no domicílio. Retornamos todos ao leito dela para nos despedir, com a notícia de que, provavelmente,

ela receberia alta do hospital, já no dia seguinte, que seria sábado, e retornaria para casa, junto de seus pais e irmãos.

— Obrigada! — respondeu a criança, com um brilho nos olhos e um sorriso abençoado.

Eu não imaginava que o complexo cuidado de doenças tão graves, como a de Evelin, pudesse ser manejado, de forma tão ágil e competente, por uma equipe de assistência domiciliar, ainda mais com articulação e transferências de pacientes do hospital para as residências num final de semana. Isso foi possível graças a uma das inovações da Atenção Domiciliar no município: plantões diurnos, nos sábados e domingos, de alguns dos profissionais do Paid para administrar medicações nos pacientes acompanhados e para dar suporte a alguma intercorrência que acontecesse nos finais de semana.

De volta ao carro do Paid, durante os mais de quinze minutos para chegar à casa do segundo paciente, conversamos sobre como a história de Evelin nos havia emocionado. Como o convívio com doenças e o encontro com a morte (condições que geralmente estão relacionadas com muitos dramas, conflitos e desestabilizações do doente e de seus familiares) afetam profundamente a subjetividade dos profissionais de saúde.

Comentei como esse cuidado e o envolvimento com a Evelin e sua família que a equipe do Paid iniciava, de forma tão sensível e dinâmica, poderia ter um significado singular para os últimos dias de vida da criança junto de sua família. Refletimos como o convívio com essas crises provocadas pelas doenças e pela proximidade da morte podem também potencializar uma relação profunda de cuidado, que ressignifica o viver para quem é cuidado e também para quem cuida, trazendo grande repercussão em suas vidas pessoais e profissionais. Como nos aponta Eymard Vasconcelos (2013, p. 392),

Acompanhar a força surpreendente com que a vida se manifesta em situações de crise, cuja marca maior é a precariedade, é extremamente gratificante para o profissional, sobretudo quando se percebe que a sua própria atuação foi significativa no processo. Assemelha-se à posição do artista, que vê sua obra se constituir por uma ação que tem dimensões intencionais e outras provenientes da intuição e de intercorrências externas, totalmente fora do controle da vontade. O artista se surpreende com sua obra. Talvez, o maior aprendizado [. . .] quando se envolve intensamente com famílias em situação de crise seja o despertar para a possibilidade de seu trabalho passar a ser um local de densa criação artística e amorosa. É um aprendizado que rompe com o modelo dominante de atuação das profissões de saúde, a que a filosofia da ciência vem chamando de superação do paradigma da modernidade na ciência.

É preciso desconstruir o tabu do tema da morte em nossa sociedade. Pensar sobre a morte é refletir sobre a vida. Cuidar das pessoas que estão passando por essa etapa é levar em consideração seus projetos de vida e de felicidade. Estar junto das pessoas enfermas e em sofrimento, abrindo-se para o desconhecido do final da vida e para os mistérios e medos humanos, inaugura uma abordagem terapêutica mais integral (Marcos Vasconcelos, 2014).

O cuidado em saúde permite “dar vida” mesmo ao “lidar com a morte”, um aprendizado que tive nessa viagem-experiência. Um (de)formar-se no caminhar pedagógico-profissional. Um convite a se transformar, como uma lagarta que precisa entrar no casulo para virar borboleta. Tornar-se um “curador ferido”, que, ao se questionar e rever-se no casulo de suas próprias som-

bras e experiências de perdas, transforma-se em um profissional muito mais potente, por não negar a força que o envolvimento pessoal e subjetivo com seus pacientes traz para o cuidado em saúde (Marcos Vasconcelos, 2006).

Após um mês dessa experiência, fiquei sabendo, por um contato por *e-mail* com a técnica de enfermagem, que a Evelin havia falecido em sua casa, junto de sua família, apoiada pelo acompanhamento atencioso dos profissionais do Paid. O “trem da partida” deixa-nos ressoar o verso: “A hora do encontro é também despedida” (Nascimento & Brant, 1986).

Referências

- NASCIMENTO, Milton & BRANT, Fernando. *Encontros e despedidas*. Polydor international, 1986.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Podemos ser curadores, mas sempre também feridos! Dor, envelhecimento e morte e suas implicações pessoais, políticas e sociais. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, pp. 268-309, 2006.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão & CRUZ, P.J. S. C. (orgs.). *Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência*. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, pp. 362-97, 2013.
- VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias. *O ensino do lidar com a morte no contexto da atenção primária à saúde no curso de graduação em medicina*. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

Danilo Borges Paulino*
Elisa Toffoli Rodrigues†
Natália Madureira Ferreira‡
Gustavo A. Raimondi#

DANÇA CIRCULAR
E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:
CONSTRUINDO COM AS PESSOAS
NOVAS ESTRATÉGIAS
NO CUIDADO EM SAÚDE NO SUS

**Contextualizando a experiência:
a formação médica encontra
na educação popular em saúde a sua essência**

No curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, até a implementação do novo Projeto Pedagógico do Curso no segundo semestre letivo de 2013, os(as) estudantes têm contato com a Estratégia Saúde da Família apenas no décimo segundo (e último) período do curso. Com isso, perce-

* Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (<dbpaulino@ufu.br>).

† Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (<elisa_toffoli@yahoo.com.br>).

‡ Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (<nataliamadureira@ufu.br>).

Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (<gustavo_raimondi@ufu.br>).

be-se que a (re)construção de uma formação médica integral, centrada na pessoa e valorizando a equidade, integralidade e universalidade do cuidado no SUS, é um desafio que tenta ser superado pela equipe de docentes e preceptores(as) nesse período, onde diversas ferramentas da Medicina de Família e Comunidade são utilizadas para ampliar os olhares dos(as) estudantes no cuidado em saúde das pessoas, a partir da perspectiva da determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado.

Nesse sentido, durante o estágio supervisionado em regime de Internato de Saúde Coletiva (que ocorre no décimo segundo período do curso), os(as) estudantes passam a integrar uma equipe de Saúde da Família no município de Uberlândia e com ela permanecem desenvolvendo atividades durante um semestre. Uma das ferramentas da Medicina de Família e Comunidade utilizadas nesse estágio é o Projeto Saúde no Território (PST), no qual, a partir do diagnóstico compartilhado de saúde feito no território junto da equipe de saúde e da população, os(as) estudantes devem propor um projeto de intervenção, contextualizado com o território e equipamentos sociais, bem como com a realidade da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e com os recursos e tecnologias ali disponíveis para executá-lo.

O Projeto Saúde no Território está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2014), que em seu artigo 15 destaca:

Art. 15. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva comporta os seguintes descritores de seu desempenho único: I — participação na discussão e construção de projetos de intervenção em

grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais; II — estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; III — estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde; IV — promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados; V — participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e VI — participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva (Brasil, 2014, p. 4).

Propõe-se que esta atividade não seja desenvolvida unicamente pelos(as) estudantes, mas que a equipe e a população sejam sensibilizadas a participar desde a construção do projeto, para que o produto final pertença àquelas pessoas e faça sentido para elas, resultando, assim, em efeitos significativos no cuidado em saúde das pessoas daquela comunidade, estimulando que os(as) estudantes desenvolvam recursos terapêuticos e de cuidado que sejam necessários à equipe e à população do território adscrito, inovando e introduzindo novas ferramentas no cuidado em saúde até então desconhecidas pelos(as) futuros(as) médicos(as) por uma formação ainda médico-centrada e hospitalocêntrica.

**A música da vida dá o tom da dança:
a melodia da educação popular em saúde encanta
população, estudantes e equipe de saúde**

Uma das experiências exitosas e de inovação que observamos na execução do Projeto Saúde do Território ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Uberlândia-MG que tem 3.710 pessoas cadastradas em sua área de abrangência e, dessas, 22% relatam ter algum transtorno mental, 12% referem usar de substância lícita ou ilícita, 6% informam uso prejudicial ou abusivo dessas substâncias e 3% relatam ser portadores(as) de doenças mentais graves. A partir da observação desses dados e de sua interface com as vivências do cotidiano da equipe de saúde — entre atendimentos, visitas domiciliares, territorialização, grupos com a população, entre outras atividades —, os(as) estudantes identificaram como um problema relevante do território o cuidado dos(as) usuários(as) com sofrimento mental. O desejo desses(as) estudantes era oferecer uma alternativa de cuidado ao(à) paciente em sofrimento mental leve que não se encaixava no perfil de tratamento oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e que estivesse disposto(a) a tentar o uso de recursos terapêuticos não medicamentosos.

O cuidado dos(as) pacientes com saúde mental em nossa cidade é realizado pela equipe de referência (médico(a) generalista ou médico(a) de família e comunidade, enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários(as) de saúde), com apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para os casos mais graves ou mais complexos. A principal estratégia utilizada pela equipe para acompanhamento dos(as) pacientes com transtornos mentais é a consulta individual ou

compartilhada (principalmente com participação dos/as médicos/as e psiquiatra, enfermeiro/a e psicólogo/a).

O desenho para a elaboração do PST considerou que a população idosa, devido às características peculiares a este ciclo de vida, e à sua vulnerabilidade ao sofrimento mental, seria o público-alvo. Isso porque a maioria das doenças que acometem os(as) idosos(as) são de origem psicológica, especialmente transtornos de humor, entre eles a depressão (Leite et al., 2006). As características culturais relacionadas ao envelhecimento, que têm perspectiva de redução da utilidade social e de diminuição do vigor físico e das interações sociais, impactando na autonomia individual, leva muitos(as) idosos(as) ao isolamento e desenvolvimento do humor deprimido.

Diante desse desafio, e motivados(as) pelas discussões teórico-práticas acerca da Educação Popular em Saúde, os(as) estudantes viram nesse caminho uma estratégia eficaz para a concretização efetiva do PST. Assim, optaram por realizar ações que concretizassem o que propõe a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (Pneps-SUS) (Brasil, 2013), pois compreenderam que ela não apenas vem ao encontro do que as DCN determinam para a graduação em medicina no país atualmente, mas também que se articula integralmente às estratégias de intervenção e cuidado em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família no SUS, efetivando a responsabilidade social da escola médica de Uberlândia-MG, já que a Pneps-SUS, dentre outras questões relevantes, propõe em seu artigo 2.º que

A Pneps-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Brasil, 2013, p. 1).

Dessa forma, os(as) estudantes do décimo segundo período ousaram e inovaram, e elaboraram um projeto que associa a Educação Popular em Saúde à Dança Circular no cuidado em saúde.

A dança é um recurso terapêutico importante, principalmente entre a população idosa, uma vez que tem impactos físicos, mas também psicológicos e sociais. Ela ajuda no desenvolvimento muscular de membros superiores e inferiores, contribui no desenvolvimento da agilidade, aprimora o esquema corporal e a coordenação motora. Além disso, tem contribuição importante na autoimagem, e na melhoria da autoestima, e auxilia na interação psicoafetiva e no relacionamento social. Um fator interessante associado ao uso da dança como recurso terapêutico nesta faixa etária está na vivência da sexualidade através da expressão corporal: nos olhares, flertes, gestos, sons e toque (Silva et al., 2016).

Figura 1. Educação Popular em Saúde e Dança Circular em melhoria do cuidado em saúde das pessoas



Fonte: do próprio autor.

Figura 2. Equipe de Saúde, estudantes e população encontrando-se na livre expressão de seus corpos



Fonte: do próprio autor.

A Dança Circular resgata as raízes e tradições de diferentes populações. Com o grupo disposto em roda, com as pessoas voltadas para o centro e de mãos dadas, realizam-se gestos e movimentos diversos. Para participar da roda é necessário apenas a vontade, já que o enfoque não é a técnica em si. O importante é o movimento interno a cada um, gerado pelo mover do corpo (Ostetto, 2009), bem como o espírito comunitário que se instala a partir do momento que todos, de mãos dadas, passam a se apoiar. Tudo isso permite encontros e trocas que vão muito além de uma simples dança. Um dos princípios da Pneps-SUS (Brasil, 2013) que se destaca nessa proposta é a amorosidade, pois essa é entendida como a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, que, aqui, eram feitas através das expressões e encontros dos corpos na dança circular, o que propiciou ao grupo ir além da interação por palavras, baseada apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizados.

Assim, a Educação Popular em Saúde foi posta em prática através da dança circular, quando as pessoas puderam exercer livremente suas autonomias e consciências críticas (dos seus próprios corpos e dos próximos), com potencial de transformação pessoal e também social. Dessa forma, também foi possível concretizar o que a Pneps-SUS (Brasil, 2013) denomina de emancipação: um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. Com a dança circular, não havia corpos “certos” ou “errados”, não havia “loucos” nem “loucas”. As normas sociais que tanto nos oprimem e sufocam eram deixadas de lado para que os corpos se encontrassem sem expectativas, sem rédeas, sem medos ou preconceitos, libertando-se assim para se expressarem como desejavam, propiciando melhorias nas relações e no cuidado em saúde das pessoas.

As danças circulares podem ser realizadas por pessoas de qualquer idade, identidade de gênero, orientação sexual, etnia, raça, etc., e têm diversos benefícios, tanto relacionados ao corpo físico quanto ao campo mental e emocional, conforme relatado por Fleury & Gontijo (2006), ao afirmarem que as danças circulares melhoram a disposição, a flexibilidade, a postura, a força e resistência musculares, a consciência corporal, e diminuem as dores e tensões, bem como melhoram a memória, cognição e a capacidade do indivíduo se expressar, diminuindo sentimentos como isolamento e solidão.

Assim, no desenvolvimento do PST, os(as) estudantes propuseram a inserção de grupos de dança circular na comunidade onde estavam inseridos(as) com frequência semanal, abertos à participação de qualquer pessoa da comunidade e principalmente,

mas não exclusivamente, como uma forma de cuidado do(a) paciente em sofrimento mental de qualquer espécie.

O método foi desenvolvido pelos(as) próprios(as) estudantes com supervisão de docentes e preceptores(as), baseando-se em músicas mais populares, locais, cantigas de roda e músicas de caráter meditativo. As coreografias foram elaboradas a partir da experiência prévia que um dos estudantes teve em outro grupo de dança. Houve a preocupação de adequar o nível de dificuldade às eventuais limitações do grupo-alvo, o que só ocorreu a partir das vivências dos grupos, sem nenhuma predeterminação anterior ao diálogo com a comunidade e equipe de saúde.

O grupo manteve-se aberto à construção compartilhada e colaborativa, agregando sugestões de músicas, gêneros musicais, temas e qualquer contribuição que os(as) participantes achassem válida. Durante os grupos de dança, os(as) participantes foram convidados(as) a participar de atividades lúdicas de alongamento, relaxamento e meditação, o que fizeram com vontade e disposição. Assim, percebia-se que aquela era efetivamente uma construção coletiva que fazia sentido para as pessoas ali presentes, por partir de suas realidades e contribuições. Os(as) envolvidos(as) sentiam-se parte daquele todo e, assim, a possibilidade de permanência do grupo é muito grande.

A roda de início foi formada por pacientes acolhidos naquela Unidade de Saúde que, aparentemente, necessitavam de atenção em Saúde Mental. Os convites eram feitos durante as próprias consultas e reforçados pelos(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) daquela equipe. Logo a roda obteve grande aceitação da população: estavam presentes pacientes, amigos(as) e familiares de pacientes, crianças, homens e mulheres.

A Educação Popular em Saúde forneceu a melodia que encantou as pessoas envolvidas nesse Projeto. O tom da música

veio da realidade de vida das pessoas, com suas histórias, vivências, saberes, sofrimentos, alegrias e tristezas. Esse encontro formou bela música que entou os ritmos das danças circulares, as quais permitiram às pessoas sua expressão, seu cuidado, seu encontro, sua mudança, sua formação e, acima de tudo, sua libertação.

**Dançando com a vida:
ajustando os passos às realidades
e infinitas possibilidades do viver**

As atividades do PST foram muito bem-sucedidas. Em uma avaliação crítico-reflexiva que permita a transformação de nossas práticas, pudemos identificar que as principais dificuldades encontradas pelos(as) estudantes para implementação do projeto foram: o desconhecimento da dança circular primeiramente pelos(as) próprios(as) discentes (exceto por um deles que tinha vivido a experiência em outro grupo) e também pela equipe e comunidade; a ansiedade dos(as) estudantes em relação à aceitação do grupo pela comunidade e a preocupação por construir o diálogo com diferentes culturas e saberes das pessoas envolvidas no processo; a dificuldade de adesão dos(as) ACSs, que tiveram uma resistência inicial em aderir ao projeto; o espaço físico limitado, já que a UBSF funciona em imóvel adaptado; a dificuldade de organizar o grupo quando não havia um colaborador que auxiliasse o encontro do foco da ação (quando todos(as) os(as) alunos(as) envolvidos na atividade estavam em estágios diferentes em outros cenários); e a demanda dos(as) participantes de tornar o grupo uma atividade permanente, mesmo com a finalização do estágio pelos internos.

A atividade teve *feedback* positivo da comunidade e da equipe. Destacou-se, além dos benefícios citados anteriormente,

o envolvimento afetivo e efetivo da médica e da assistente social nas rodas. Nos intervalos das atividades de dança, foram realizadas rodas de conversa a respeito da vivência dos(as) participantes e a respeito de assuntos que eles(as) trouxessem e fizessem sentido para eles(as) naquele momento. Com isso, efetivaram-se também os princípios da Pneps-SUS (Brasil, 2013) da problematização, que implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade; do diálogo como sendo o encontro de conhecimentos construídos historicamente por sujeitos — ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização; e da construção compartilhada do conhecimento, que consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde, desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

Ao término do estágio dos(as) estudantes, uma das participantes expressou com as suas palavras todo o impacto que a Educação Popular em Saúde pode ter na vida das pessoas e no SUS. A usuária disse assim:

Porque eu tava fazendo tratamento, eu tive uma perda do meu esposo, estava com depressão, aí ele [estudante] me convidou pra dança. Eu aceitei participar da dança, eu tô tendo bons resultados. Muito agradecida porque eu tive muito apoio deles que trabalham no posto de saúde. Eu agradeço por ter me dado todo apoio que eu precisei.

Agradecimentos

Agradecemos a participação dos discentes Ana Carolina Teles, Carolina Duarte, Eduarda Lemes, Emilly Azambuja e Felipe Freitas, do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, pelo desenvolvimento das ações aqui relatadas.

Referências

- BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNE n.º 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Pnep-SUS). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em 14-1-2017.
- FLEURY, T. M. A. & GONTIJO, D. T. As danças circulares e as possíveis contribuições da terapia ocupacional para as idosas. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, vol. 9, pp. 75-90, 2006. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4786/2693>>. Acesso em 12-1-2017.
- LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet], Recife, vol. 6, n.º 1, pp. 31-8, jan.-mar. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a04v6n1.pdf>>. Acesso em 12-1-2017.
- OSTETTO, L. E. Na dança e na educação: o círculo como princípio. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, vol. 35, n.º 1, pp. 177-93, jan.-abr. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v35n1/a12v35n1.pdf>>. Acesso em 12-1-2017.
- SILVA, M. V. et al. A dança: um recurso terapêutico na terceira idade. *Rev enferm UFPE (on-line)*, Recife, vol. 10, n.º 1 (Supl. 1), pp. 232-8, jan. 2016. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/view/8889/pdf_9417>. Acesso em 12-1-2017.



COLEÇÃO VEPOP-SUS

Livros publicados ou republicados
com apoio do Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS
(Livros a serem publicados podem sofrer alterações nos títulos)

A prática da meditação integrativa na terceira idade: um estudo sobre educação popular em saúde e espiritualidade. Adilson Marques. Círculo de São Francisco, 2017.

Caderno de Extensão Popular: textos de referência para a extensão universitária. Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS. Editora do CCTA, 2017.

Caminhos da aprendizagem na Extensão Universitária: reflexões com base em experiência na Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop). Pedro José Santos Carneiro Cruz & Eymard Mourão Vasconcelos. Hucitec Editora, 2017.

Educação ambiental dialógica as contribuições de Paulo Freire e a cultura sertaneja nordestina. João B. A. Figueiredo. Editora da UFC, 2017.

Educação Intercultural e Movimentos Sociais – Trajetória de pesquisas da Rede Mover. Reinaldo Matias Fleuri. Editora do CCTA, 2017.

Educação intercultural e formação de educadores. Reinaldo Matias Fleuri. Editora do CCTA, 2017.

Educação popular e atenção à saúde da família. 6.^a edição. Eymard Mourão Vasconcelos. Hucitec Editora, 2015.

Educação popular e nutrição social: reflexões e vivências com base em uma experiência. Pedro José Santos Carneiro Cruz, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos, Luciana Maria Pereira de Sousa, Adriana Maria Macedo de Almeida Tófoli, Daniela Gomes de Brito Carneiro & Islany Costa Alencar (organizadores). Editora da UFPB, 2014.

Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (Organizadores). Hucitec Editora, Editora da UFPB, 2011.

Educação popular na universidade: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop). Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmento, Murilo Leandro Marcos & Eymard Mourão Vasconcelos (organizadores). Hucitec Editora; Editora da UFPB, 2013.

Educação Popular na universidade: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop), volume 2. Luciana Maria Pereira de Sousa, Islany Costa Alencar, Lucas Emmanuel de Carvalho & Pedro José Santos Carneiro Cruz (organizadores). Editora do CCTA, 2017.

Educação Popular no Sistema Único de Saúde. Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS. Editora do CCTA, 2017.

Espiritualidade no trabalho em saúde. 2.^a edição. Eymard Mourão Vasconcelos (organizador). Hucitec Editora, 2015.

Extensão popular. 2.^a edição. José Francisco de Melo Neto. Editora da UFPB, 2014.

Extensão popular: caminhos em construção. Pedro José Santos Carneiro Cruz, Daniela Gomes de Brito Carneiro, Adriana Maria Macedo de Almeida Tófoli, Ana Paula Espíndola Rodrigues & Islany Costa Alencar (organizadores). Editora do CCTA, 2017.

Extensão popular: educação e pesquisa. José Francisco de Melo Neto & Pedro José Santos Carneiro Cruz (organizadores). Editora do CCTA, 2017.

Extensão, saúde e formação médica. Pedro José Santos Carneiro Cruz & Mário César Soares Xavier Filho (organizadores). Editora do CCTA, 2017.

Formação em educação popular para trabalhadores da saúde. Vera Joana Bornstein, Ângela Alencar, Bianca Borges da Silva Leandro, Etel Matiello, Grasielle Nespoli, Irene Leonore Goldschmidt, José Mauro da Conceição Pinto, Julio Alberto Wong Un, Marcelo Princeswal, Marcio Sacramento de Oliveira, Osvaldo Peralta Bonetti, Ronaldo Travassos, Tereza Cristina Ramos Paiva & Thayna Trindade (organizadores). EPSJV, 2017.

Educação Popular em Saúde: desafios atuais. Grupo Temático de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Editora do CCTA, 2017.

Perplexidade na universidade: vivências nos cursos saúde, 2.^a edição. Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon (organizadores). Hucitec Editora, 2015.

Saúde nas palavras e nos gestos. 2.^a edição. Eymard Mourão Vasconcelos & Ernande Valentin do Prado (organizadores). Hucitec Editora, 2017.

Vivências de Extensão em Educação Popular no Brasil. Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS. Editora do CCTA, 2017.

Vivência em comunidade: outra forma de ensino. 2.^a edição. Emmanuel Fernandes Falcão. Editora da UFPB, 2014.

- Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello
Ensaio Médico-Sociais, Samuel Pessoa
Medicina e Política, Giovanni Berlinguer
O Sistema de Saúde em Crise, Carlos Gentile de Mello
Saúde e Previdência: Estudos de Política Social, José Carlos de Souza Braga & Sérgio Góes de Paula
Saúde nas Fábricas, Giovanni Berlinguer
Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente, Laura Conti
Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde, Ivar Oddone et al
Saúde Para Todos: um Desafio ao Município — a Resposta de Bauru, David Capistrano Filho (org.)
Os Médicos e a Política de Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos
Epidemiologia da Desigualdade, César G. Victora, Fernando C. de Barros & Patrick Vaughan
Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo, Carlos Augusto Monteiro
Saúde do Trabalhador, Aparecida Linhares Pimenta & David Capistrano Filho
A Doença, Giovanni Berlinguer
Reforma Sanitária: Itália e Brasil, Giovanni Berlinguer, Sônia M. Fleury Teixeira & Gastão Wagner de Sousa Campos
Educação Popular nos Serviços de Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos
Processo de Produção e Saúde, Asa Cristina Laurell & Mariano Noriega
Trabalho em Turnos e Noturno, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth & Frida Marina Fischer
Programa de Saúde dos Trabalhadores (a Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública), Danilo Fernandes Costa, José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settimi & Ubiratan de Paula Santos
A Saúde das Cidades, Rita Esmanhoto & Nizan Pereira Almeida
Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social, Cristina Possa
Saúde Não se Dá, Conquista-se, Demócrito Moura
Planejamento sem Normas, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy & Everardo Duarte Nunes
Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil, Cristina Possa
Tópicos de Saúde do Trabalhador, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha Gomes & Sérgio Colacioppo
Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais, Joan-Ramon Laporte et al.
Educação Médica e Capitalismo, Lília Blima Schraiber
Saúde Loucura 1, Antonio Lancetti et al.
Desinstitucionalização, Franco Rotelli et al.
Programação em Saúde Hoje, Lília Blima Schraiber (org.)
Saúde Loucura 2, Félix Guatari, Gilles Deleuze et al.
Epidemiologia: Teoria e Objeto, Dina Czeresnia Costa (org.)
Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera, John Snow
Hospital, Dor e Morte Como Ofício, Ana Pitta
A Multiplicação Dramática, Hernán Kesselman & Eduardo Pavlovsky
Cinco Lições Sobre a Transferência, Gregorio Barembliht
A Saúde Pública e a Defesa da Vida, Gastão Wagner de Sousa Campos
Epidemiologia da Saúde Infantil, Fernando C. Barros & Cesar G. Victora
Jaqueri, o Espinho Adormecido, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel
O Marketing da Fertilidade, Yvan Wolfiers et al.
Lacantroças, Gregorio Barembliht
Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital? Lea Beatriz Teixeira Soares
Minhas Pulgas, Giovanni Berlinguer
Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalços, Nelsina Mello de Oliveira Dias
Epidemiologia — Economia, Política e Saúde, Jaime Breilh
O Desafio do Conhecimento, Maria Cecília de Souza Minayo
Saúde Loucura 3, Herbert Daniel et al.
Saúde, Ambiente e Desenvolvimento, Maria do Carmo Leal et al.
Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde, Emanuel de Kadt & Renato Tasca
A Saúde Pública Como Política, Emerson Elias Merhy
Sistema Único de Saúde, Guido Ivan de Carvalho & Lenir Santos
Reforma da Reforma, Gastão Wagner S. Campos
O Município e a Saúde, Luiza S. Heimann et al.
Epidemiologia Para Municípios, J. P. Vaughan
Distrito Sanitário, Eugênio Vilaça Mendes
Psicologia e Saúde, Florianita Braga Campos (org.)
Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde, Giovanni Berlinguer
Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, Maria E. X. Kalil (org.)
Mario Tammasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical, Franca Ongaro Basaglia
Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico, Neury J. Botega & Paulo Dalgalarrrondo
O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade, Lília Blima Schraiber
O Limite da Exclusão Social. Meninos e Meninas de Rua no Brasil, Maria Cecília de Souza Minayo
Saúde e Trabalho no Sistema Único do Sus, Neiry Primo Alessi et al.
Ruído: Riscos e Prevenção, Ubiratan de Paula Santos (org.)
Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania, Ilara Hammerty Sozzi de Moraes
Saúde Loucura 4, Gregorio Barembliht et al
Odontologia e Saúde Bucal Coletiva, Paulo Capel Narvai
Manual de Saúde Mental, Benedetto Saraceno et al.

Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida, Maria Inês Nogueira
Saber Preparar Uma Pesquisa, André-Pierre Contandriopoulos et al.
Pensamento Estratégico e Lógica da Programação, Mario Testa
Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde, Sueli G. Dallari
Inventando a Mudança na Saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio et al.
Uma História da Saúde Pública, George Rosen
Drogas e Aids, Fábio Mesquita & Francisco Inácio Bastos
Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves
Epidemiologia e Emancipação, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Razão e Planejamento, Edmundo Gallo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves & Emerson Elias Merhy
Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80, Maria Cecília de Souza Minayo (org.)
Da Saúde e das Cidades, David Capistrano Filho
Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças, Paulo Marchiori Buss & Maria Eliana Labra
Aids: Ética, Medicina e Tecnologia, Dina Czeresnia et al.
Aids: Pesquisa Social e Educação, Dina Czeresnia et al.
Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte, Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Construindo Distritos Sanitários. A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo, Carmen Fontes Teixeira & Cristina Melo (orgs.)
Memórias da Saúde Pública: a Fotografia como Testemunha, Maria da Penha C. Vasconcellos (coord.)
Medicamentos, Drogas e Saúde, E. A. Carlini
Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade, Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde?, José Augusto Cabral de Barros
Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil, Regina Giffoni Marsiglia
Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil, Carlos Augusto Monteiro (org.)
Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva, Ana Maria Canesqui
O "Mito" da Atividade Física e Saúde, Yara Maria de Carvalho
Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios, Aurea M. da Rocha Pitta
Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão, Maria Lúcia Magalhães Bosi
Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica, Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptista Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (orgs.)
Nutrição, Trabalho e Sociedade, Solange Veloso Viana
Uma Agenda para a Saúde, Eugênio Vilaça Mendes
A Construção da Política Nacional de Medicamentos, José Ruben de Alcântara Bonfim & Vera Lúcia Mercucci (orgs.)
Ética da Saúde, Giovanni Berlinguer
A Construção do SUS a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde, Sílvio Fernandes da Silva
Reabilitação Psicossocial no Brasil, Ana Pitta (org.)
Saúde Loucura 5, Gregorio Barembliitt (org.)
Saúde Loucura 6, Eduardo Passos Guimarães (org.)
Assistência Social e Cidadania, Antonio Lancetti (org.)
Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia, José Ricardo de Mesquita Aires
Ciências Sociais e Saúde, Ana Maria Canesqui (org.)
Agir em Saúde, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)
Contra a Maré à Beira-Mar, Florianita Braga Campos & Cláudio Maierovitch
Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial, Ana Marta Lobosque
Modelos Tecnossistêmicos em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva, Aluísio G. da Silva Junior
Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social, Nilson do Rosário Costa
A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil, Gilberto Hochman
O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Ines Lessa (org.)
Malária e Seu Controle, Rita Barradas Barata
O Dengue no Espaço Habitado, Maria Rita de Camargo Donalizio
A Organização da Saúde no Nível Local, Eugênio Vilaça Mendes (org.)
Trabalho e Saúde na Aviação: a Experiência entre o Invisível e o Risco, Alice Itani
Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil, Laura Feuerwerker
A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo, Luis Jacintho da Silva
Malária em São Paulo: Epidemiologia e História, Marina Ruiz de Matos
Civilização e Doença, Henry Sigerist
Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde, Jorge Antonio Zepeda Bermudez & José Ruben de Alcântara Bonfim (orgs.)
A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho, Eleonora Memicucci de Oliveira
Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil, Loren Galvão & Juan Diaz (orgs.)
A Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina (Teoria e Prática de um Movimento de Mudança) — Tomo 1 "Um Olhar Analítico" — Tomo 2 "As Vozes dos Protagonistas", Marcio Almeida, Laura Feuerwerker & Manuel Llanos C. (orgs.)
Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde, Ediná Alves Costa
Sobre a Sociologia da Saúde. Origens e Desenvolvimento, Everardo Duarte Nunes
Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico, Ana Maria Canesqui (org.)
Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família, Eymard Mourão Vasconcelos
Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos, Gastão Wagner de Sousa Campos
A Ciência da Saúde, Naomar de Almeida Filho
A Voz do Dono e o Dono da Voz: Saúde e Cidadania no Cotidiano Fabril, José Carlos "Cacau" Lopes
Da Arte Dentária, Carlos Botazzo
Saúde e Humanização: a Experiência de Chapecó, Aparecida Linhares Pimenta (org.)
Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel

Saúde Loucura 7, Antonio Lancetti (org.)
Ampliar o Possível: a Política de Saúde do Brasil, José Serra
SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas, Sílvia Fernandes da Silva
A Cor-Agem do PSF, Maria Fátima de Souza
Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo, Maria Fátima de Souza
A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano, Angelina Harari & Willians Valentini (orgs.)
Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo, Emerson Elias Merhy
Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados, Laura Feuerwerker
Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas, Jadete Barbosa Lampert
Os Sinais Vermelhos do PSF, Maria Fátima de Sousa (org.)
O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica, Rosana Onocko Campos
Saúde Paidéia, Gastão Wagner de Sousa Campos
Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica, Kenneth R. de Camargo Jr.
Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas, Marcos Drumond Júnior
A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes, Arthur Hyppólito de Moura
Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica, Djalma Agripino de Melo Filho
O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano, Emerson Elias Merhy et al.
Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica, Madel T. Luz
Acolher Choque?: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho, Túlio Batista Franco et al.
Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades, João José Neves Marins
Proteção Social. Dilemas e Desafios, Ana Luíza d'Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)
O Público e o Privado na Saúde, Luíza Sterman Heimann, Lauro Cesar Ibanhes & Renato Barbosa (orgs.)
O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho à Realidade, Maria Solange Gomes Dellaroza & Marli Terezinha Oliveira Vanuchchi (orgs.)
A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica, Gustavo Tenório Cunha
Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança, Sérgio Resende Carvalho
Saúde e Desenvolvimento Local, Marco Akerman
Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente e Construir o Futuro, Maria Maeno & José Carlos do Carmo
A Espiritualidade do Trabalho em Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva, Rogério Carvalho Santos
As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura, Marilene Cabral do Nascimento
Perplexidade na Universidade: Vênúcias nos Cursos de Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon
Tratado de Saúde Coletiva, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)
Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática, Paulo Rosenbaum
A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos, Ana Maria Canesqui (org.)
Na Boca do Rádio: o Radialista e as Políticas Públicas, Ana Luíza Zaniboni Gomes
SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde, Adriana Castro & Miguel Malo (orgs.)
SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública, Vânia Barbosa do Nascimento
*Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre... , Gastão Wagner de Sousa Campos
Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta de Sobral, Anamaria Cavalcante Silva
A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde, Nelson Filice de Barros
O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde, Gustavo Nunes de Oliveira
As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas, SP, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina & Moisés Goldbaum (orgs.)
Avaliar para Compreender: Uma Experiência na Gestão de Programa Social com Jovens em Osasco, SP, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)
O Médico e Suas Interações: Confiança em Crise, Lília Blima Schraiber
Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luísa Sandoval Schmidt & Fabio Zicker (orgs.)
Homeopatia, Universidade e SUS: Resistências e Aproximações, Sandra Abrahão Chaim Salles
Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada, Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinícius Pires Guerrero (orgs.)
Saúde Comunitária: Pensar e Fazer, Cezar Wagner de Lima Góis
Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade, Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado, Eduardo Passos & Regina Benevides
Saúde, Desenvolvimento e Território, Ana Luíza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez & Paulo Eduardo Manganon Elias (orgs.)
Educação e Saúde, Ana Luíza d'Ávila Viana & Célia Regina Pierantoni (orgs.)
Direito à Saúde: Discursos e Práticas na Construção do SUS, Solange L'Abbate
Infância e Saúde: Perspectivas Históricas, André Mota & Lília Blima Schraiber (orgs.)
Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade, Sérgio Resende Carvalho, Sabrina Ferigato, Maria Elisabeth Barros (orgs.)
Medicina e Sociedade, Cecília Donnangelo
Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva, Eduardo L. Menéndez
Saúde e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho, Cecília Donnangelo & Luiz Pereira*

A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família, Túlio Batista Franco, Cristina Setenta Andrade & Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.)

Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS, Charles D. Tesser (org.)

Saúde e História, Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Faria

Violência e Juventude, Marcia Faria Westphal & Cynthia Rachid Bydlowski

Walter Sidney Pereira Leser: das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública, José Ruben de Alcântara Bonfim & Sílvia Bastos (orgs.)

Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS, Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.)

Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia) 1997-2008, Jorge José Santos Pereira Solla

Semiotica, Afecção e o Trabalho em Saúde, Túlio Batista Franco & Valéria do Carmo Ramos

Adoecimento Crônico Infantil: um estudo das narrativas familiares, Marcelo Castellanos

Poder, Autonomia e Responsabilização: Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana, Kênia Lara Silva & Roseli Rosângela de Sena

Política e Gestão Pública em Saúde, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias & Paulo Henrique D'Angelo Seixas (orgs.)

Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com Base em uma Experiência, Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)

O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: Experiências e Percepções, Nelson Filice de Barros, Pamela Siegel & Márcia Aparecida Padovan Orani (orgs.)

Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Túlio Batista Franco, Aluisio Gomes da Silva Júnior, Rita de Cássia Duarte Lima, Cristina Setenta Andrade (orgs.)

Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família, João Leite Ferreira Neto & Luciana Kind

Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS, Maria Lucia Frizon Rizzotto

Masculino e Feminino: a Primeira Vez. A Análise de Gênero sobre a Sexualidade na Adolescência, Sílmaria Conchão

Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação, João José Neves Marins & Sergio Rego (orgs.)

Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática, Maria Inês Nogueira

Saúde da Mulher na Diversidade do Cuidado na Atenção Básica, Raimunda Magalhães da Silva, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Patrícia Moreira Costa Collares (orgs.)

Cuidados da Doença Crônica na Atenção Primária de Saúde, Nelson Filice de Barros (org.)

Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado, Áquila Mendes

A Melhoria Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde, Georges Maguerez

Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação, Ana Luíza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez

Tecendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ), Suely Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni, Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Elias Merhy (orgs.)

Coquetel. A Incrível História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil, Mário Scheffer

Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces, Rosana Onocko Campos

A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos, Paulo Henrique Fernandes Silveira

Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde (orgs.), Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Cassetto & Alexandre de Oliveira Henz

Práxis e Formação Patética: apoio e co-gestão em saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha & Mariana Dorsa Figueiredo (orgs.)

Intercâmbio Solidário de Saberes e Práticas de Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares, Marilene Cabral do Nascimento & Maria Inês Nogueira (orgs.)

Depois da Reforma: Contribuição para a Crítica da Saúde Coletiva, Giovanni Gurgel Aciole

Diálogos sobre a Boca, Carlos Botazzo

Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da Silva & Samira Valentim Gama Lira

Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: Textos Reunidos, Túlio Batista Franco & Emerson Elias Merhy

Adoecimentos e Sofrimentos de Longa Duração, Ana Maria Canesqui (org.)

Os Hospitais no Brasil, Ivan Coelho

As Bases do Raciocínio Médico, Fernando Queiroz Monte

A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil—Militar (1964-1985), Felipe Monte Cardoso

Descentralização e Política de Saúde: Origens, Contexto e Alcance da Descentralização, Ana Luíza d'Ávila Viana

Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil, Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato (orgs.)

Por uma Crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no Contexto do SUS, Kathleen Elane Leal Vasconcelos & Maria Dalva Horácio da Costa (orgs.)

Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios, José Patrício Bispo Júnior (org.)

SÉRIE “LINHA DE FRENTE”

Ciências Sociais e Saúde no Brasil, Ana Maria Canesqui

Avaliação Econômica em Saúde, Leila Sancho

Promoção da Saúde e Gestão Local, Juan Carlos Anciros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)

Ciências Sociais e Saúde: Crônicas do Conhecimento, Everardo Duarte Nunes & Nelson Filice de Barros

História da Clínica e a Atenção Básica: o Desafio da Ampliação, Rubens Bedrikov & Gastão Wagner de Sousa Campos

