



FORMAÇÃO EM
EDUCAÇÃO POPULAR
PARA TRABALHADORES
DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Nísia Trindade Lima

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE

JOAQUIM VENÂNCIO

Diretora

Anakeila de Barros Stauffer

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

José Orbílio de Souza Abreu

Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Sérgio Ricardo de Oliveira

Vice-diretor de Ensino e Informação

Carlos Maurício Guimarães Barreto

FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO POPULAR PARA TRABALHADORES DA SAÚDE

ORGANIZAÇÃO

Vera Joana Bornstein
Angela Alencar
Bianca Borges da Silva Leandro
Etel Matiolo
Grasiele 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

Rio de Janeiro
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

2017



Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Revisão

Paula Caldeira
Lisa Stuart

Diagramação

José Luiz Fonseca

Ilustração

Milla Scramignon

Conselho de Política Editorial

André Vianna (coordenador)
Bianca Cortes
Carla Martins
Cátia Corrêa Guimarães
Grasiele Nespoli
José Roberto Franco Reis
Luiz Maurício Baldaci
Márcia Teixeira
Ramón Peña Castro
José dos Santos Souza
Vânia Motta

Equipe Executiva do Projeto de Pesquisa e Extensão VEPOP-SUS/UFPB

Pedro José Santos Carneiro Cruz
Eymard Mourão Vasconcelos
Ernande Valentin do Prado
Daniela Gomes de Brito Carneiro
Adriana Maria Macêdo de Almeida Tófoli
Janaína Cristine Pereira Nunes

Colaboradores

Aglaides Arichele Leal de Queirós
Alicia Monica Arias de Palacios
Aline Batista Sampaio
Amanda Nathele Soares
Ana Lucia Maciel
Andrey Roosewelt Chagas Lemos
Anna Lúcia Leandro de Antônia Abreu
Antônio Purificação
Antônio Vladimir Felix da Silva
Arnaldo Marcalmo
Carlos Eduardo Colpo Batistella
Célia Regina das Neves Favacho
Celso de Moraes Vergne
Claudia Vilela de Souza Lange
Claudia Spinola Leal Costa
Claudiana Miranda Cordeiro
Cynthia Dias
Danielle Costa Silveira
Denise Rinehart
Eymard Vasconcelos
Frederico Peres
Geisa Cristina Nogueira Plácido dos Santos
Gert Ferreira Wimmer
Gildecil Alvez da Lira
Gilvano da Silva Quadros
Giselle de Almeida Costa
Gisele Luiza Apolinário Malheiros
Gislei Siqueira Kinerim
Gláucia Antônia
Helena Maria Scherlowski Leal David
Hozana Passos
Ingrid D'avilla Freire Pereira

Jaqueline Evedino da Silva Oliveira
João dos Santos Lima Júnior
Josefa Maria de Jesus
José Geraldo Martins
José Ivo Pedrosa
Juliana Costa Cunha
Julimar de F. Barros e Barros
Jólio Cesar Caruzzo
Katia Machado
Katia Souto
Lavínia Aragão Trigo de Loureiro
Leonardo Moraes Maguela
Lilian Paula Santos do Nascimento
Ludmila Brito e Melo Rocha
Marcelo Silva da Paixão
Marcia Cavalcanti Raposo Lopes
Marcia Mulin Firmino da Silva
Marcio José Villard de Aguiar
Marco Carneiro Menezes
Marcondes José Pacheco Barbosa
Maria Ester Souza Marinho
Maria da Glória Campos da Silva
Maria de Fátima Marques
Maria Rocineide Ferreira
Maria Waldenez de Oliveira
Mariana Lima Nogueira
Marta Gomes da Fonseca Ribeiro
Neuza Viana Castanha
Noemi Margarida
Páulea Zaquini Monteiro Lima
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Paulo Dantas
Pedro José Santos Carneiro Cruz

Rafael Gonçalves de Santana Silva
Raimundo Lima
Rebecca Moraes
Renata Pekelman
Ricardo Chaves de Carvalho
Roberta Gomes
Rocineide Ferreira
Rosana Mira Nunes Limeira
Salette Valesan
Sandra Jardeni Moita de Aguiar
Simone Maria Leite Batista
Sílvia Cristina Viana Silva Lima
Sílvia Maria Costa Amorim
Sílvia Maria Medeiros Bonfim Silva
Suely Correia de Oliveira
Tarcisio Pereira de Souza
Thayza Miranda Pereira
Teresa Ramos Souza
Tiago Machado Carneiro
Tiago Parada Costa Silva
Tulio Correia de Souza e Souza
Ubiraci Matildes de Jesus
Vanderleia Pulga
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Virginia da Silva Correa

Copyright © 2016 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Catálogo na fonte
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Biblioteca Emília Bustamante

B736f Bornstein, Vera Joana (Org.)
Formação em educação popular para trabalhadores
da saúde / Organização de Vera Joana Bornstein. –
Rio de Janeiro: EPSJV, 2017 opular.
284 p.

ISBN: 978-85-98768-90-8

1. Educação Popular. 2. Formação em Saúde. 3. Direito à Saúde.
4. Saúde Pública. I. Alencar, Angela. II. Leandro, Bianca Borges da
Silva. III. Matielo, Etel. IV. Nespoli, Grasielle. V. Goldschmidt, Irene.
VI. Pinto, José Mauro da Conceição. VII. Wong Um, Julio Alberto.
VIII. Princeswal, Marcelo. IX. Oliveira, Marcio Sacramento de. X.
Bonetti, Osvaldo Peralta. XI. Travassos, Ronaldo. XII. Paiva, Teresa
Cristina Ramos. XIII. Trindade, Thayana. XIV. Título.

CDD 370.115

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz
Av. Brasil, 4.365
21040-360 – Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (21) 3865-9797
www.epsjv.fiocruz.br

Sumário

Apresentação.....	11
Nota sobre o Projeto Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS.....	15
EIXO I: A gestão participativa e a experiência como fios condutores do processo educativo	17
Dimensão formativa da experiência: importância e possibilidades da sua sistematização.....	25
História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil.....	33
História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil.....	45
O trabalhador social em saúde.....	55
EIXO II: O processo de trabalho em saúde e a educação popular	59
Da educação sanitária à educação popular em saúde.....	67
A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil.....	75
O círculo de cultura e o planejamento participativo na educação popular em saúde.....	91
A Pnep-SUS e os princípios da educação popular presentes na política.....	97

Círculos de cultura: problematização da realidade e protagonismo popular.....	103
Educação popular como prática social e profissional.....	107

EIXO III: Dimensões do direito à saúde e da promoção da equidade: cultura, espiritualidade e arte.....113

Promoção da equidade no SUS: o direito à diversidade.....	123
As dimensões culturais e a educação popular em saúde.....	137
A espiritualidade e outras dimensões invisíveis: além do óbvio na educação popular em saúde.....	151
A arte é longa, a vida é breve: sobre o valor e a potência das artes na educação popular em saúde.....	159

EIXO IV: Território, lugar de história e memória.....169

História e memória coletiva.....	179
Território: lugar onde a vida acontece.....	185

EIXO V: Participação social e participação popular no processo de democratização do Estado.....193

Participação popular ou participação social: qual é a diferença.....	203
O fato e a notícia: diferentes enfoques.....	211
A luta popular em defesa do SUS.....	219

EIXO VI: O território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado.....231

A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da educação popular em saúde.....241

Cuidado, autonomia e emancipação.....253

O cuidado em saúde.....257

Reflexão sobre a experiência do processo formativo.....273

Biografias.....277

Apresentação

Este livro nasce da experiência de organização curricular e do material didático do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdpopSUS), promovido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, pelos Coletivos de Educação Popular em Saúde e organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O EdpopSUS faz parte do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde e se configurou como uma das principais estratégias que visam fortalecer a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída em 2013.

A PNEPS-SUS representa uma importante conquista para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a educação popular em saúde é reconhecida como uma forma de pensar e fazer educação que caminha na contramão de práticas autoritárias, que não reconhecem os sujeitos e a população como detentores de saberes e não fortalecem a luta política pelo direito à saúde. A educação popular, nesse sentido, deve ser compreendida como uma prática fundamental para a transformação do trabalho na saúde, por se apoiar em princípios como o diálogo, a construção compartilhada de saberes e de um projeto democrático para a saúde pública brasileira.

O EdpopSUS é uma proposta coletiva, feito a várias mãos, resultante de um processo de muito diálogo e troca, estabelecido em oficinas e reuniões entre trabalhadores, militantes de movimentos sociais, educadores, pesquisadores e gestores envolvidos com a educação popular e com a defesa do SUS. Ou seja, foi pela experiência acumulada que o EdpopSUS foi concebido.

Depois da experiência bem-sucedida de sua primeira fase, realizada em 2013 e em 2014, se iniciou a construção de sua segunda fase, em 2015. A carga horária foi ampliada, passando de 53 para 160 horas, o que transformou o curso, antes de sensibilização, em um curso de aperfeiço-

amento, mantendo como públicos principais os agentes comunitários de saúde, os agentes de vigilância em saúde e militantes de movimentos sociais. Na oportunidade de elaborar sua segunda fase, a trajetória formativa do EdpopSUS foi organizada em eixos que articulam temas e conteúdos compreendidos como importantes para se pensar a educação popular no âmbito do SUS. No lugar das clássicas aulas, foram propostos encontros e atividades pautados em métodos participativos que partem sempre da experiência dos educandos e educadores, pois entendemos que o próprio curso deve propiciar a vivência em educação popular. Também foram elaborados textos no intuito de apresentar conteúdos considerados importantes para enriquecer as discussões e agregar reflexões e saberes aos conhecimentos dos participantes. Seguindo essa proposta, o material didático foi composto por dois livros, um guia que apresenta a trajetória formativa e um compêndio com textos de apoio. O material está disponível no site do curso, www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br, e no portal da EPSJV, www.epsjv.fiocruz.br.

Após sua publicação, o grupo que coordena o Projeto de Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS (Vepop-SUS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), propôs uma nova edição do material didático no formato de um único livro, este que apresentamos agora.

Nesta edição, mantivemos a organização em seis eixos temáticos e a sugestão de um conjunto de atividades que podem ser desenvolvidas em processos formativos em educação popular. A proposta de construção em eixos busca enfatizar a integração e a interdisciplinaridade dos conteúdos relativos aos temas abordados no livro. Já as atividades foram pensadas com o objetivo de promover uma articulação entre teoria e prática ou a integração entre ação-reflexão-ação. Agregamos, ao final de cada eixo, os textos de apoio e endereçamos o material para todos os trabalhadores da saúde. Neste processo, foi retirado o primeiro texto que apresenta os princípios pedagógicos do EdpopSUS e acrescentado, no Eixo II, um texto que trata da importância da educação popular para a transformação do trabalho e das políticas de saúde. Se, no âmbito do EdpopSUS, foi preciso definir encontros para distribuir a carga horária do curso, neste formato a trajetória formativa está aberta a outros arranjos.

O Eixo I – A gestão participativa e a experiência como fios condutores do processo formativo – apresenta atividades e textos que buscam

reforçar a dimensão formativa da experiência, refletir sobre a construção histórica da identidade dos trabalhadores da saúde e pactuar formas de gestão participativa do processo educativo, contribuindo para que bons vínculos sejam construídos nessa caminhada. Dedicamos dois textos, um para os agentes comunitários de saúde e outro para os de vigilância em saúde, por considerarmos seu papel de destaque como educadores, na medida em que seu processo de trabalho se dá, sobretudo, no contato direto com a população nos territórios.

O Eixo II – O processo de trabalho em saúde e a educação popular – apresenta atividades e textos que refletem sobre as práticas de educação em saúde, discutem a importância da educação popular para a reorientação do trabalho na saúde, propõem métodos, como o círculo de cultura, que podem auxiliar na problematização da realidade e no exercício de um planejamento participativo, e abordam a educação popular como uma prática social e profissional.

O Eixo III – Dimensões do direito à saúde e da promoção da equidade: cultura, espiritualidade e arte – apresenta atividades e textos que versam sobre o direito à saúde e sua relação com a equidade no cotidiano do trabalho em saúde, por meio da valorização da diversidade cultural existente nos territórios.

O Eixo IV – Território, lugar de história e memória – apresenta atividades e textos que abordam a relação entre história e memória, importantes noções para a educação popular e para a reflexão sobre o território como lugar onde a vida acontece.

O Eixo V – Participação social e participação popular no processo de democratização do Estado – apresenta atividades e textos que problematizam as práticas cotidianas de opressão, o poder de convencimento dos meios de comunicação, as potencialidades da educação popular na criação de formas de comunicação mais emancipatórias e a importância da luta popular para a defesa do SUS e para a democratização do Estado brasileiro.

O Eixo VI – O território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado – apresenta atividades e textos que situam a importância de pensar os problemas de saúde na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, que refletem a questão da autonomia no âmbito das práticas de cuidado e que discutem diferentes concepções de cuidado em saúde.

Por fim, o livro se encerra com uma breve explanação sobre a pertinência de se refletir sobre a experiência dos processos formativos. Para isso, fazemos a sugestão de atividades de avaliação e de exposição no formato de uma mostra de práticas de educação popular.

Agradecemos a possibilidade de publicar e expandir nossa experiência por meio deste livro e esperamos colaborar com processos formativos em educação popular para trabalhadores da saúde, reforçando assim a premissa de que ninguém nasce feito, de que somos sujeitos históricos em formação e que precisamos estar dispostos a nos transformar e a transformar o mundo em que vivemos.

Organizadores

Nota sobre o Projeto Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS

A impressão desse livro contou com apoio do Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS – Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS, o qual constitui ação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), apoiada pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS – Pneps-SUS (Portaria da Política) por meio do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SG-TES) e com colaboração da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

O Vepop-SUS visa 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 ético-política humanística, interdisciplinar e participativa.

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 em saúde no país.

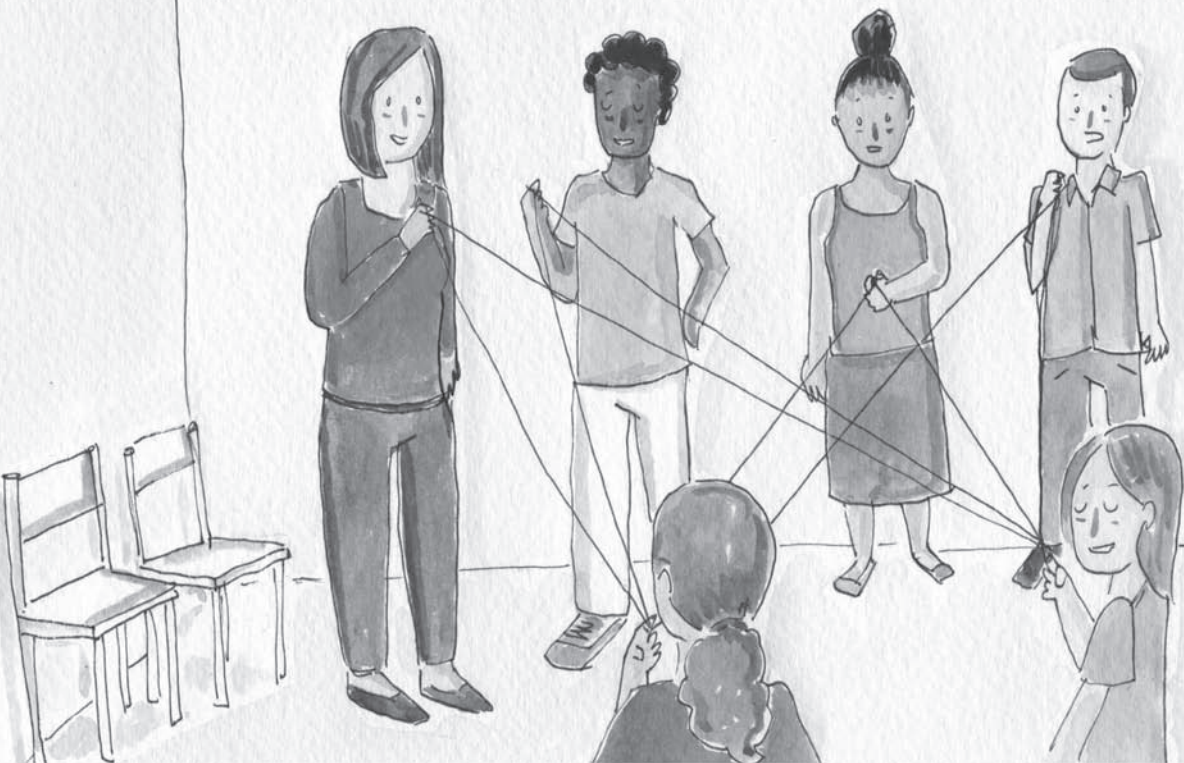
Toda gestão se dá a partir de eventos, oficinas, encontros, difusão de informações, compartilhamento de publicações e materiais didáticos no campo da educação popular e do SUS, bem como pela promoção regular do Estágio Nacional de Extensão em Comunidades (Enec), que proporciona a estudantes de graduação de todo o Brasil a oportunidade de vivenciarem práticas de extensão orientadas pela educação popular nos espaços do SUS.

Espera-se que esse Projeto possa contribuir na rearticulação das experiências de extensão em educação popular em saúde em todo o território nacional, bem como na mobilização de seus sujeitos e no aquecimento do debate sobre a educação popular na formação estudantil, de maneira a ampliar o fomento às experiências de extensão popular no Brasil.

A extensão popular traz um sentido singular para a formação em saúde, na medida em que, por meio de vivências em comunidades populares, movimentos e espaços do SUS, cria condições concretas para a reflexão estudantil acerca dos desafios do mundo popular, bem como, sobre os modos de sentir, pensar e agir das classes populares. Isso reforça a potencialidade de seu compromisso e de sua atitude popular, necessárias a uma atuação profissional em cujas abordagens se verifiquem tanto o respeito aos saberes e às práticas populares, quanto, centralmente, uma intencionalidade política emancipatória, articulada a uma concepção ampliada de saúde, que inclua seus determinantes sociais.

Nesse sentido, o Vepop-SUS busca constituir um espaço fecundo para alimentar continuamente iniciativas, movimentos, práticas e militâncias em extensão popular, por meio do diálogo entre os sujeitos, da visibilidade das experiências e das reflexões teórico-conceituais e metodológicas em extensão e educação popular em saúde.

Equipe executiva do Projeto de Pesquisa e Extensão
VEPOP-SUS/UFPB



EIXO I

A gestão participativa e a experiência como fios condutores do processo educativo

Eixo I – A gestão participativa e a experiência como fios condutores do processo educativo

A educação popular considera a participação popular como um princípio fundamental para a leitura e construção de um mundo mais justo. Nesse sentido, os projetos e processos de educação popular devem ser construídos coletivamente, de forma democrática, e por meio do diálogo, considerando a diversidade de experiências e necessidades e o fortalecimento do protagonismo coletivo. Todo processo é gerido, e gerir é muito mais do que administrar, é fazer nascer, é conceber. A gestão participativa significa então conceber coletivamente, construir de forma compartilhada.

A experiência é outra noção fundamental para a educação popular, pois a construção de novos conhecimentos parte da experiência de vida e trabalho dos sujeitos. A problematização, ou reflexão crítica sobre a realidade, se dá a partir dos “saberes de experiência feitos” (Freire, 1996).

Nesse sentido, a construção de trajetórias formativas em educação popular precisa tomar a gestão participativa e a experiência como seus fios condutores. Por outro lado, a experiência e a realidade são pontos de partida de uma reflexão crítica que fundamenta uma ação transformadora coletiva que, por sua vez, fortalece a autonomia dos sujeitos nas decisões sobre suas vidas. Essas questões precisam ser exercitadas no próprio processo formativo pautado na perspectiva da educação popular. Por isso acreditamos ser importante:

- Dialogar sobre a proposta metodológica do processo formativo;
- Incentivar o protagonismo dos sujeitos na gestão compartilhada, por meio da construção e do acompanhamento de pactos de convivência e de trabalho;
- Discutir sobre a construção da identidade dos trabalhadores e demais atores que participam de processos educativos;

- Refletir sobre a importância da sistematização de experiências em processos educativos;
- Problematicar as experiências educativas dos trabalhadores.

Sugestão de Atividades

Apresentação dos participantes e de suas expectativas em relação ao processo formativo em educação popular

Como afirmado anteriormente, o ponto de partida da educação popular é a experiência dos sujeitos. Nesse sentido, os processos formativos em educação popular devem ser abertos à participação de educadores, educandos, trabalhadores, gestores, usuários, população, e ao reconhecimento de suas histórias e saberes. Sugerimos uma atividade de integração entre os participantes, a fim de aproximá-los do processo que está sendo iniciado. A dinâmica em si pode ser definida coletivamente, considerando as vivências anteriores de cada um. A promoção desse momento é fundamental para a escuta e a troca de conhecimentos.

Carta de expectativas

No início do processo formativo, pode ser feito o registro das expectativas dos participantes por meio da elaboração de uma carta individual ou em grupo, que depois pode ser compartilhada. A carta é um modo de garantir o registro daquilo que todos esperam do processo, ela pode ser guardada e retomada ao final.

Os princípios da educação popular

A base teórica da formação deve ser construída a partir das vivências e reflexões dos educandos. A fim de refletir sobre essa proposta pedagó-

gica, sugerimos partir das expectativas e conhecimentos dos educandos para, posteriormente, debater os princípios pedagógicos que fundamentam a educação popular.

A atividade pode ser iniciada solicitando aos participantes que escrevam em uma folha de papel ou em uma tarjeta o que consideram ser educação popular. A seguir, o educador pode partir dos conceitos e expectativas expressados e fazer uma exposição dialogada. Educadores e educandos poderão confeccionar um mural, destacando a síntese do debate.

Construção de pactos de organização coletiva

Essa atividade objetiva discutir questões sobre a organização do grupo como, por exemplo, horários, formas de comunicação, estratégias de transporte, alimentação, dinâmicas de acolhimento, atividades culturais, grupos de trabalho, entre outras.

Problematização e sistematização das experiências educativas

Durante a formação em educação popular, os debates sobre os diferentes temas terão como referência a experiência dos educandos: tanto suas histórias de vida quanto suas experiências de trabalho e sua inserção na sociedade. A problematização e a sistematização de experiências são processos pedagógicos que deverão ser abordados desde o início. Dialogar sobre eles é fundamental para a leitura dos educandos sobre a sua própria realidade e para a construção do saber.

Sugerimos uma atividade em que os educandos possam relacionar as ações que executam diariamente e o trabalho educativo com a população, relatando como escolhem os temas a serem abordados, caracterizando a forma como conduzem e o local em que fazem as atividades, quem participa, quais os problemas que enfrentam, como constroem soluções, e assim por diante. Propomos que seja promovido um diálogo entre trabalhadores que atuam numa mesma equipe e que seja feita uma sistematização das reflexões feitas acerca das práticas educativas.

Para auxiliar a atividade, sugerimos a leitura ou a apresentação do texto **Dimensão formativa da experiência: importância e possibilidades da sua sistematização.**

Reflexão sobre a identidade dos trabalhadores da saúde

Ainda que estejam imersas no mesmo campo, as profissões da saúde se constituem de forma diferente e criam identidades, de acordo com o tempo e os espaços. Podemos dizer que a identidade é a forma como nos constituímos e nos apresentamos no/ao mundo. Na caminhada pela vida, muitas coisas nos formam como sujeitos. Fatores como arranjo familiar, gênero, condição econômica, escolaridade e inserção no trabalho fazem parte da construção de nossas experiências, daquilo que nos forma. Nesse processo, organizamos nossos gostos, posições políticas e o modo como atuamos e nos relacionamos com a realidade, em particular com a do trabalho.

Vale lembrar que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a expansão da atenção primária geraram uma nova dinâmica nos serviços de saúde e nas comunidades, principalmente com a territorialização do trabalho. Como ressalta Vasconcelos,

[...] isso tem demandado novas necessidades de abordagem e ação profissional, bem como tem desvelado, de maneira mais contundente, pressões e demandas da população que a tradição teórica e prática das diversas profissões de saúde não está preparada para responder. (2016, p. 835)

Com o objetivo de promover uma reflexão sobre a construção das identidades dos trabalhadores, propomos a formação de grupos entre os participantes, de acordo com suas histórias e experiências, a fim de discutir o que os caracteriza enquanto categoria profissional (atribuições, formação, relações com a equipe e com a população, reivindicações, organização da categoria, entre outras).

Para colaborar com a compreensão da dimensão histórica de constituição das profissões de saúde e para problematizar as mudanças pro-

movidas com o SUS e com a expansão da atenção primária, sugerimos dois textos: **História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil** e **História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil**, que abordam elementos da trajetória e da organização dos ACSs (agentes comunitários de saúde) e AVSs (agentes de vigilância em saúde).

Além disso, consideramos importante compreender e reforçar o papel do trabalhador da saúde como um trabalhador social, comprometido com a garantia da saúde como um direito universal. Para contribuir com essa reflexão, sugerimos o texto **O trabalhador social em saúde**.

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: os saberes necessários à prática educativa*. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro; PRADO, Ernande Valentin do. *A contribuição da educação popular*

para a formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)* [online], vol. 20, n. 59, p. 835-838, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400835&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 dez. 2016.

Dimensão formativa da experiência: importância e possibilidades da sua sistematização¹

Organizado por: Vera Joana Bornstein

Por que falar da experiência de cada um de nós?

A educação popular traz a experiência de vida e de trabalho das pessoas como ponto de partida para a construção de novos saberes. Todos nós temos conhecimentos que vão sendo adquiridos ao longo de nossas vidas. Portanto, como dizia Paulo Freire, ninguém está vazio de conhecimentos. Por outra parte, como as experiências e oportunidades são diversas, também os saberes são diversos: “Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes” (Freire, 1987, p. 68). Entretanto, não podemos ser ingênuos e nos limitarmos aos saberes adquiridos a partir da experiência, sem reflexão crítica. Os “saberes de experiência feitos” (Freire, 1996) devem ser analisados, pensados, refletidos tanto individual quanto coletivamente, e é o conhecimento construído a partir desta reflexão crítica do fazer que fundamenta as ações educativas que o curso quer estimular. Nesse sentido, as reflexões que esperamos produzir são aquelas relacionadas às experiências vividas no mundo do trabalho.

Esse movimento de ação-reflexão-ação produz um aprendizado riquíssimo para os sujeitos que o constroem e é também uma oportunidade de aprendizado para outros atores sociais. Por isso, é fundamental que, ao contar nossa experiência, façamos um esforço para sistematizá-la.

¹ Este texto tem como base o caderno 1 da série Educação Popular, intitulado *Sistematização*, de Elza Falkembach.

Teorizar é fazer o pensamento funcionar de forma ordenada, coerente. [...] Relacionar os acontecimentos entre si e com as situações onde estão ocorrendo; selecionar o importante e o secundário; ver as semelhanças e diferenças; o específico e o global; penetrar as aparências procurando as contradições da ação.

Vemos a teoria como aquilo que dá sentido à realidade específica, enquanto permite entendê-la por dentro, o seu funcionamento. Permite também entender as relações dessa realidade específica com a conjuntura mais ampla. E a dimensão histórica dessas relações: como era antes e como está sendo agora. (Falkembach, 1991, p. 8)

Durante o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, vamos trabalhar em vários momentos com base na experiência dos educandos, aprofundando a análise. Então, é importante que desde o primeiro encontro comecemos o processo de sistematização.

O que é sistematização?

A sistematização é um processo de produção do conhecimento que se dá a partir da experiência. Se a experiência é coletiva, é importante que esta sistematização se dê também de forma coletiva, contando com a participação dos diversos agentes dessa prática.

Falkembach afirma que a sistematização:

Recupera o que as pessoas sabem da sua experiência. Registra os acontecimentos e as interpretações que estes sujeitos têm sobre eles [os acontecimentos]. Cria espaço para que essas interpretações sejam discutidas. Procura localizar as contradições e enfrentá-las. Procura ver as relações entre os acontecimentos, reflete sobre o comportamento e evolução dos mesmos. Situa a experiência vivida num plano maior. Transforma a própria experiência em objeto de estudo. Com isso vai havendo uma aproximação de conceitos entre os agentes da prática e, ao mesmo tempo, aprofunda-se o conhecimento do contexto onde ele se realiza. (Falkembach, 1991, p. 11)

Quais os objetivos da sistematização?

A partir do que foi dito anteriormente, podemos perceber que a sistematização de experiências parte da prática, buscando contextualizá-la e refletir sobre ela, localizando as contradições e os problemas enfrentados ou por enfrentar, e possibilitando a transformação da própria experiência.

Com as ideias mais claras sobre estas questões, os caminhos que a prática deve seguir ficam também mais claros. A sistematização realimenta a prática.

A sistematização possibilita, ainda, a socialização do saber. A comunicação das experiências de educação e ação social entre os grupos, para que os erros e os acertos de uns sirvam de aprendizagem também para outros. (Falkembach, 1991, p. 13)

A sistematização também permite a identificação das fragilidades e das necessidades de ampliação do nosso conhecimento.

Quem sistematiza?

É importante que todos aqueles que participaram da experiência a ser sistematizada estejam envolvidos na reflexão, mesmo que exista um grupo responsável pela coordenação desse processo.

De todo modo, é fundamental ter registros do processo à medida que o grupo vivencia a experiência. Podem existir diferentes interpretações para os fatos, por isso é importante discuti-los e, se necessário, também registrá-los.

Como sistematizar nossa prática?

PREPARANDO A SISTEMATIZAÇÃO

Uma vez discutida, em pequenos grupos, a importância da sistematização das experiências, vamos apresentar alguns passos para nos guiar.

I – Caracterizar a experiência

Inicialmente devemos retomar as experiências relativas aos projetos vividos nas práticas de educação em saúde, revendo seus objetivos, sua metodologia, a participação de seus agentes, os problemas e contradições que vêm dificultando o seu desenvolvimento. O objetivo é promover coletivamente uma reflexão crítica dos relatos.

II – Definir o foco da sistematização

Depois dos relatos, é importante definir o objeto da sistematização, pois dificilmente vamos analisar toda uma prática social. “A sistematização não é uma descrição exaustiva da experiência. Precisamos decidir sobre quais dimensões da nossa prática vamos nos deter em nossa reflexão e análise” (Falkembach, 1991, p. 18). O eixo central da sistematização deve estar composto pelas principais preocupações teórico-práticas relacionadas ao objeto que está sendo analisado. Por exemplo, em relação às práticas educativas é importante refletir, principalmente, acerca do jeito de fazer, isto é, como a atividade foi desenvolvida.

III – Apresentação dos resultados

Antes mesmo de iniciar a sistematização é importante pensar como apresentar seus resultados, pois a maneira de apresentá-los vai organizar seu registro. Para apresentar os resultados da sistematização, pode-se escolher um ou mais formatos: um texto, um folheto, um vídeo, uma música, um esquete de teatro ou outros.

REALIZANDO A SISTEMATIZAÇÃO

I – Aprofundar alguns conceitos

É importante construir um marco conceitual que possibilite assegurar certa unidade de concepções entre os participantes da sistematização, no sentido de favorecer a análise e a produção conjunta do conhecimento. Se o objeto da sistematização são as práticas educativas, o marco conceitual para a reflexão crítica sobre elas é a educação popular.

II – Organizar as informações

Para que a análise da experiência acompanhe o processo desenvolvido, é importante definir os principais momentos que a compuseram. A informação sobre esses momentos pode ser organizada seguindo uma cronologia, e caso existam lacunas é possível programar a coleta de informações. Sobre as atividades educativas, os momentos podem ser, por exemplo, a escolha do tema, a definição do local e dos participantes, a forma de divulgação, a forma de avaliação, entre outros.

III – Recuperação do processo vivido

Este é o momento de reconstruir a história da experiência de forma descritiva, detalhando cada um dos principais momentos. Para isso será necessário consultar os registros que foram recolhidos. Também é importante incorporar os acontecimentos do contexto local ou nacional que influenciaram a experiência. Alguns dos elementos da prática que podem ser descritos são, por exemplo, como é a relação entre os participantes da experiência (profissionais de saúde, população, gestores), como os participantes se relacionam com o tema trabalhado, se só receberam informação ou deram contribuições a partir do que sabem, entre outros.

IV – Analisar a prática

Na análise da prática procuramos entender os principais problemas de cada momento e de toda a experiência, as contradições ou tensões, buscando entender suas causas. Precisamos levar em conta nessa análise o contexto mais amplo em que se situa a experiência.

V – Síntese das reflexões

Na síntese procuramos recuperar uma visão global da experiência analisada. A sistematização deverá ter como foco o eixo de análise definido inicialmente, buscando contribuir com o desenvolvimento da prática. Falkembach (1991) destaca a importância de revelar as afirmações e os questionamentos feitos a partir da análise crítica da experiência; os novos conhecimentos que foram proporcionados; e as frentes de reflexão a serem exploradas. Recorda ainda que não podemos extrapolar os limites de nossa experiência e do objeto da sistematização estudada, ou seja, não cabe fazer generalizações a partir desta sistematização.

VI – Conclusões

Trata-se aqui de fazer um balanço do processo de sistematização, analisando os objetivos que conseguiram e os que não conseguiram ser atingidos; quais contradições ou tensões detectadas puderam ser superadas e quais permaneceram; e por fim, quais são as recomendações e sugestões que podem ser feitas para práticas semelhantes.

SOCIALIZANDO E REALIMENTANDO A NOSSA PRÁTICA

Este é o momento de pensar em como incorporar à prática os ensinamentos proporcionados pela nossa reflexão e de “socializarmos o que foi

aprendido, mostrando erros, acertos e pistas para superarmos e prevenirmos o não desejado e para reforçarmos as conquistas” (Falkembach, 1991, p. 29).

Referências bibliográficas

FALKEMBACH, Elza Maria Fonseca. *Sistematização*. Ijuí, RS: Unijuí, 1991. (Educação Popular, 1).

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil

Organizado por: Vera Joana Bornstein

Nos últimos 25 anos, a experiência com agentes comunitários de saúde (ACSs) inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido amplamente analisada no Brasil, sendo produzidos inúmeros estudos que, em sua grande maioria, ressaltam a importância desse trabalhador na equipe de saúde da família. Retomaremos aqui uma reflexão que problematiza as práticas do ACS no Brasil, especialmente no que se refere ao seu exercício como educador no contexto das políticas de saúde, e que faz parte do artigo *Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde* (Bornstein et al., 2014).

A origem dos agentes de saúde é anterior às políticas públicas que inseriram esse trabalhador no SUS. Porém, é a partir destas políticas que o agente de saúde aparece formalmente como uma ocupação reconhecida em âmbito nacional.

Em 1991 é lançado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) que, no ano de 1992, passou a chamar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Sua implantação foi iniciada pelos estados do Nordeste, nos quais foram priorizadas as ações da área materno-infantil. Estas experiências, somadas às experiências locais anteriores, formam a base para o lançamento em 1994 do Programa de Saúde da Família (PSF).

A partir de 1996 o nome Programa Saúde da Família foi substituído por Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando que os programas têm um caráter mais vertical, estabelecido pelo Ministério da Saúde, e estão mais focalizados em determinado problema. O Ministério da Saú-

de passa a considerar a Saúde da Família como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde no Brasil, visando contribuir para o aprimoramento e a consolidação do SUS.

A ideia de reorientação da atenção à saúde é ainda mais consolidada na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), de 2006, entendida no sentido da substituição do modelo tradicional de assistência, com lógica biomédica, voltado para a cura de doenças e com ênfase na demanda espontânea, por outro modelo, centrado na promoção da saúde e na prevenção de doenças, com enfoque nas famílias em seus territórios, nos quais a determinação social da saúde pode ser mais bem entendida.

A importância da Estratégia Saúde da Família é mais uma vez reafirmada como reorganizadora da atenção básica na nova Pnab, aprovada em outubro de 2011, na qual a ESF é definida como a porta de entrada para o SUS, com ênfase no cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Apesar das intenções constantes nos documentos oficiais, no artigo mencionado anteriormente (Bornstein et al., 2014) são abordados vários estudos que indicam existirem enormes desafios para a reorientação do modelo biomédico vigente na grande maioria dos serviços. Algumas dessas dificuldades são a incipiente realização de ações intersetoriais; o excesso de atividades burocráticas; o estabelecimento de metas verticais e o modelo de avaliação, que fragmentam a atividade dos profissionais e dificultam a integralidade da atenção; e a falta da garantia de continuidade do cuidado.

O ACS é um elemento inovador na equipe de saúde, tanto no Pacs quanto na ESF. Ele é o único componente da equipe que tem como um dos requisitos para a sua contratação a condição de ser morador da área em que atuará, o que seguramente está vinculado à ideia da aproximação e entendimento das condições de vida da população, de suas características culturais, de sua dinâmica social e familiar.

Ainda que as atividades educativas estejam previstas para serem desenvolvidas por todos os integrantes da equipe de saúde da família, é o ACS o único membro da equipe cujo trabalho está ou deveria estar focado na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e o único a não ter atribuições clínicas. No entanto, Bornstein et al. (2014) concluem que a excessiva normatização do trabalho do ACS, assim como a falta de inves-

timento em sua formação profissional, dificultam o desenvolvimento de atividades educativas, sobretudo aquelas características da educação popular:

[...] a maneira como estes profissionais têm sido incorporados ao modelo de atenção à saúde limita a sua atuação como agente transformador e fomentador da participação popular, pois embora lhes sejam atribuídos estes papéis, a estruturação dos serviços e as formas de gestão impulsionam os ACSs a assumirem funções características da assistência em saúde tradicional. (Bornstein et al., 2014, p. 1.336)

Ao mesmo tempo apontam que

[...] a criação de espaços de expressão do saber dos agentes e análise crítica do trabalho educativo realizado seriam fundamentais para se repensar constantemente a sua práxis. (Bornstein et al., 2014, p. 1.336)

Marcos históricos ressaltados por uma liderança dos ACSs

Tereza Ramos, que é agente de saúde desde 1978 e foi presidente da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), é uma importante liderança desses trabalhadores.

A seguir reproduzimos trechos da entrevista de Tereza Ramos publicada na revista *Trabalho, Educação e Saúde* em 2007. Essa entrevista foi concedida um dia antes da aula inaugural, proferida por Tereza, no início do ano letivo, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), no Rio de Janeiro. Na entrevista, Tereza fala da luta protagonizada pelos ACS em defesa de seus direitos trabalhistas. Em relação à pergunta feita pela revista *Trabalho, Educação e Saúde* sobre quem eram os agentes de saúde e como se organizavam, Tereza afirma:

[...] o momento mais importante que vivi, antes de chegar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, foi no ano de 1985. Passamos esse ano todo trabalhando proposta para levarmos para a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceria em 1986. Trabalhamos por esse país afora, onde houvesse grupos de agentes comunitários, estávamos lá para dizer: “Vai ter a conferência, a conferência vai voltar, a gente tem que participar e a gente tem que ir com propostas”. E, finalmente em 1986, a Conferência Nacional de Saúde foi a retomada de tudo o que temos hoje. (Ramos, 2007, p. 330)

Falando sobre o início da luta pela desprecarização e pela formação técnica dos ACSs:

Assume o Itamar Franco [1992-1995] e tínhamos dados comprovando a eficácia do trabalho dos agentes. Então começamos a nos sentir importantes também e a buscar uma forma de “desprecarizar” a nossa situação. Éramos bolsistas. Passei um ano, dois anos, três anos como bolsista. Quando entrei, em 1993, os ACSs ainda eram bolsistas. E se a gente tinha conseguido reduzir mortalidade, convencer as gestantes a fazerem pré-natal, imunizar as crianças no esquema completo, então nada mais justo do que sermos melhor assalariados por isso. E também ter treinamentos, reciclagens... Houve um treinamento inicial, dado pelo Imipe [Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira] em Pernambuco, por estados, prefeituras e pela Fundação Nacional de Saúde. Só que era um treinamento inicial. Depois ficamos praticamente sem nenhum. Então, começamos também a brigar para ter treinamento, e os treinamentos vieram. Mas, assim, sobre assuntos específicos: curso de hipertensão, aí vai todo mundo fazer curso de hipertensão. Quando termina, recebe o certificadozinho. Curso de dengue, curso de cólera, e recebe o certificadozinho. Eu tenho uma pilha de certificados, acho que vinte e dois. E não tem um que diga que eu sou agente comunitário de saúde. É aí que surge a Izabel Santos, em 1994, se não me engano, tentando montar uma grade curricular de um curso técnico para agente comunitário de saúde. Havia pessoas também da Fiocruz, do Unicef [Fundo das Nações Unidas para a Infância] e da Fundação Nacional de Saúde. (Ramos, 2007, p. 331-332)

A formação técnica, a meu ver, tem que ser uma ferramenta para o agente comunitário poder servir melhor à sua comunidade, prestar um serviço de melhor qualidade. Tem que servir para isso. Se ela não servir para isso, então é melhor que não se faça. Tem que servir para dar ênfase, para subsidiar o agente comunitário em seu trabalho junto aos usuários, ou, como a gente chama, as minhas famílias, as nossas famílias. (Ramos, 2007, p. 332)

Sobre os opositores e dificuldades para que a formação técnica aconteça integralmente, diz:

Há argumentos estranhos. Já ouvi uma pessoa dizer que a lei nº 11.350, de outubro de 2006, estabelece que não é preciso fazer curso técnico para ser agente comunitário de saúde. Ora, eu tenho cópia da lei nº 11.350. Não existe nessa lei, em nenhum lugar, em nenhum momento sequer, nada que dê a entender isso. Também não é questão de entendimento. A outra coisa que se fala é que se a capacitação técnica do agente comunitário de saúde vai elevar o nível de conhecimento desse agente, ele naturalmente vai querer ser melhor remunerado. Outra grande besteira, porque vamos brigar por salário, independente de termos curso técnico ou não. (Ramos, 2007, p. 332)

São vários grupos ou setores [que fazem estas afirmações]. Não é todo o mundo desse ou daquele segmento, mas setores. Com relação ao curso técnico especificamente, ouvi claramente do pessoal do Conasems [Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde] e do Conass [Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde]. (Ramos, 2007, p. 332)

A revista pergunta sobre os argumentos do ACS para defender a formação técnica, e não uma formação inicial, como está acontecendo hoje. Tereza afirma que:

Todo trabalhador, de qualquer área, precisa ser qualificado, porque precisa prestar um serviço de boa qualidade. Não só o tra-

balhador do serviço público, mas acho principalmente do serviço público. E o ACS está na ponta. É um sujeito que está lá, ele e a dona de casa. (Ramos, 2007, p. 333)

A revista pergunta sobre o que mudou na rotina de trabalho de Tereza após ela ter realizado a primeira etapa do curso técnico:

Concretamente, a questão da burocracia do trabalho do agente comunitário de saúde. Todos os agentes detestam a burocracia. Detestamos fazer relatório, preencher ficha A, ficha B, ficha C. Detesto isso. Pensávamos assim: essa porcaria tem que ser feita, porque se não fizer o dinheiro não vem. E, com o curso, a gente aprofundou essa discussão. Então, vimos o seguinte: as fichas que tínhamos que preencher, A, B, C, até o Z, se for preciso, têm um propósito muito maior do que simplesmente vir o dinheiro do ministério. É a partir das minhas fichas e das fichas dos meus colegas que o município tem um retrato, um diagnóstico da minha comunidade. Ali está o retrato da minha comunidade. E, a partir disso, dependendo do gestor, podem ser traçadas políticas na área de saúde, o que é importante para a qualidade de vida dessa comunidade. Descobrimos isso no curso, depois de dez, doze anos trabalhando e fazendo as danadas das fichas. (Ramos, 2007, p. 333)

Diante da pergunta sobre o que Tereza definiria como o trabalho do ACS, a resposta é:

A visita domiciliar é a síntese do trabalho do ACS. Não estou falando de entregar contas de luz ou de água. Porque isso é diferente. Uma coisa é passar numa casa para entregar uma conta, outra é visitar a família. Na visita, o agente observa as condições de higiene da casa, se a mãe está lavando roupa ou se tem o que comer naquele dia. Isso é uma visita. Há meses em que fica complicado fazer uma visita bem feita. Em outros, tudo corre bem. Às vezes, chegamos na casa e a primeira coisa que encontramos é uma penca de problemas para resolver. Nesse momento, perdemos um tempo enorme. Em geral, é preciso ir à unidade porque o funcionário de lá não resolveu algo que poderia ter feito. Em vez disso, mandou a pessoa de volta procurar o ACS. As pessoas já procuram, normalmente. Quando a unidade

manda de volta, é mais cruel ainda, porque a pessoa já esteve lá. (Ramos, 2007, p. 334)

Sobre as principais dificuldades do trabalho do ACS hoje:

A principal, que ocorre desde o começo, é a falta de resposta. O trabalho do ACS só funciona cem por cento se o serviço responder com a parte dele. Na maioria das situações, não temos a resposta do serviço. Por exemplo, se encaminho uma mãe para fazer o pré-natal e ela chega na unidade, mas acaba voltando... Que trabalho eu fiz? Meu trabalho se perde ali, vai por água abaixo. Se mando uma criança para vacinar e ela volta sem ser vacinada... Primeiro, a mãe não a leva de novo espontaneamente. Vou ter que começar do zero e fazer com que ela vá novamente. Segundo, meu trabalho fica pela metade. A unidade tem que responder, o serviço tem que dar resposta. Não pode deixar de dar. Por isso, às vezes brigamos nas prefeituras e ficam achando que estamos sendo chatos e não sei o quê. Outro dia, eu disse ao secretário da minha cidade: “Olhe, estou cobrando o meu serviço, não estou cobrando o seu. Porque se o senhor não faz a sua parte, a minha vai a zero. E eu não quero o meu serviço em zero. O senhor não se importa com o seu, mas eu me importo com o meu”. Ele até ficou zangado comigo porque fui meio grossa. Eu tenho claro na minha cabeça o seguinte: o dinheiro que eu ganho sai do bolso daquelas pessoas. (Ramos, 2007, p. 335)

Em relação ao fato de o ACS residir na comunidade e sua influência na forma de cuidar da população:

Uma das coisas que influencia muito é o conhecimento. São os seus vizinhos. São pessoas que já te conheciam antes. Aí fica mais fácil de conversar, de estabelecer um clima de confiança. Eles nos encontram com facilidade, pois sabem onde moramos. Defendemos isso na emenda constitucional nº 51. Defendemos também na lei nº 11.350 e vamos continuar defendendo. Por quê? Porque é necessário residir na área. O que não podemos deixar passar é a exigência de que o agente resida na microárea. Há gente defendendo que o ACS tem que residir na microárea. Aí eu acho brincadeira! Não é necessário. Isso é demais. Agora, morar na área em que trabalha, sim. Se não morar na

minha comunidade, eu me torno, naquela em que trabalho, a mesma coisa que o médico. Largo às cinco da tarde, vou embora e acabou-se a história. Então, perco essa identidade. Na medida em que eu moro lá, sou parte dela. Por isso, em alguns momentos é difícil separar. Em todo canto, compramos briga com prefeito e secretário, por causa de atenção na unidade, da limpeza que não foi feita ou do carro de lixo que não passou. Mas é muito difícil a gente separar o “eu” morador do “eu” trabalhador. Sou moradora também. Trabalho, sim, mas sou moradora também. Antes do trabalho, já era moradora. Acho que isso une muito a comunidade, cria um elo muito forte entre o ACS e a comunidade. (Ramos, 2007, p. 336)

Em relação à conjuntura atual e às possibilidades de luta do ACS, incluindo a formação técnica, a questão do vínculo e a questão da seleção:

Nunca estive tão favorável. O cenário é bom e estamos num momento de organização. É um momento forte. A maioria das pessoas não sabe, mas tivemos três projetos de lei antes do que foi finalmente aprovado. Foram votados e perdemos. Um nem chegou a ir [para] votação, aliás dois. O terceiro chegou a ir [para] votação e perdemos. Inclusive, nesse terceiro, que antecedeu o último que aprovamos, o Sérgio Arouca era o relator. Hoje, eu analiso o seguinte: perdemos naqueles projetos não porque a Câmara tinha uma cara diferente ou coisa parecida. Éramos nós que estávamos desorganizados. Levamos dez anos para aprender como a Câmara e o Senado funcionam. Era um projeto menos audacioso do que o que foi aprovado. Esse é um momento bom, muito bom mesmo para afinar as escolas e os trabalhadores. Principalmente, as escolas que cuidam da capacitação, da formação e da qualificação dos trabalhadores. (Ramos, 2007, p. 337)

No quadro a seguir, destacamos os marcos históricos legais relacionados aos ACSs, com base no Almanaque do agente comunitário de saúde (Marteleto, 2014).

Quadro 1. Marcos históricos legais relacionados aos ACSs

1987	<p>"Em 1987, teve início o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, experiência inédita em dois aspectos: por ter sido a primeira vez que se trabalhou em ampla escala com os ACSs e por ter transformado um plano emergencial para a seca, em que se empregavam temporariamente pessoas das regiões atingidas, em um programa de promoção da saúde, utilizando os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal" (Morosini; Corbo; Guimarães, 2007, p. 264). Foram contratados 6.113 trabalhadores, dos quais a grande maioria era de mulheres, oriundos de 118 municípios diferentes do sertão do Ceará.</p>
1991	<p>Criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) pelo Ministério da Saúde, expandindo para todo o país a experiência institucional iniciada no Ceará e transformando em política nacional as experiências locais de agentes de saúde. Em 1992, este programa foi transformado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).</p>
1994	<p>Formulação pelo Ministério da Saúde do Programa Saúde da Família com a ampliação da equipe composta por um médico, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e seis ACSs.</p>
1997	<p>Publicação da portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 pelo Ministério da Saúde, que aprovou as normas e diretrizes para o Pacs e o PSF: "O Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar" (Brasil, 1997).</p> <p>Esta portaria estabelece o número de 750 pessoas e 150 famílias a serem acompanhadas pelos ACSs; define que o ACS deve ser morador da área em que atua há pelo menos dois anos; aponta que este profissional deve realizar visitas domiciliares e atividades educativas individuais e coletivas. Ao referir-se à formação do ACS somente se refere à capacitação em serviço de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor.</p>

Continuação >>

1999	Publicação do decreto nº 3.189, em 4 de outubro, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de ACS, e dá outras providências. Reafirma caber ao ACS o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas.
2002	É promulgada a lei nº 10.507 que cria a profissão de ACS exclusivamente no âmbito do SUS e define os requisitos para o exercício da profissão. Em relação à formação, estabelece a necessidade de conclusão do Ensino Fundamental, o que pode ser considerado um avanço na medida em que se refere a um curso de qualificação básica para a formação de ACS. Nesse sentido abriu a possibilidade de uma discussão sobre esta formação.
2004	Criação do Referencial curricular para o Curso Técnico de ACS, elaborado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação. Estabelece uma carga horária mínima de 1.200 horas, dividida em três etapas. Ao final do processo formativo, os educandos que concluíram o ensino médio receberão o diploma de Técnico ACS.
2006	<p>Publicação da emenda constitucional nº 51, que cria o processo seletivo público para os ACSs e ACEs e estabelece que estes profissionais somente poderão ser contratados diretamente pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios.</p> <p>Promulgação da portaria nº 648/GM/MS, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Em seu Anexo I, estabelece as atribuições de todos os componentes da Equipe de Saúde da Família e da Equipe de Saúde Bucal.</p> <p>Promulgação da lei nº 11.350, que estabelece as atividades e os requisitos para ser ACS e ACE. Reafirma a necessidade do ACS residir na área da comunidade em que atuar, porém esta exigência se dá a partir da data da publicação do edital do processo seletivo público. Estabelece o vínculo direto entre os ACSs e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. Em relação à formação técnica, esta lei significa um retrocesso, visto que pauta somente um curso introdutório e o Ensino Fundamental.</p>

2007	Promulgação da lei nº 11.585, que institui o dia 4 de outubro como o Dia Nacional do ACS.
2008	Publicação da portaria nº 2.662, que institui o financiamento pelo Ministério da Saúde para a formação de 400 horas do ACS.
2011	Publicação da portaria nº 2.488, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Incorpora a flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade. Em relação ao ACS, mantém que este profissional deve desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, porém abre a possibilidade do exercício de atividades dentro da unidade, desde que vinculadas às atribuições definidas.
2014	Publicação da portaria GM/MS nº 314, por meio da qual o Ministério da Saúde fixa em R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) por ACS a cada mês o valor do incentivo de custeio a ser repassado. Publicação da lei nº 12.994, que altera a lei nº 11.350/2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira do ACS e do ACE.
2016	Publicação da Portaria GM/MS 958/2016 que extingue a obrigatoriedade de contratação do profissional agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, sob os argumentos de "ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica" e "aumentar a capacidade clínica na Unidade Básica de Saúde e o cuidado no domicílio, fortalecendo a continuidade da relação clínica na construção de vínculo e responsabilização, bem como ampliar a resolutividade da Atenção Básica". Esta portaria foi suspensa, diante da pressão feita em Brasília pelos agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias. O movimento desses trabalhadores logrou que em 9 de junho de 2016 fosse publicada a Portaria nº 1.132 que tornou insubsistente a portaria 958.

Referências bibliográficas

BORNSTEIN, Vera Joana et al. Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1.327-1.340, 2014.

MARTELETO, Regina Maria (coord.). *Almanaque do agente comunitário de saúde*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/almanaque_agente_comunitario_saude.pdf. Acesso em: 28 maio 2016.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Ana Maria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Correa. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287-310, 2007.

RAMOS, Tereza. Entrevista para Márcia Valéria Morosini. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 329-337, jul. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1º fev. 2016.

História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil

Ieda da Costa Barbosa

Grácia Maria de Miranda Gondim

Marcio Sacramento de Oliveira

Desde o período do Brasil Colônia até o final da década de 1990, as ações de vigilância em saúde, prevenção e controle de endemias eram realizadas pelo governo central. Essas ações tiveram sua origem no país em 1808, com a criação da Provedoria-Mor, primeira organização nacional de saúde pública no Brasil, com o objetivo de diminuir os riscos de agravos e de doenças. Seus profissionais eram responsáveis pelas inspeções sanitárias nos portos, podendo ser considerados como os precursores dos agentes de controle de endemias (ACEs).

Em 1886, o decreto nº 9.554 reorganizou os serviços sanitários do Império e em 1889 o governo federal criou a *polícia sanitária* para impedir surtos epidêmicos. Porém o trabalho dos profissionais que atuavam na polícia sanitária começou a ganhar força apenas a partir do início do século passado, quando o médico sanitarista Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que hoje corresponderia ao Ministério da Saúde. Sua principal meta era erradicar três das principais doenças que assolavam a capital brasileira naquela época: febre amarela, peste bubônica e varíola.

Em 1903 a polícia sanitária foi reformulada, passando a atuar diretamente no combate ao mosquito transmissor da febre amarela, o *Aedes aegypti*. A polícia sanitária era muito criticada, pois “adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarílico, inclusive multando e intimando proprietários de imóveis insalubres a demoli-los ou reformá-los” (Palma, 2003). As brigadas sanitárias eram compostas por diferentes categorias profissionais, inclusive os guardas sanitários, chamados pela população de mata-mosquitos. Estes “percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d’água,

colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos” (Brasil, 2004, p. 17).

Em 1970, o Ministério da Saúde criou a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), que incorporou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru), a Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) (decreto nº 66.623, de 22/5/1970). Nesse período, o termo *polícia sanitária* deixou de existir, e os guardas sanitários passaram a ser conhecidos como *agentes de saúde pública*.

Outro fato que marca a história de construção da identidade desses profissionais está relacionado à utilização da substância DDT (diclorodifeniltricloroetano) para o combate a doenças endêmicas, como malária e febre amarela. Essa substância, altamente tóxica, foi usada até o início dos anos 1990, quando casos de intoxicação foram diagnosticados, e muitos trabalhadores morreram ou se tornaram inválidos. O DDT só foi proibido no Brasil pela lei nº 11.936/2009.

Nos anos 1990, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). A Sucam e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp) passaram a denominar-se Fundação Nacional de Saúde (FNS), pela lei nº 8.029/1990, definindo-se a seguir a descentralização de suas ações e de serviços de saúde (portaria FNS nº 1.883/1993).

Nessa conjuntura, foi dispensado grande contingente de trabalhadores – agentes de saúde pública oriundos da Sucam –, o que resultou na mobilização da categoria ao longo dessa década, até ocorrer a reintegração ao cargo em 2003, com o governo federal reconhecendo como data de admissão o ano de 1994. A contar dessa data, esses trabalhadores foram os últimos nesta função a serem servidores federais, tendo como perspectiva a aposentadoria até 2029 e, conseqüentemente, a extinção desse quadro federal. Diante deste cenário, a expectativa é que estados e municípios criem seus quadros próprios, em consonância com a descentralização das ações de vigilância em saúde.

Deve ser ressaltado que quando as ações de vigilância foram descentralizadas, em 1999, coube à Funasa capacitar e ceder aos estados e municípios cerca de 26 mil agentes. O ex-coordenador do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), Carlos Eduardo Colpo Batistella, comenta que:

O trabalho deles era caracterizado por uma atuação quase especificamente em uma doença: havia os guardas da malária, os guardas da dengue, os guardas da esquistossomose e assim por diante. Esses profissionais conheciam bem uma ou duas doenças, e sua formação era basicamente instrumental, ou seja, dissociada de qualquer base científica maior ou de conteúdos de formação mais ampla. A formação estava absolutamente restrita ao conteúdo técnico para o controle daquela determinada doença, de modo que eram feitos treinamentos de curta duração, respaldados por guias ou cartilhas elaboradas dentro da própria Funasa. (Torres, 2009, p. 17)

Para dar conta de um processo formativo voltado para esses trabalhadores, surgiu o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, por meio de um convênio entre a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), a Funasa e, mais tarde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES). O programa ofereceu cursos de formação inicial entre 2003 e 2006, com o objetivo de fazer com que os agentes atuassem mais articuladamente com a própria realidade, e formou cerca de 32 mil trabalhadores. Batistella comenta:

A ideia era levar os alunos a realizarem um trabalho de campo nas áreas em que já atuavam, fazendo um diagnóstico das condições de vida e saúde da população, identificando situações de risco, potencialidades e vulnerabilidades do local. (Torres, 2009, p. 17)

Dando continuidade à política de formação de nível médio em saúde, o Ministério da Saúde editou pela SGTES, em 2011, as Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde, fazendo-se necessário, nos níveis estadual e municipal, pensar na criação desse cargo, com respectivo plano de carreira e salário, considerando que em muitos municípios essa categoria não existe em seu quadro de funcionários.

Atualmente, há uma enorme quantidade de nomenclaturas para designar esse tipo de profissional: agente de endemias, guardas de endemias, agente de controle de endemias, guardas sanitários, agente de vigilância em saúde, agente de saneamento, entre outros. Ao mesmo tempo,

existem diversos contratos de trabalho (celetistas, servidores públicos e temporários), além de diferentes vínculos com instituições estatais (municipais, estaduais e federal) e privadas (organizações sociais, organizações não governamentais, entre outras).

Durante os anos em que foram dispensados pela Funasa, muitos desses trabalhadores, em busca de emprego, seguiram seus estudos a fim de aumentar sua escolaridade. Nesse sentido, embora a exigência para admissão no cargo seja o nível fundamental de escolaridade, hoje o quadro de trabalhadores da vigilância é bem diversificado.

Ocorre também uma expressiva diferença salarial em função da reintegração e da descentralização desses trabalhadores. Os reintegrados do nível federal tiveram os salários redimensionados (aumentados) por conta de indenização correspondente aos anos em que ficaram fora da instituição. Por sua vez, devido à descentralização das ações de vigilância em saúde, estados e municípios precisaram compor seus quadros para esta função, muitas vezes por meio de contratos temporários e sem um piso salarial comum. Essa situação gerou uma grande mobilização dos trabalhadores para a regulamentação da profissão, fixação de piso salarial e definição de formas de contrato trabalhista, o que culminou na emenda constitucional nº 51 (EC51) e nas leis nº 11.350/2006 e nº 12.994/2014.

Os ACEs, hoje, formam um contingente expressivo de trabalhadores que apresentam diferenças em relação ao vínculo, ao tipo de contrato de trabalho, ao salário e à formação. Isso tem dificultado o fortalecimento de uma identidade profissional própria e o reconhecimento como trabalhador do SUS, o que leva a um processo de trabalho menos integrado com os demais trabalhadores.

De forma geral, o processo de trabalho desses profissionais procura dar conta de doenças geralmente endêmicas. Suas atividades não acontecem necessariamente dentro das unidades de saúde, e sim nos territórios, nos quais as doenças se originam e se manifestam. Nesse sentido, os trabalhadores parecem ter dificuldades de se reconhecer como partes das equipes das unidades de saúde, ao mesmo tempo em que as equipes também têm dificuldade de reconhecê-los.

Como a formação desses trabalhadores, tradicionalmente, estava restrita a determinada endemia, hoje o trabalho no campo da vigilância em saúde enfrenta o desafio de promover uma atuação orientada pelo con-

ceito ampliado de saúde e capaz de incidir sobre seus determinantes sociais nos territórios.

Contexto atual

Apenas em 2006 foi publicada a lei nº 11.350, que descreve e regulamenta o trabalho do ACE. O texto diz que o trabalho dos agentes deve se dar exclusivamente no âmbito do SUS, que a contratação temporária ou terceirizada não é permitida (a não ser em caso de surtos endêmicos) e que deve ser feita por meio de seleção pública. A lei diz ainda que um dos requisitos para o exercício da atividade do agente de endemias é ter concluído um curso introdutório de formação inicial e continuada. Essas atividades de educação profissional devem ser assumidas por escolas técnicas do SUS (Etsus).

A partir da Reforma Sanitária, da criação do SUS e do conceito ampliado de saúde, se estabelece o desafio de se implantar um novo modelo de atenção à saúde para superar o esgotamento dos modelos vigentes, aqueles com foco em doenças. Nesse contexto, o modelo de vigilância em saúde é proposto com o objetivo de promover a reorganização da atenção básica e do processo de trabalho nos territórios, o que culmina na necessidade de redefinição desse trabalhador, não mais como agente de controle de endemias, e sim como um agente de vigilância em saúde.

No contexto do modelo da vigilância em saúde, tem-se a expectativa de mudança no perfil das atribuições desse trabalhador, inseridas no âmbito das vigilâncias ambiental, epidemiológica, sanitária e da saúde do trabalhador, com ênfase na promoção em saúde.

Nesse sentido, a portaria MS nº 1.007/2010 aponta para a inserção desses profissionais no processo de trabalho da atenção básica, articulando as ações de vigilância às da atenção nas equipes de saúde da família.

Em 2008, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) publicou um relatório de pesquisa, coordenado por Cristiana Leite Carvalho (2008), relativo às atribuições dos trabalhadores de nível médio nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, para verificar se havia perfis nítidos ou se as áreas se sobrepunham. A análise das entrevistas mostrou que, em muitos municípios,

trabalhadores vinculados à vigilância atuavam em mais de uma área. Segundo Batistella:

Isso foi registrado, em geral, nos municípios pequenos, que são a maioria no país. Neles, há uma espécie de atuação complexa. Enquanto isso, nos municípios de médio e grande porte e, em especial, nas capitais, a diferenciação nas ações é muito maior. Há certa especialização e os profissionais atuam com identidade forte em apenas uma das vigilâncias. [...] Assim, percebeu-se que a variação nas atividades está bastante vinculada ao tamanho e à capacidade de organização dos municípios para o desenvolvimento dessas práticas. (Torres, 2009, p. 17)

De acordo com Batistella, até o momento as questões levantadas ao longo desse processo apontam para a necessidade de uma formação técnica integrada e ampla, envolvendo trabalhadores de todas as vigilâncias (Torres, 2009).

Outra questão levantada é que, embora trabalhem em base territorial, a lógica que define seu território de atuação está determinada por uma área física, sendo diferente daquela que define os recortes territoriais da atenção básica, dificultando sua inserção na Estratégia Saúde da Família.

Questões para reflexão

Pensando no seu processo de trabalho, você se reconhece como agente de controle de endemias ou agente de vigilância em saúde? Por quê?

Considerando o conceito ampliado de saúde, você se veria como agente de controle de endemias ou agente de vigilância em saúde? Por quê?

No quadro 1, os marcos existentes na linha de tempo do trabalho do ACE e do AVS.

Quadro 1. Linha de tempo ACEs/AVSs.

Final do século XIX	
1886	Reorganização dos serviços sanitários.
1889	Reorganização do serviço de polícia sanitária. Momento de ênfase da vigilância no monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis.
Século XX	
1903	Reorganização dos serviços de higiene sob a gestão do governo federal. Ênfase nas medidas repressivas de vigilância e na polícia sanitária, que foi reformulada e passou a atuar diretamente no combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> . Início das campanhas sanitárias.
1904	Revolta da Vacina: população se revolta contra a vacinação obrigatória, definida pelo governo federal para deter o avanço da varíola.
1916 a 1942	Período de atuação da Fundação Rockefeller no Brasil. Criada em 1913 nos Estados Unidos para promover no exterior o estímulo à saúde pública, suas ações estavam voltadas para o controle das doenças tropicais com métodos de tratamento de baixo custo. Um de seus objetivos no Brasil era o serviço de educação sanitária, que mostrava à população os benefícios das ações de saúde e a necessidade de observar as regras de higiene.
1940	Criação do Serviço Nacional da Febre Amarela (SNFA), marcando a saída da Fundação Rockefeller da campanha contra a febre amarela.
1942	Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). O Sesp reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde a responsabilidade pelas tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Desenvolveu ações para combater, principalmente, a malária e a tuberculose.
1953	Criação do Ministério da Saúde; antes havia somente um Ministério para a saúde e para a educação.

Continuação >>

1954	Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (Dneru), que incorporou os programas existentes, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma).
1958	Criação do Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária (Gtem).
1966	Campanha de Erradicação da Varíola. Campanha mundial importante no Brasil para a organização institucionalizada das ações de vigilância epidemiológica.
1966 a 1973	Construção de um sistema nacional para a vigilância e o controle da varíola. Programa Nacional de Erradicação da Varíola.
1968	Criação do Centro de Investigações Epidemiológicas. XXI Assembleia Mundial da Saúde. Ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde. Recomendação de sua utilização não só nas doenças transmissíveis, com o início da discussão internacional sobre a vigilância das doenças não transmissíveis, que se tornou mais forte no Brasil alguns anos depois.
1970	Criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Criação da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde (Dnees). Instalação das unidades de Vigilância Epidemiológica da Varíola em âmbito estadual.
1979	Erradicação global da varíola.
1988	SUS instituído na Constituição Federal.
1990	Criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS). Junção da Sucam com a Fsesp. Definição formal da vigilância em saúde na lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde, que cria o SUS).
1991	Criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi).
1998	Proibição do uso do DDT em campanhas de saúde pública.

1999	<p>As atividades de vigilância epidemiológica, tais como dengue, febre amarela, malária, leishmaniose, esquistossomose, Chagas, peste, bócio, oncocercose e outras, executadas pelo Departamento de Operações (Deope), passaram a integrar o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi).</p> <p>Realização do projeto Vigisus, que objetivou a estruturação de um sistema de vigilância em saúde no âmbito do SUS, por meio de atividades que fortalecessem a infraestrutura e a capacidade técnica dos estados e municípios.</p>
2000	<p>O Ministério da Saúde recomendou a articulação dos serviços de vigilância epidemiológica com a Estratégia Saúde da Família (portarias no 1.399 e no 950, de dezembro de 1999). Marca o início da descentralização das ações de vigilância epidemiológica, com a regulamentação da norma operacional básica 1 (NB-1), de 1996, que definiu as competências da União, estados e municípios na área de epidemiologia e controle de doenças. Início do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar).</p>
<p>Século XXI</p> <p>Deslocamento da vigilância das doenças transmissíveis para os agravos crônicos não transmissíveis, vigilância ambiental e vigilância da saúde do trabalhador, assim como para o enfrentamento das doenças emergentes e reemergentes. Epidemia de Aids (década de 1980). Bioterrorismo. Pandemias de gripe.</p>	
2003	<p>O governo federal reintegra ao quadro do funcionalismo público os agentes de saúde pública oriundos da Sucam.</p>
2006	<p>Início do processo de regulamentação da carreira de ACE.</p>
2010	<p>O Ministério da Saúde indica para a integração do processo de trabalho da atenção básica: as ações de vigilância devem ser articuladas às ações da atenção.</p>
2011	<p>Diretrizes e orientações para a formação do técnico de vigilância em saúde.</p>
2012	<p>Publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica, que ressalta a relevância das ações de vigilância em saúde no contexto dos territórios da Estratégia Saúde da Família.</p>

Referências bibliográficas

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *100 anos de saúde pública: a visão da Funasa/Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf. Acesso em: 26 jun. 2016.
- _____. _____. *Cronologia histórica da saúde pública*. Brasília: Funasa, [s.d.]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>. Acesso em: 26 out. 2015.
- CARVALHO, Cristiana Leite (coord.). *Atribuições dos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador: pesquisa em municípios brasileiros*. Belo Horizonte: UFMG, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2440.pdf>. Acesso em: 26 out. 2015.
- PALMA, Ana. *Oswaldo Cruz*. In Vivo. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=114&sid=7>. Acesso em: 9 set. 2016.
- TORRES, Raquel. Agente de combate a endemias: a construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. *Poli – Saúde, Educação e Trabalho*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 16-17, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/index.php?Area=Profissao&Num=2&Destques=1>. Acesso em: 4 set. 2015.

O trabalhador social em saúde

Ronaldo dos Santos Travassos

Na intenção de trilhar outro caminho para a ação dos trabalhadores da saúde, a educação popular em saúde se apropria do conceito freiriano de trabalhador social, que ultrapassa a lógica da produtividade. É importante para o trabalhador social compreender que seu espaço é construído por sua ação política, na medida em que sua tarefa fundamental é a de agir junto com os demais trabalhadores, como sujeito e não objeto de transformação.

O trabalhador social precisa assumir um posicionamento que não seja de neutralidade, mas sim, um posicionamento crítico, com opção pela busca de mudanças que tragam benefícios sociais para a maioria da população. Isso não lhe permite, na prática de seu trabalho, impor sua vontade aos indivíduos. Esse posicionamento implica também a construção coletiva de caminhos nos quais a imposição e a manipulação não encontram lugar, pois, para contribuir na libertação dos trabalhadores, é imprescindível fortalecer sua autonomia. Paulo Freire (1997) se refere à ação domesticadora como uma ação que ao invés de ajudar a libertar o homem, aprisiona-o.

O trabalhador social, como homem, tem que fazer sua opção. Ou adere à mudança que ocorre no sentido da verdadeira humanização do homem, de seu ser mais, ou fica a favor da permanência. (Freire, 1997, p. 49)

O movimento de ação do trabalhador da saúde sobre a realidade exige uma tomada de consciência, pois aqueles que pretendem manter seus privilégios e aqueles que buscam construir uma sociedade justa e igualitária se enfrentam em todas as práticas sociais, inclusive na educação e na saúde.

Considerados como trabalhadores sociais, os profissionais de saúde que optam pela mudança, hoje, devem desenvolver suas atividades desde

a realidade mais próxima, sem perder de vista o contexto no qual estão inseridos. E tendo como ponto de partida os diversos lugares de sua atuação, tais como, os domicílios, as comunidades, as instituições de saúde, considerando a cultura e a história de vida de cada pessoa.

O trabalhador social que opta pela mudança não teme a liberdade, não prescreve, não manipula, não foge da comunicação, pelo contrário, a procura e vive. Todo seu esforço, de caráter humanista, centraliza-se no sentido da desmistificação do mundo, da desmistificação da realidade. (Freire, 1997, p. 51)

Desse modo, a educação popular em saúde torna-se fundamental para a formação técnica-profissional dos trabalhadores da saúde, no sentido de compreender a importância do espaço próprio de sua ação política.

A educação popular em saúde, tema central deste curso, se apresenta como prática político-pedagógica comprometida com o combate às desigualdades sociais e interessada em promover a participação dos indivíduos nas questões relativas à saúde e à vida da população. Neste sentido, a educação popular em saúde vem constituindo um campo estratégico para a atuação dos que trabalham junto à população, cuja finalidade é inserir na sua prática cotidiana um espaço de reflexão da sua ação. A tarefa fundamental é a de agir junto com os usuários, como sujeito e não como objeto de transformação.

Referência bibliográfica

FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.



EIXO II

O processo de trabalho
em saúde e a educação
popular

Eixo II – O processo de trabalho em saúde e a educação popular

Trabalho é a atividade pela qual o ser humano transforma a natureza para satisfazer suas necessidades e desejos. Para Marx (1978), o trabalho é o primeiro requisito de toda a existência humana e também o primeiro ato histórico: a produção dos meios materiais para manter os seres humanos vivos. É pelo trabalho que transformamos o mundo.

No modo de produção capitalista, hoje dominante na maior parte dos países, existem aqueles integrantes da sociedade que possuem os meios de produção, como máquinas, matérias-primas, conhecimento (ciência e tecnologia), e aqueles que vendem sua força de trabalho para os primeiros. Esse modelo de organização do trabalho tem como consequência a divisão da sociedade em classes: a minoria dominante que retém os meios de produção, e a maioria, trabalhadores que vendem sua força de trabalho como uma mercadoria. Além da divisão em classes sociais, o trabalho no capitalismo é caracterizado por uma divisão que separa as esferas do conhecimento e da produção, a ciência e a técnica, a teoria e a prática. O trabalho se divide em intelectual e manual, sendo este último menos valorizado.

Na saúde não é diferente. A organização do trabalho, muitas vezes, reproduz a lógica estrutural do capitalismo. Isso se expressa de diferentes formas: na privatização dos serviços de saúde, que a transforma em mercadoria a ser consumida; na fragmentação do processo de trabalho, que dificulta a promoção de ações que possam dar conta da complexidade do processo saúde-doença; na excessiva valorização de procedimentos biomédicos apoiados em tecnologias, como exames diagnósticos, que são interpostos na relação do profissional de saúde com o usuário, tornando-a fria e mecânica.

Como sabemos, o SUS é um projeto que disputa com a lógica capitalista, na medida em que defende a saúde como um direito que deve ser garantido pelo Estado e que visa superar a fragmentação do processo de trabalho e o modelo biomédico de atenção e cuidado. No contexto do SUS, o trabalho precisa ser pensado e organizado de outra forma.

Costumamos falar de processo de trabalho para enfatizarmos a dimensão cotidiana que envolve a prática dos trabalhadores, seja no âmbito da gestão, seja das vigilâncias, da atenção básica, da assistência hospitalar, da assistência farmacêutica, entre outros. Por ser dividido em áreas, o trabalho em saúde possui diferentes objetos, finalidades, técnicas e instrumentos, produtos e agentes, que devem ser considerados em seu contexto de produção (Peduzzi; Schraiber, 2009).

Os objetos do trabalho na saúde, isto é, “aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador” (Peduzzi; Schraiber, 2009, p. 321), podem ser os usuários, a população, os elementos do território, as condições de vida ou as necessidades de saúde. A finalidade, por sua vez, pode ser o cuidado, a redução da morbidade por hipertensão, o controle de vetores, a melhoria das condições de vida, entre outras. As técnicas e instrumentos variam de acordo com as finalidades, são os meios e tecnologias criados para atendê-las: a anamnese, a medicação, a promoção da alimentação saudável, o uso de larvicidas, a construção de redes de saneamento e tratamento de água, entre outros. No trabalho em saúde, além das tecnologias materiais (recursos físicos), os trabalhadores operam tecnologias não materiais, como os saberes que organizam a abordagem dos problemas de saúde. O produto é o que se espera como resultado do trabalho, e pode ser um diagnóstico, um prognóstico, um remédio, um território de vida saudável, um sujeito saudável, ou a melhoria das condições de vida. E os agentes são os trabalhadores, os usuários, os conselheiros de saúde, a população de forma geral, todos os sujeitos que vão mediar e tornar vivo o trabalho na saúde.

Independentemente de suas áreas, e ainda que mediado por tecnologias, o trabalho na saúde possui uma forte dimensão relacional, visto que ele acontece, muitas vezes, na relação entre os sujeitos. Essa dimensão relacional é o que também permite dizer que o trabalho na saúde é, a todo o momento, atravessado por ações educativas – se considerarmos a educação como uma atividade social que visa à construção de culturas, valores, hábitos, comportamentos, isto é, modos de vida. Em outras palavras, é possível dizer que o trabalho na saúde é permeado pela função *paideia*, termo de origem grega, resgatado por Campos (2003), que se refere ao desenvolvimento integral do ser humano e que enfatiza as dimensões educadora, formativa e constitutiva dos sujeitos e da sociedade.

Nesse sentido, podemos também considerar que a relação entre educação e saúde é tão antiga que torna esses dois campos indissociáveis ou, ao menos, produz uma forte e necessária interseção entre eles.

A educação no campo da saúde recebe diferentes nomes: educação em saúde, educação permanente, educação profissional, educação politécnica, educação popular em saúde... A diferenciação dos termos mostra que a educação, como uma prática transversal ao trabalho na saúde, possui finalidades e princípios diferentes. Nesse espectro de concepções, a educação popular é uma das formas de se pensar e fazer educação. Uma forma que considera todos como sujeitos de saber e que se firma em princípios como o diálogo, a amorosidade, a construção compartilhada do conhecimento, a problematização e a participação popular.

E considerando que nós, trabalhadores da saúde, somos também educadores, devemos refletir sobre nossas práticas. Acontece que, na rotina cotidiana do trabalho, a rotina nos ocupa de tal forma que nem sempre ponderamos sobre o que estamos fazendo. Nem sempre percebemos que existem práticas educativas com intencionalidades distintas, e que muitas vezes estamos impondo valores sem dialogar e respeitar o outro. Por isso, é importante que processos formativos em educação popular em saúde possibilitem uma reflexão sobre as práticas educativas desenvolvidas no contexto do trabalho em saúde, bem como uma análise crítica de seus princípios pedagógicos. Acima de tudo, é preciso promover uma reflexão sobre a importância da educação popular para o trabalho em saúde, no sentido de fortalecer práticas contrárias à forma de organização da vida na sociedade capitalista.

Ao considerarmos isso, achamos pertinente:

- Dialogar sobre as práticas educativas no processo de trabalho em saúde e refletir sobre seus princípios;
- Problematizar diferentes concepções de educação no campo da saúde;
- Compreender a educação popular como potência para o trabalho em saúde;
- Exercitar o planejamento, a execução e a avaliação das práticas de educação popular em saúde;

- Conhecer os princípios orientadores da Pneps-SUS e relacioná-los com as práticas educativas e com o processo de trabalho em saúde.

Sugestão de atividades

A educação em saúde: diferentes concepções, diferentes práticas

Propomos uma atividade que possa problematizar a construção histórica das distintas práticas educativas, considerando a importância de se refletir sobre as diferenças existentes entre a educação sanitária e a educação popular. O intuito é compreender o potencial da educação popular como uma prática que visa à emancipação da classe trabalhadora, por meio do reconhecimento dos saberes e do fortalecimento das lutas populares. Sugerimos a leitura do texto **Da educação sanitária à educação popular em saúde**, que pode ser feita em grupo ou individualmente, seguida de uma roda de conversa sobre as diferenças entre as práticas educativas, tomando como referência a experiência dos trabalhadores.

A educação popular em saúde como possibilidade teórico-metodológica no processo de trabalho em saúde

Para aprofundar a discussão sobre a importância da educação popular para a transformação do trabalho em saúde, sugerimos que seja realizada uma reflexão sobre os pressupostos da educação popular. Para iniciar essa reflexão pode ser exibido o vídeo *Paulo Freire: educar para transformar* (2005), que apresenta uma biografia do pedagogo Paulo Freire. Em seguida, educadores e educandos podem fazer a leitura dialogada do texto **A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil** ou o educador pode fazer uma exposição dialogada sobre seu conteúdo.

O trabalho à luz da educação popular em saúde

Como praticar a educação popular em saúde? Como romper com as práticas normativas que orientam nosso trabalho e organizam o modo de vida da população? Como afirmar uma educação que reconheça a todos como sujeitos de saber? Pensando no desafio que implica essa transformação, uma atividade que pode ser feita coletivamente é o planejamento de uma ação educativa na perspectiva da educação popular. Para ajudar a atividade, sugerimos a leitura do texto **O círculo de cultura e o planejamento participativo na educação popular em saúde**.

Os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (Pneps-SUS) e sua relação com o trabalho em saúde

Ainda no sentido de refletir sobre as diferentes concepções pedagógicas que orientam nossas práticas, é fundamental conhecermos os princípios orientadores da Pneps-SUS e relacioná-los com as práticas educativas e com o processo de trabalho em saúde. A própria Política pode ser consultada, ou pode ser debatido o texto **A Pnep-SUS e os princípios da educação popular presentes na política**. É importante discutir qual o significado dos princípios da Pneps-SUS, e como eles podem transformar o trabalho em saúde, em suas diversas áreas. Podem ser identificados elementos positivos (que facilitam) e negativos (que dificultam) no desenvolvimento desses princípios.

O círculo de cultura como método participativo

A proposta desta atividade é a realização de um círculo de cultura para refletir sobre as potencialidades e as dificuldades encontradas pela população no acesso aos serviços de saúde ou sobre qualquer outro problema considerado relevante pelos educandos e trabalhadores. Sugerimos para a preparação dessa atividade a leitura do texto **Círculos de cultura: problematização da realidade e protagonismo popular**. Além disso, como

leitura auxiliar, sugerimos o texto **Educação popular como prática social e profissional**.

Referências bibliográficas

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MARX, Karl. *Para a crítica da economia política*. 2. ed. São Paulo: Abril, 1978.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio. *Dicionário de*

Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

Referência Fílmica

PAULO Freire: educar para transformar. Direção: Tânia Quaresma. Mercado Cultural, 2005. 28'44", color, son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WJryIAcbRRE>. Acesso em: 1 dez. 2016.

Da educação sanitária à educação popular em saúde

Grasiele Nespoli

O campo da saúde envolve um conjunto de práticas educativas. Em diversos espaços desenvolvemos ações de educação em saúde: nos grupos, consultórios, nas portas de entrada dos serviços, domicílios, praças e, mesmo, na rua. As ações de educação em saúde também se expressam nos cartazes, nas campanhas, nos panfletos e demais materiais que circulam nos serviços de saúde, na televisão, na internet e em outros espaços sociais que procuram desenvolver atividades educativas. Mas o que significa, de fato, educar?

Educar não tem um significado único, pois existem diferentes formas de ver e entender as práticas educativas, e, principalmente, diverge também o que se espera delas, isto é, o que os variados grupos e atores querem com a educação. Nosso interesse neste texto é contrapor duas concepções de educação – a educação sanitária e a educação popular em saúde – para refletirmos sobre suas diferenças e pensarmos com qual delas concordamos. Essas concepções não são as únicas que existem, nem são excludentes, mas nos servirão para exemplificar as visões, contradições e possibilidades de organização do trabalho no campo saúde.

O que chamamos de *educação sanitária* é uma forma de organização das práticas educativas que, embora tenha se intensificado ao longo do século XX, tem suas raízes plantadas no final do século XIX, em um contexto social marcado por profundas mudanças: fim da escravidão, emergência de novas formas de organização econômica e do trabalho, crescimento do comércio, surgimento das primeiras indústrias, expansão desordenada das cidades, aumento da desigualdade social, da pobreza e das doenças, como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica – doenças transmissíveis que causavam muitas mortes e danos econômicos.

Nessa época, com o desenvolvimento da microbiologia (estudo dos micro-organismos possibilitado pelo avanço tecnológico do microscópio

e de outras técnicas de laboratório), os médicos sanitaristas consideravam a saúde como a “ausência de doença”. Por sua vez, como a doença era entendida como um fenômeno exclusivamente biológico que ocorre na interação do ser humano com a natureza, as políticas de saúde orientavam intervenções no meio ambiente, como matar mosquitos, eliminar ratos e sanear a cidade, e no corpo, principalmente por meio das vacinas e dos hábitos de higiene.

Acabar com as doenças significava limpar as cidades e higienizar as pessoas: acabar com as situações em que os micro-organismos nocivos ao corpo humano podiam se desenvolver. Nesse sentido, as ações educativas eram fundamentais, pois com elas era possível convencer as pessoas a aceitarem e participarem do controle das doenças, por meio de medidas preventivas, de profilaxia e de autocuidado, e da mudança dos hábitos e comportamentos. Foi assim que a educação sanitária se constituiu como uma forma de controle e ordenamento social, ancorada no pressuposto de que a ignorância era a principal causa das doenças.

Essa concepção nega tanto uma percepção quanto uma análise mais aprofundada da dimensão social do processo saúde-doença, quer dizer, não aborda os problemas de saúde em relação às condições de vida das pessoas, condições definidas pela realidade social, cultural, econômica e política do país, de suas diversas regiões e territórios. Apesar de aceitar que a população mais pobre estivesse mais sujeita às doenças, a pobreza não era entendida como resultado da forma como organizamos o sistema econômico e distribuímos os recursos necessários à vida. Entendia-se que era preciso acabar com a pobreza e limpar a cidade, para assim eliminar as doenças. Foi com esse objetivo que, no começo do século XX, a cidade do Rio de Janeiro passou por reformas urbanas, deslocando a população pobre para os morros e periferias. Porém “acabar com a pobreza” não significou distribuir a riqueza e sim deixar os pobres à margem da sociedade, afastados das áreas nobres da cidade, tornando-os invisíveis, mantendo-os sob controle.

A educação sanitária, mesmo não tendo em si um posicionamento aberto, estava a serviço da elite brasileira, e se difundia cada vez mais por meio do rádio, cinema, jornais e outros meios informativos, que ajudavam o Estado a limpar e reorganizar as cidades. No âmbito dos serviços de saúde, os trabalhadores faziam o que aprendiam: difundiam normas,

padrões e procedimentos que objetivavam o controle dos hábitos de vida dos indivíduos e, assim, instruíam a população a cuidar do lixo, lavar as mãos, usar talheres, tomar banho, tomar remédios, entre outros.

O trabalho educativo na perspectiva higienista e sanitária se organizava em um modelo campanhista, era informativo e acontecia, quase sempre, de forma autoritária. Costumamos dizer que a educação sanitária atua de forma vertical, de cima para baixo. Quem está acima – o trabalhador da saúde, entendido como um técnico especializado – tem a legitimidade de dizer a verdade para quem está abaixo – a população ignorante. Com isso, a educação sanitária responsabiliza os indivíduos por seus problemas de saúde, muitas vezes culpabilizando-os.

Somente no começo dos anos 1950, com o desenvolvimento da medicina social e comunitária, surgiram experiências de práticas educativas que apostavam na autonomia e na participação da população. Ainda assim, as críticas às práticas de educação sanitária ganharam maior visibilidade quando, durante a ditadura militar, foram criadas, contraditoriamente, condições para a emergência de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com o padrão anterior (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015). Em outras palavras, no contexto da ditadura, os movimentos sociais criaram novas estratégias de resistência. Assim, esse período foi caracterizado tanto pelo movimento de práticas autoritárias quanto, na contramão, por propostas emancipatórias, entre elas, as ideias sistematizadas por Paulo Freire, que tiveram forte influência no movimento de educação popular e na luta pela democracia.

O trabalho de Paulo Freire foi muito importante para reforçar que os problemas sociais são resultado da divisão da sociedade em classes, divisão própria do capitalismo que permite que aqueles que detêm os meios de produção (e a riqueza) exerçam o poder político sobre a classe trabalhadora. Para Paulo Freire, a educação não deve estar a serviço da elite, ao contrário, deve ser uma forma de politizar a classe trabalhadora (ou as classes populares) para lutar por seus direitos e para buscar caminhos para a superação da desigualdade social e exploração humana.

Na perspectiva de Paulo Freire, a educação sanitária é uma forma do que ele chamou de educação bancária, uma educação que acontece de modo unilateral, por meio da transferência de conhecimento ou conteúdo; uma concepção que pressupõe o educando como um recipiente vazio

que precisa ser preenchido. “A educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador, o depositante” (Freire, 2005, p. 66).

Educação bancária

Para Paulo Freire (2005, p. 68), a educação bancária pressupõe que:

- a) O educador é que educa; os educandos, os que são educados;
- b) O educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem;
- c) O educador é o que pensa; os educandos, os pensados;
- d) O educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente;
- e) O educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados;
- f) O educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição;
- g) O educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de atuar, na atuação do educador;
- h) O educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele;
- i) O educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que se opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele;
- j) O educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos.

Na contramão da educação bancária ou da “pedagogia do opressor”, Paulo Freire sistematizou, ao longo dos anos, ideias, princípios e metodologias que fundamentaram o que hoje conhecemos como educação popular. A educação popular pressupõe que todos detêm algum tipo de saber, que ninguém vive só na ignorância e, também, que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Freire, 2005, p. 78).

As ideias de Paulo Freire foram muito férteis no campo da saúde pública,

porque fortaleceram a crítica feita às práticas de educação sanitária e abriram caminhos para a construção de práticas “que diferenciam o sistema público brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde” (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015, p. 94).

Experiências pioneiras

"Cabe ressaltar que muitas das práticas mais inovadoras da APS [atenção primária à saúde] brasileira foram criadas nessas experiências, muito antes da criação do SUS. Um exemplo importante são os agentes comunitários de saúde, no formato hoje existente no Brasil. Em meados da década de 1970, já existiam redes de agentes de saúde, em várias cidades brasileiras, formadas por trabalhos pastorais das igrejas cristãs, com práticas que inspiraram, bem mais tarde, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, o Programa Saúde da Família. O controle social por conselhos de saúde não foi uma invenção do SUS, pois já fora conquistado anteriormente, em muitos serviços e muitas cidades, pela luta dos movimentos populares de saúde. A tradição de enfrentamento de problemas específicos de saúde, através da discussão conjunta com a comunidade e suas organizações, foi introduzida e difundida por essas experiências pioneiras. A participação de todos os membros da equipe do serviço em rodas de conversa, na avaliação e no planejamento das atividades surgiu e difundiu-se nessas experiências de saúde comunitária. Os trabalhos educativos coletivos em saúde, através de grupos participativos, se aprimoraram e tornaram-se conhecidos nesta época. Estas práticas participativas, que se tornaram princípios e diretrizes da APS brasileira, são hoje internacionalmente reconhecidas e valorizadas. Representam uma herança da forte presença da EP [educação popular] nas experiências pioneiras de saúde comunitária" (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015, p. 94).

Os princípios da educação popular entendem o outro como sujeito que detém saber sobre si, sobre seu corpo, seu modo de vida e cuidado, sua família, seu trabalho, sua comunidade, suas necessidades, entre ou-

tros. A educação popular parte também do princípio de que o homem é um ser inacabado, que está em permanente construção e que se constitui nas relações sociais. Segundo Paulo Freire (2005) uma característica central do ser humano é sua histórica vocação de ser mais.

Como todos nós estamos na condição de sujeitos, a educação popular se organiza em práticas horizontais e participativas, que nos conectam e nos colocam em diálogo para refletirmos sobre nossos problemas, necessidades, desejos. A educação popular em saúde se preocupa com a formação de sujeitos políticos, envolvidos na luta pela saúde, o que implica a luta por melhores condições de vida para todos e o questionamento profundo das iniquidades, injustiças sociais, econômicas e simbólicas.

Assim, a educação popular assume um lugar de questionamento e de proposição de práticas educativas capazes de fortalecer a população para se organizar e lutar pelo direito à saúde, o que significa lutar pelo direito à educação, à moradia, ao lazer, à alimentação, ao transporte, à cultura, ao saneamento e a tantas outras coisas fundamentais para se construir territórios e sujeitos saudáveis. Para isso, precisamos impedir que nosso trabalho seja reduzido a uma rotina orientada para o cumprimento de metas, estabelecimento de procedimentos e comportamentos, monitoramento de indicadores de saúde e registro do que é feito. Precisamos refletir cotidianamente sobre nosso trabalho e em quais princípios e concepções nossas práticas educativas estão ancoradas.

Cabe a nós refletir também sobre a potencialidade da educação popular no processo de reorientação dos modelos de atenção à saúde, no sentido de se fortalecer a participação social e os espaços democráticos nos territórios, promover um trabalho coletivo e práticas de cuidado integrativas que articulem saberes populares e científicos, combater as iniquidades sociais e respeitar a diversidade de culturas existentes.

Ainda vivemos em um mundo no qual os pobres – negros, índios, camponeses, ciganos, homos-sexuais, entre outros – são deixados de lado, removidos de suas casas para dar lugar a grandes empreendimentos econômicos, culpabilizados por sua pobreza e pelas doenças, discriminados e estigmatizados por serem diferentes. Para superar isso, é preciso reconhecer que:

"Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos o nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente."
(Valla, 2000, p. 15)

Por tudo isso, precisamos refletir: que educação estamos promovendo? Como organizamos nosso trabalho? Construimos espaços para a participação popular na gestão dos serviços e ações de saúde? Ouvimos a população de fato? Quando ouvimos, o que fazemos com suas necessidades e desejos? Incentivamos a luta pelo direito à saúde? Respeitamos a diversidade de pessoas, suas escolhas e crenças? O que alcançamos com nossas práticas? Estamos empenhados em reconstruir o modelo de atenção do SUS? O que podemos fazer para nos organizar melhor?

São muitas as perguntas e também muitos os desafios que devemos enfrentar. O momento de problematização e de reflexão é fundamental para uma ação transformadora. Precisamos permanentemente refletir sobre nossas práticas. Afinal, em que sentido e por qual caminho seguiremos?

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

In: _____ (org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 7-10.

VALLA, Victor Vincent. Educação e saúde do ponto de vista popular.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos

Oliveira Dias; SILVA, Marísia Oliveira da. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. *Faeeba – Educação e Contemporaneidade*, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/viewFile/1311/886>. Acesso em: 19 nov. 2015.

A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil¹

Eymard Mourão Vasconcelos
Marcos Oliveira Dias Vasconcelos
Marísia Oliveira da Silva

Há um grande fosso separando o atendimento dos serviços de saúde da vida cotidiana da população. A maioria dos profissionais de saúde pouco conhece a dinâmica familiar e comunitária de convivência e enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente das classes populares. Para ela, as atitudes e falas dos usuários dos serviços parecem desconexas e estranhas. Esse desconhecimento tem gerado práticas de saúde marcadas pelo paternalismo, vanguardismo ou autoritarismo.

O empenho dos profissionais de saúde tem se concentrado internacionalmente no desenvolvimento e na aplicação de técnicas medicamentosas, cirúrgicas, eletrônicas e de manipulação corporal que atuam no processo de adoecimento e de cura no nível biológico, voltando-se essencialmente para o enfrentamento de doenças específicas. São iniciativas que não se integram ao esforço que as classes populares já vêm fazendo para lidar com seus problemas de saúde. Tradicionalmente há pouco investimento na compreensão dos saberes, das estratégias e das atitudes contraditórias da população diante dos desafios encontrados na busca pela saúde, o que dificulta a crítica aos procedimentos médicos e sanitários tradicionais e a criação de novas formas de abordagem dos problemas de saúde mais integradas com o agir popular.

Há, no entanto, um movimento significativo entre os profissionais de saúde em busca de uma prática mais integral, participativa e equitativa, não apenas no fazer individual, como também na reorientação da polí-

¹ Texto reeditado e publicado originalmente na Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89–106, jan./jun. 2015.

tica nacional de saúde. O delineamento legal e institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, foi fortemente influenciado por este movimento, denominado, no campo da saúde pública, de Movimento Sanitário. A educação popular (EP) teve importante contribuição para esse processo.

A aproximação dos profissionais de saúde com o movimento da educação popular

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas, até a década de 1970, ela foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados (Vasconcelos, 2010).

A partir da década de 1970, muitos profissionais começaram a se deslocar para as periferias urbanas e para as regiões rurais, unindo-se a estas iniciativas educativas junto aos movimentos sociais emergentes. Começaram a surgir serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, nos quais profissionais de saúde aprendiam a se relacionar com os grupos populares e a organizar ações de saúde integradas à dinâmica social local. Com o processo de abertura política do final da ditadura militar, movimentos populares que já tinham avançado na discussão das questões de saúde passaram a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados. Ocorrido no início da década de 1980 na Zona Leste da cidade de São Paulo, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) é o exemplo mais conhecido, porém chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos estados brasileiros (L'Abbate, 2009). Nelas, a educação em saúde passou a ser uma assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos (Vasconcelos, 2004).

A concepção da EP estava muito presente nessas práticas sociais. Os profissionais começaram a descobrir que as classes populares não são

simplesmente uma massa de carentes e ignorantes, visão até então predominante no setor saúde. Passaram a entender que elas são compostas por pessoas e grupos com uma intensa “busca de ser mais” (expressão muito usada por Paulo Freire), com significativos e surpreendentes saberes sobre como buscar a alegria e a saúde nas suas condições concretas de existência e com grande criatividade para participar da construção de soluções para seus problemas. Muitas experiências de saúde comunitária orientadas pela EP surpreenderam pela capacidade de construir, de modo compartilhado com a população, práticas de grande eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde por levarem em conta o saber acumulado da população, os seus interesses, as forças sociais ali presentes e as peculiaridades da realidade local. Essas experiências geravam também uma maior solidariedade local, novas lideranças, organizações comunitárias e um protagonismo político, fortalecendo a sociedade para lutas sanitárias e sociais mais amplas. A difusão da EP no setor saúde ajudou a criar uma ruptura com o tradicional modo pedagógico, autoritário e normativo, com o qual os profissionais de saúde lidavam com as classes populares (Vasconcelos, 2004).

A EP foi fundamental na construção e no aperfeiçoamento de muitas práticas inovadoras que diferenciam o sistema público de saúde brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde. Nos experimentos pioneiros de saúde comunitária, a EP ajudou na construção de importantes inovações que serviram de referência para o Movimento Sanitário pensar, posteriormente, o SUS, principalmente os seus serviços de atenção primária à saúde (APS).¹

Muitas das práticas mais inovadoras da APS brasileira surgiram a partir dessas experiências, muito antes da criação do SUS. Um exemplo

¹ Os serviços de saúde no SUS, como em muitos outros sistemas de saúde de outros países, se dividem em serviços de atenção primária, secundária e terciária. Os serviços de atenção primária são os mais numerosos, oferecidos próximo aos locais de moradia, de fácil acesso e com tecnologias menos caras, e são os responsáveis pelo enfrentamento da maioria dos problemas de saúde; os serviços de atenção secundária oferecem um atendimento especializado (referido pelos serviços de atenção primária); e os de atenção terciária são os serviços de maior sofisticação tecnológica para situações que exigem procedimentos mais custosos. Estes três tipos de serviços devem articular-se em uma rede integrada, para a qual os usuários são encaminhados, com tendência a voltarem para os serviços de atenção primária.

importante são os agentes comunitários de saúde, no formato hoje existente no Brasil. Em meados da década de 1970 já existiam redes de agentes de saúde em várias cidades brasileiras, formadas por trabalhos pastorais das igrejas cristãs, com práticas que inspiraram bem mais tarde, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, o Programa Saúde da Família. O controle social realizado por conselhos de saúde não foi uma invenção do SUS, pois já fora conquistado anteriormente, em muitos serviços e em muitas cidades, pela luta dos movimentos populares de saúde. A tradição de enfrentamento de problemas específicos de saúde, a partir da discussão conjunta com a comunidade e suas organizações, foi introduzida e difundida por essas experiências pioneiras. A participação de todos os membros da equipe do serviço em rodas de conversa, na avaliação e no planejamento das atividades surgiu e se difundiu nessas experiências de saúde comunitária. Os trabalhos educativos em saúde por meio de grupos participativos se aprimoraram e se tornaram conhecidos nessa época. Estas práticas participativas, bastante difundidas (ou pelo menos almejadas) da APS brasileira, são hoje internacionalmente reconhecidas e valorizadas. Representam uma herança da forte presença da EP nas experiências pioneiras de saúde comunitária.

Com a conquista da democracia política e a construção do SUS, no final da década de 1980, essas experiências localizadas de trabalho comunitário, autônomas em relação às políticas estatais, perderam sua importância, pois os movimentos sociais passaram a priorizar as lutas por mudanças mais gerais nas políticas sociais. Além disso, os técnicos que nelas estiveram engajados passaram a se deslocar para ocupar espaços de gestão e planejamento em instituições nas quais uma convivência direta tão intensa com a população é mais difícil. Entretanto, a vivência de integração comunitária de tantos intelectuais e líderes populares nessas experiências locais de saúde, o saber ali construído e as práticas de saúde inovadoras descobertas continuaram a repercutir. Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais começaram a enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da EP, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional. Passaram a enfrentar tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante, quanto a carência de recursos, em parte ligada aos conflitos

políticos pela distribuição e apropriação do orçamento numa conjuntura de crise fiscal do Estado. Nesse sentido, esses grupos se engajaram na luta pela democratização do Estado, na qual o método da EP passou a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas (Vasconcelos, 2012).

Desde o início dos anos 1990, profissionais de saúde envolvidos em práticas de EP organizaram a Rede de Educação Popular e Saúde¹ com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços de saúde. Desde então, assistiu-se a uma importante organização institucional do campo da educação em saúde, com grande influência da EP. Estruturaram-se encontros em vários estados, vários congressos de âmbito nacional dedicaram significativos espaços ao tema, criaram-se grupos acadêmicos e operativos e aumentaram as publicações. Pode-se afirmar que a EP é atualmente o corpo teórico dominante nas discussões sobre a educação em saúde da população nos espaços de debate do setor saúde. No entanto, esta hegemonia na discussão teórica não acontece no campo das práticas concretas do setor saúde, no qual continuam predominando ações educativas normativas e impositivas. A maioria dos profissionais de saúde não participa ou aprofunda a discussão crítica sobre as suas práticas educativas voltadas para a população.

Já existe um bom número de educadores populares com habilidade na reorientação de práticas de saúde e processos participativos nas políticas de saúde. Os resultados de suas intervenções mostram a importância da generalização da EP no SUS. Para o movimento da educação popular em saúde, não basta alguns saberem fazer; é preciso que este saber encontre os caminhos administrativos e de formação profissional que o permitam ser difundido e generalizado institucionalmente. Parte significativa do movimento da educação popular em saúde tem se dedicado a este processo de institucionalização da educação popular no SUS. Para ela, a EP é um saber importante na construção da participação popular, servindo à criação de uma nova consciência sanitária e, igualmente, a uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão partici-

¹ A Rede de Educação Popular e Saúde se articula principalmente por meio de um grupo de discussão na Internet (<https://br.groups.yahoo.com/neo/groups/listadaredeedpopsaude/info>).

pativa de ação social (Coraggio, 1994). Para o movimento da educação popular em saúde, o avanço democrático e participativo nas políticas de saúde pode contribuir com a criação de referências, saberes e estratégias para a democratização mais radical do Estado brasileiro.

Potencialidades do trabalho em saúde para a educação popular

A atenção à saúde é um espaço riquíssimo para a ação educativa. A crise de vida, desencadeada pela doença, fragiliza a pessoa e seu grupo social, podendo quebrar barreiras que protegem sua intimidade mais profunda. O profissional de saúde, que adquire confiança e está próximo, tem acesso a essa intimidade desarrumada e povoada de precariedades que não costuma ser revelada. As pessoas, nesse momento, passam por crises subjetivas e familiares que geram intensa elaboração mental, com questionamento dos valores que vinham orientando o seu viver. Assim, o cuidado à doença pode ser potente também na promoção da saúde e na reorganização das relações sociais (Barreto, 2013).

A aproximação com a vida familiar e comunitária, proporcionada pela APS, ajuda a revelar as dimensões emocionais, ambientais e sociais envolvidas no problema, enriquecendo imensamente o processo de cuidado. É preciso estar preparado para lidar com este espaço educativo que se abre quando se vai além de uma atuação centrada apenas na abordagem do órgão adoecido. Não é fácil lidar com tantas emoções e questões inesperadas. Porém, é neste momento que a potência e a beleza do trabalho em saúde se manifestam. A experiência de ser intensamente significativo e de receber a gratidão profunda das pessoas, em momentos tão difíceis de angústia e reorganização do viver, é estruturante do ser profissional da saúde (Lira, 2014; Silva, 2013).

Abrir o cuidado em saúde para as múltiplas dimensões que se revelam, antes de tudo, assusta. Surgem problemas aparentemente profundos demais para serem curados. Problemas com dimensões misteriosas, que não há como esclarecer em curto prazo, mas que exigem ações imediatas, muitas vezes, dependentes de condições materiais, valores e iniciativas de familiares que não se conhece bem. As sensações mais habitu-

ais são impotência e angústia. Diante dessa complexidade, é impossível um agir profissional prescritivo e orientado apenas por um saber técnico, por mais aprimorado que ele seja. A grande solução está no diálogo com as pessoas envolvidas, construindo-se coletivamente as soluções necessárias. Para isso, é preciso saber ouvir e criar confiança para a expressão de seus saberes e questionamentos. Isso não é fácil, porque lidamos habitualmente com pessoas com uma história de silenciamento pelo passado de opressão e subalternidade. É preciso trazer, para a discussão do cuidado, outras pessoas e grupos sociais. Os saberes e práticas da EP são fundamentais na construção processual de saídas surpreendentes, gerando práticas de cuidado que aliviam sofrimentos e incentivam protagonismos (Batista, 2012).

Usualmente a EP é tida como instrumento para ações educativas coletivas na comunidade. Mas, ela é também uma grande ferramenta na ampliação do trabalho clínico que busca ir além da abordagem centrada na biologia do corpo.

O modelo de consulta médica tradicional está centrado em uma busca acurada de informações pela anamnese, pelo exame físico e por exames laboratoriais que permitam uma sábia decisão sobre o melhor tratamento para o problema apresentado. As tentativas de melhorar a relação com a pessoa a ser cuidada estão tradicionalmente voltadas à obtenção de dados mais abrangentes para uma melhor decisão terapêutica do médico. Mas, o tratamento a ser implementado não é uma decisão puramente técnica. As pessoas não se modelam passivamente às prescrições médicas, pois já trazem para o atendimento, mesmo que não o expressem, suas próprias visões de seus problemas e uma série de outras práticas alternativas de tratamento. São visões e saberes válidos, porque estão integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida. É importante, portanto, construir condutas terapêuticas por meio do diálogo entre, de um lado, a pessoa que conhece intensamente a realidade na qual seu problema está inserido e, de outro, o profissional com conhecimentos científicos sobre a questão. Todos esses conhecimentos estão atravessados por crenças, hábitos e valores próprios da cultura do grupo social no qual se formaram. Na medida em que cada um é crítico dos limites de suas análises e propostas, é possível estabelecer uma relação pedagógica na qual o diálogo não seja apenas uma estratégia de convencimento, mas a busca

de uma terapêutica mais eficaz, por respeitar a cultura e as condições materiais da pessoa. Agindo dessa forma, contribui-se também para a formação de cidadãos mais capazes de gerir sua própria saúde. A eficácia clínica está, portanto, subordinada à eficácia pedagógica da relação com a pessoa e sua família.

A importância da EP na implementação de práticas educativas em grupos dentro do serviço e em atividades coletivas na comunidade já é mais reconhecida. São atividades importantes não apenas porque permitem ricas trocas de experiência entre os participantes, como também o alcance de públicos maiores. São ainda espaços de debate mais aprofundado sobre as dificuldades e de melhor expressão dos saberes, interesses e posicionamentos dos moradores. Permitem à equipe conhecer aspectos difíceis de perceber nos atendimentos individuais. Nos espaços coletivos de discussão, as dimensões sociais presentes nos problemas pessoais de saúde são mais facilmente explicitadas e aprofundadas. As reflexões, que daí surgem, podem ser difundidas por pequenos meios de comunicação (boletins, vídeos, rádios comunitárias, apresentações teatrais, murais, dentre outros), ajudando a provocar o diálogo com outros públicos. O debate continua para além dos espaços educativos controlados pela equipe de saúde, pois as conversas informais são muito intensas nas comunidades, gerando repercussões imprevistas. A valorização dos espaços educativos coletivos contribui ainda para o fortalecimento de uma cultura organizativa e cidadã na comunidade.

A aproximação gradativa da vida comunitária local é muito pedagógica para os profissionais. As visitas domiciliares exigem tempo e competem com a pressão por um maior número de consultas individuais. Mas elas ajudam muito o profissional a entender melhor a dinâmica de vida comunitária. A participação em reuniões dos movimentos comunitários locais, festas, celebrações e lutas comunitárias permite ao profissional estabelecer parcerias e conhecer as surpreendentes outras lógicas de organizar a vida, ali presentes. E este maior conhecimento da cultura e dos recursos locais permitirá ao profissional ser mais rápido e eficaz em seus outros atendimentos (Batista, 2012; Lira, 2014; Silva, 2013; Vasconcelos, 2010).

A EP não é uma atividade a mais que alguns profissionais fazem de forma periférica à rotina do serviço. Suas ações, na medida em que forta-

lecem processos participativos dos usuários e são espaços de análise dos problemas que dificultam o trabalho acabam reorientando a globalidade do serviço.

Por causa de sua potencialidade formativa para a equipe de saúde, as atividades de EP não devem ser responsabilidade apenas de alguns profissionais, mas de todos. No entanto, nem todos têm inicialmente habilidade e gosto para a EP. Mas a alegria, a criatividade e a riqueza pedagógica de suas práticas, quando se cria um ambiente participativo e amoroso, acabam convencendo e seduzindo muitos desses profissionais resistentes. A presença de um profissional experiente em EP é importante para desencadear os processos educativos participativos. É necessário, todavia, que ele atue de forma a envolver os outros trabalhadores. Como já mencionado, não basta alguns saberem implementar bem ações de EP. É preciso que este saber se generalize no serviço e no sistema de saúde.

A EP é também uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Em várias Secretarias de Saúde e no Ministério da Saúde foram criadas coordenações de EP para ampliar a participação popular no SUS. A generalização da EP no SUS ajuda a ampliar os processos participativos na rotina de atendimento e de gestão dos serviços, superando a perspectiva que enxerga apenas os conselhos e conferências de saúde como espaços de controle social. A EP ajuda a construir novas práticas de atenção à saúde que levam em conta os saberes, interesses e condições materiais das pessoas.

Os serviços de saúde são hoje locais de muita tensão. Cobranças da gestão, dos moradores e dos movimentos comunitários pressionam o trabalhador de saúde em diferentes direções. Os conflitos pessoais e os causados por distintas perspectivas de trabalho também costumam dividir a equipe. Como investir na construção de relações de diálogo e em atitudes de escuta compreensiva, em meio a tanto sufoco no trabalho? EP exige tempo e energia. São ações processuais que precisam ser continuamente repensadas. Buscam mudanças que estão além do que é tradicionalmente cobrado da equipe. Tem sentido ainda querer fazer EP na atenção à saúde em um contexto de tantas insuficiências? Não seria melhor restringir o trabalho educativo a iniciativas mais simples e bem definidas de mudança de comportamentos de risco estatisticamente importantes por meio de ações de comunicação e convencimento enfática-

mente repetidas? Até mesmo a população parece inicialmente acomodada e sem disposição de participar em lutas mais gerais por transformação dos determinantes sociais de saúde. Para que complicar se nem o básico, muitas vezes, consegue-se fazer?

Esse desânimo é reforçado pelos valores de individualismo e de busca da felicidade centrada no consumo privado de bens comprados no mercado, que a indústria cultural tanto tem difundido. Projetos coletivos de emancipação social vêm sendo desacreditados. Mas, surpreendentemente, é enorme o número de profissionais de saúde que sonham, buscam e se empenham em fazer com que seu trabalho tenha um significado mais grandioso. Esses profissionais, com seu dinamismo, têm feito a diferença e mantêm vivos os ideais do Movimento Sanitário que lutou pelo SUS, desde a década de 1970, como um projeto a serviço de uma sociedade com mais saúde, justiça, equidade e participação de todos na vida política. Sabem que sem os desafios dessa perspectiva mais ampla, o trabalho em saúde se torna rotineiro e sem gosto. São os sonhos e objetivos grandiosos que mobilizam, despertando energias para a superação da precariedade da atual organização dos serviços e dos limites da formação profissional, bem como para o enfrentamento dos interesses políticos e econômicos que a luta por um SUS eficiente desperta. Diante de tantas dificuldades, o SUS não se sustenta sem a mobilização inspirada pelas utopias mais amplas do Movimento Sanitário. Quarenta anos depois, elas ainda estão presentes.

Nos serviços locais de saúde ficam claros os limites de uma ação sanitária restrita à abordagem biológica, pois evidenciam a forte inter-relação entre a saúde e a forma como a sociedade se organiza. Ao mesmo tempo, a EP amplia muito a possibilidade do profissional de saúde intervir na dinâmica familiar, comunitária e política associada às doenças. A EP é um instrumento de ampliação do tratamento para essas outras dimensões. Ela orienta os caminhos para transformar as atividades rotineiras da APS (das consultas às mobilizações comunitárias) em espaços de esclarecimento crítico das raízes dos problemas de saúde, trazendo a superação da baixa autoestima decorrente da opressão e marginalidade, a ampliação da solidariedade social, o fortalecimento do protagonismo dos moradores, o enfrentamento de injustiças e a organização política. Igualmente, aumenta a participação do trabalho de saúde no processo de

democratização da nação, e aponta para uma perspectiva de promoção da saúde muito mais radical do que a busca pela mudança de comportamentos de risco da população e a implementação de ações preventivas de saúde pública.

Nesse sentido, a EP tem tido um importante papel de animação e mobilização dos profissionais de saúde, na medida em que revela as possibilidades de seu trabalho ser significativo para o processo de emancipação social. Tem sido não apenas um instrumento de educação da população, mas também de formação profissional. Nas universidades brasileiras, a EP vem sendo progressivamente incorporada nos cursos de saúde como instrumento importante de formação para a APS (Cruz et al., 2013; Vasconcelos, 2006; Vasconcelos, 2013).

Por outro lado, a possibilidade de associar a rotina de trabalho da APS com projetos mais amplos de emancipação da sociedade tem gerado expectativas ilusórias em alguns profissionais de saúde que anseiam por resultados revolucionários, em curto prazo, na realidade local. A opressão, a injustiça e a marginalização de muitos grupos sociais têm raízes complexas e profundas. O trabalho em saúde pode participar de sua superação, mas é apenas uma das inúmeras frentes desse amplo processo. Pretender que ele seja o centro das intrincadas mudanças locais e que elas ocorram no período de sua atuação revela uma atitude vaidosa e gera tensões com a população que tem um ritmo próprio e outros modos de caminhar.

As práticas educativas junto à população voltadas para a difusão de hábitos saudáveis e a participação em ações de saúde preventiva, em geral, não conseguem maiores mobilizações e interesse, causando desânimo na equipe. Em muitos serviços de APS, estas ações são realizadas como uma obrigação a se cumprir. A população assiste sem entusiasmo, muitas vezes participando apenas para retribuir o esforço dos profissionais.

A vida das pessoas é marcada por preocupações e correrias. A luta pela sobrevivência e por alegria é atravessada por pressões, anseios conflitantes, injustiças e humilhações. Em meio a este sufoco no viver, a promessa de mais alguns anos de sobrevivência na velhice ou de superação de alguns riscos eventuais de adoecer no futuro não costuma mobilizar esforços suficientes para a difícil tarefa de mudar a forma de organizar a rotina da vida. É preciso uma grande motivação, bem integrada aos projetos de felicidade das pessoas, que, por sua vez, são muito mais amplos

do que os objetivos sanitários definidos por estudos epidemiológicos. Por onde passa a busca de ser mais dos usuários do serviço? Uma educação em saúde, que pretenda realmente interessar e mobilizar as pessoas tem que estar a serviço dessa “busca de ser mais”. É usual a crítica à EP por ampliar muito os objetivos do trabalho em saúde, em um contexto de grande limitação de recursos sanitários. Mas é justamente essa ampliação dos objetivos que sustenta a força das práticas de EP junto à população. As pessoas se mobilizam pelo que é muito significativo e grandioso em suas existências. Em razão da busca de um existir mais solidário, alegre e denso em interações sociais é que as pessoas se mobilizam para uma ação conjunta de controle do mosquito transmissor da dengue, por exemplo. O enfrentamento de grandes injustiças e carências de serviços coletivos importantes na comunidade é que entusiasma a participação. O sentir-se bem, valorizado e com suas opiniões respeitadas é fundamental para manter as mobilizações. Nessa perspectiva, os saberes e práticas da EP são fundamentais.

O significado da educação popular para o SUS

Com a reconquista da democracia no Brasil, na década de 1980, e a criação de um SUS regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, passou-se a encarar a implementação da assistência à saúde como uma obrigação do Estado. À população e aos seus movimentos organizados caberia lutar para que tal assistência fosse realmente implementada e controlar sua operacionalização. A participação da população na implementação de práticas de saúde passou a ser vista com desconfiança, como se isto representasse uma forma de escamotear a responsabilidade do Estado em prover todos os serviços necessários. O exercício do controle social por meio de conselhos e conferências de saúde, centrados na gestão das políticas de saúde, passou a ser visto como o modo legítimo de participação popular no SUS. Mas, a população e seus movimentos organizados continuam investindo na criação e condução de práticas voltadas para o enfrentamento dos problemas de saúde. Nos serviços de APS, muitas práticas construídas de forma dialogada entre a população e os profissionais de saúde vêm surpreendendo pelo seu alcance.

A atenção à saúde não é injusta apenas por ser oferecida de forma desigual e limitada aos pobres e marginalizados, mas também porque sua racionalidade interna reforça e recria, no nível das pequenas relações, as estruturas de dominação da sociedade. Suas práticas induzem ao consumo exagerado de mercadorias e serviços, reforçam os caminhos individualistas de busca da saúde, deslegitimam saberes, iniciativas e valores da população, consolidam a racionalidade instrumental e fria da modernidade e reforçam o poder da tecnoburocracia estatal e empresarial. Por isso, a população e seus movimentos continuam insistindo na criação de práticas de atenção em que sejam superados: o autoritarismo dos doutores em suas vidas, a imposição de soluções puramente técnicas para problemas sociais globais, a propaganda embutida de muitos grupos políticos dominantes e a desconsideração de seus interesses e peculiaridades culturais. Isso pode ser entendido como uma vontade de desconstrução das lógicas e interesses presentes nas práticas técnicas dominantes nos serviços de saúde e de ampliação das dimensões de solidariedade, amorosidade e autonomia entre as pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde. A APS, pela grande proximidade e integração com a dinâmica de vida e luta da população, é um espaço privilegiado para esse processo. Mas, para isso, precisa investir intensamente em uma relação autenticamente dialogada com os usuários. Não se trata de uma nova proposta, pois já está acontecendo, há décadas, com significativos resultados, levando a uma participação da população no sistema de saúde muito mais ampla do que a possibilitada nos conselhos e conferências de saúde (Vasconcelos, 2009).

Nesse sentido, a EP é um instrumento para a construção de uma integralidade mais radical na assistência à saúde, que possibilita não apenas uma abordagem ampliada das diferentes dimensões pessoais dos problemas abordados. Possibilita também, a construção de práticas que integram, em sua implementação, dimensões políticas e econômicas, locais e societárias. É instrumento de uma promoção da saúde voltada ainda para a formação de uma cidadania ativa que enfrenta os determinantes sociais da saúde e das doenças. A EP coloca o trabalho cotidiano em saúde a serviço da construção da democracia, da justiça e da solidariedade social. Essa ampliação de suas possibilidades traz um novo ânimo para os seus profissionais e novos desafios, dando um sabor muito instigante ao

trabalho em saúde.

Referências bibliográficas

- BARRETO, Betânia Maria Vilas Boas. *A espiritualidade na formação universitária a partir da educação popular em saúde*. 2013. 207 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/bitstream/tede/4717/1/ArquivoTotal.pdf>. Acesso em: 03 dez 2016.
- BATISTA, Patrícia Serpa de Souza. *Ética no cuidado em saúde e na formação universitária na perspectiva da Educação Popular*. 2012. 205 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.
- CORAGGIO, José Luís. *Educação para a participação e a democratização*. In: GARCIA, Pedro Benjamin (Org.). *O pêndulo das ideologias: a educação popular e o desafio da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 89-104.
- CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. (Org.). *Educação popular na universidade: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- L'ABBATE, Solange. *Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- LIRA, Gildeci Alves de. *Educação popular na promoção da saúde do idoso no contexto comunitário*. 2014. 135 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/6802/1/000461035-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2016.
- SILVA, Marísia Oliveira da. *Psicologia humanista e educação popular na atenção primária à saúde*. 2013. 236 f. Tese (Doutorado em Educa-

ção) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-84, 2004.

_____. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão; FROTA, Leopoldo Hugo; SIMON, Eduardo (Org.). *Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 265-308.

_____. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, Sônia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. (Org.). *Partici-*

pação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 270-288.

_____. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Educação popular em saúde: constituição e transformação de um campo de estudos e práticas na Saúde Coletiva. In: PELICIONI, Maria Teresa Carthery Focesi.; MIALHE, Fábio Luiz. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos, 2012. p. 313-48.

_____. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (Org.). *Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 362-397.

O círculo de cultura e o planejamento participativo na educação popular em saúde

Ronaldo dos Santos Travassos

Círculo de cultura: encontro de leitura de mundo

A educação popular como campo de produção de saberes construiu um dos elementos metodológicos que contribui para o processo de emancipação das *classes populares*: o círculo de cultura, criado originalmente como um espaço de *ação político-pedagógica* em que todos participam em um processo de trocas de saberes. Educadores e educandos em uma relação de ensino e aprendizagem têm a liberdade de fazer uso da palavra sem qualquer restrição. Com respeito mútuo em uma relação horizontal, fazem proposições, vivenciam experiências coletivas, fazem sua leitura do mundo mediada pelo diálogo. Em síntese, no círculo de cultura, o *protagonismo* é do sujeito nos encontros e conflitos de saberes, que possibilitam a construção de estratégias de intervenções na realidade concreta.

A discussão da realidade vivida pela população permite identificar os problemas que são comuns a todos. Com isso, se viabiliza a organização coletiva de ações políticas e, ainda, o mais importante, a reflexão permanente sobre essa prática. Esse é o momento do círculo de cultura no qual emerge a consciência do mundo vivido, o questionamento de sua inserção, para objetivamente reconstruí-lo como projeto eternamente humano.

Círculo de cultura

O círculo de cultura é uma proposta pedagógica de atividade coletiva da qual participam educandos e educadores, numa relação horizontal, de diálogo. O círculo de cultura parte dos problemas vivenciados e de interesse dos participantes, na busca pela reflexão crítica sobre eles e no sentido de tomar uma posição perante estes problemas. Essa proposta foi sistematizada pelo educador Paulo Freire na década de 1960, quando alfabetizava trabalhadores rurais do interior do Rio Grande do Norte e de Pernambuco.

Em uma perspectiva de ação política, o círculo de cultura é uma das estratégias de ação e reflexões que se desenvolvem com a autonomia dos *sujeitos sociais* para a organização e mobilização das *classes oprimidas*, além de contribuir para o amadurecimento político individual e coletivo. A conscientização e a politização dos indivíduos envolvidos nesse processo de formação político-pedagógica lhes proporcionam o conhecimento da realidade concreta.

Os indivíduos, ao se apropriarem desses conhecimentos, tomando para si como resultados de uma construção coletiva, se reconhecem como sujeitos de sua própria história.

O educador tem um papel fundamental na condução do círculo de cultura: em primeiro lugar, deve ter atenção para que as atividades não girem em torno de si; logo, não deve ser aquele que tem a palavra certa, pois ele não é conhecedor de tudo, senão a fala dos outros não teria sentido, e, com isso, seriam anulados e não se sentiriam à vontade para se expressar. Isso não significa que o educador se omita, deixando as falas acontecerem sem uma condução. Sua postura deve ser crítica ao dialogar com as diversas realidades que se apresentam no círculo de cultura.

Quais são os princípios importantes de um círculo de cultura?

Democracia. Diálogo. Amorosidade. Respeito pelo educando. Humildade. Horizontalidade nas relações entre educador e educando. Autonomia. Valorização das culturas locais e das experiências. Oralidade. Escuta. Problematização. Pensar e agir criticamente. Realidade concreta. Diversidade de linguagens (de formas de se expressar).

Desse modo, o educador assume a condução do processo pedagógico com o propósito de que os sujeitos implicados possam criar caminhos para ultrapassar obstáculos que impeçam a sua emancipação. A busca por esses caminhos tem uma relação de reciprocidade, ou seja, o aprendizado e a emancipação são mútuos.

Neste movimento de relação mútua da prática pedagógica, parte-se da concepção de que todos estão envolvidos em um processo de luta pela emancipação. A interdependência entre quem ensina e quem aprende deve ser preservada, porque o educador se reeduca no próprio processo pedagógico, avaliando sua postura, suas atitudes e criando formas de relacionamento para a reconstrução de novos saberes.

Para a *pedagogia freiriana*, o conteúdo é definido a partir da leitura de mundo, a ser construída no círculo de cultura no início dos encontros. Esse caminho permite que a organização do conteúdo seja atravessada pelos princípios norteadores da vida dos educandos, recheados de elementos significativos da realidade concreta. “Não há um programa, inexistente nessa pedagogia um programa pré-estabelecido de conteúdos a serem ensinados” (Freire e Nogueira, 2007, p. 22).

O processo pedagógico é direcionado pelos temas originados nos contextos dos educandos e na sua compreensão dos problemas de sua realidade. Por esse caminho se ampliam e se reconstróem novos saberes coletivamente. Dessa forma os educandos se sentem parte integrante da formulação do processo, e não meros espectadores.

Parte-se daquilo que está mais próximo de sua realidade, em um movimento gradual e permanente de construção e desconstrução de visões, valores e posturas.

É a partir desse comprometimento, dessa postura radical de construção do diálogo, de problematização da realidade, intencionalmente voltado para o fortalecimento da práxis (ação e reflexão) que os conteúdos vão sendo desenvolvidos. (Henriques e Torres, 2009, p. 128)

No círculo de cultura, a prática pedagógica se estabelece pelo diálogo, não como uma técnica de ensino, mas sim pela relação de troca de saberes e experiências, único caminho possível para se chegar a uma síntese de compreensão da realidade. É importante lembrar que o diálogo é realizado como práxis (ação e reflexão) e não como uma simples conversa sobre um problema emergencial. Na *educação libertadora*, o diálogo é uma forma de convivência com o outro, influenciado pelo mundo, porque o *ser social* é um ser de relações, ele não vive isolado da realidade.

○ círculo de cultura: o lugar do planejamento participativo

O *círculo de cultura* é um espaço de planejamento participativo (Padilha, 2008), no qual pode ter início a construção coletiva e democrática das práticas educativas em saúde. Nessa proposta de planejamento, as unidades de saúde se transformam no local no qual todos podem pensar, criticar, refletir, deliberar, cultivar, ser propositivos para superar as dificuldades e os problemas de saúde da comunidade.

Círculos de cultura eram espaços em que dialogicamente se ensinava e aprendia. Em que se conhecia em lugar de se fazer transferência de conhecimento. Em que se produzia conhecimento em lugar da justaposição de conhecimentos feita pelo educador ao, ou sobre, o educando. Em que se construíam novas hipóteses de leitura do mundo. (Freire, 1994, p. 155)

Nessa perspectiva estamos considerando o planejamento participativo como uma forma de luta política que representa uma alternativa ao planejamento autoritário, centralizador e verticalizado que estruturou

o sistema de saúde brasileiro. Uma luta de resistência à implantação de um modelo de planejamento rígido, de base burocrática, com restrições à participação popular. Nos planejamentos construídos de forma rígida, ratificam-se ações pré-determinadas por especialistas, com o intuito de justificar eficiência e rapidez na execução das ações, sem diálogo com os principais *atores sociais* envolvidos com os problemas locais.

No combate a esse planejamento autoritário, o planejamento participativo se coloca como alternativa, porque amplia a comunicação por meio do diálogo coletivo e da integração, comprometimento e autonomia das pessoas na formulação das propostas de estruturação dos serviços de saúde locais, na execução orçamentária, nas atividades de educação popular em saúde e, até mesmo, nas políticas públicas de saúde.

Podemos caracterizar o planejamento participativo pelo processo que envolve a troca de ideias, o estímulo ao enfrentamento dos problemas e desafios da vida cotidiana e o resgate da cultura, assuntos não considerados pelos técnicos ou especialistas em planejamento.

O planejamento participativo permite que aqueles que efetivamente vão participar da ação se comprometam com o ato de planejar. Caso contrário, a autonomia almejada deixa de existir para dar lugar aos especialistas que concebem o planejamento, acentuando-se a velha dicotomia típica da *sociedade de classe*: uma minoria formula e a maioria executa.

O planejamento participativo na educação popular em saúde

Diante do que foi exposto até aqui chegamos à conclusão de que outras formas de trabalhar a educação em saúde são possíveis, tanto nas instituições como na comunidade, independentemente das orientações oficiais. Os desafios e tarefas nos colocam diante de uma luta política, caso realmente acreditemos no potencial das classes populares na construção de uma sociedade mais justa, sem discriminação de raça, etnia, cor, gênero, orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social, poder econômico, crença, religião ou cultura.

O trabalho político-pedagógico do planejamento participativo propicia o aprofundamento da consciência crítica, o reconhecimento de classe

da população marginalizada e o fortalecimento das expressões culturais em uma busca incessante pela emancipação das classes populares. No campo pedagógico, o planejamento participativo favorece outras formas de planejar, nascidas da construção compartilhada do conhecimento, até então não reconhecida pelos especialistas. Isto só é possível pelo diálogo, sem o qual, não há troca de saberes.

Referências bibliográficas

- FREIRE, Paulo. *Cartas a Cristina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- _____; NOGUEIRA, Adriano. *Que fazer: teoria e prática em educação popular*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- HENRIQUES, Lucas Fernando Cesar; TORRES, Michelangelo Marques. Potencialidades do círculo de cultura na educação popular. In: ASSUMPÇÃO, Raiane (org.). *Educação popular na perspectiva freiriana*. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009. p. 115-142.
- PADILHA, Paulo Roberto. *Planejamento dialógico*. 8. ed. São Paulo: Cortez–Instituto Paulo Freire, 2008.

A Pneps-SUS e os princípios da educação popular presentes na política¹

Vera Joana Bornstein

Ronaldo dos Santos Travassos

Luanda de Oliveira Lima

Elomar Castilho Barilli

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pneps-SUS) é uma conquista daqueles que sempre estiveram na luta por uma saúde de qualidade. A partir do diálogo entre a diversidade de saberes, essa política valoriza os saberes populares e os saberes tradicionais, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco o protagonismo popular.

A Pnep-SUS reafirma a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular como princípios basilares do SUS. Desta maneira, visa garantir o direito a uma saúde integral, mediante a implantação de políticas públicas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a diminuição das desigualdades sociais, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor saúde.

A construção da Pneps-SUS é perpassada pela atuação dos coletivos e movimentos de educação popular em saúde, que fazem parte da trajetória de sua conquista e proporcionam as bases para sua implementação. Para uma melhor compreensão dessa trajetória, descreveremos a seguir brevemente a história da educação popular e da consolidação da Pneps-SUS.

A partir dos anos 1950, a educação popular no Brasil começa a se constituir, inicialmente como um movimento libertário, direcionado à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cida-

¹ Texto publicado no Caderno do EdPopSUS 1, extraído da Política Nacional de Educação Popular e Saúde.

dania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.

Com o início do processo de redemocratização instaurado na década de 1980, a educação popular vai se afirmando de modo mais aberto e ampliado. Sempre presente nos movimentos de resistência, nesse período passa a ser incorporada a trabalhos sociais de muitas organizações não governamentais, bem como em órgãos de governo e experiências institucionais em escolas, universidades e em alguns serviços de saúde e assistência social.

Em seu percurso de mais de cinquenta anos de história, a educação popular torna-se um referencial importante para os movimentos sociais e coletivos interessados na transformação social, assim como para gestões comprometidas com a ampliação da democracia e do protagonismo dos setores populares.

No final dos anos 1990, profissionais de saúde e lideranças populares criam a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, que tem como objetivos a formação ampliada de trabalhadores da saúde na perspectiva da educação popular; a apuração da metodologia adequada à conjuntura; a busca de integração mais intensa entre os diversos profissionais e lideranças populares envolvidos em práticas educativas espalhadas na América Latina; e a luta pela reorientação das políticas sociais para torná-las mais participativas.

Em 2002, os atores que compõem essa rede encaminharam ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva uma carta na qual expressaram a intencionalidade política do movimento em participar do SUS. Evidenciava-se a educação popular em saúde como prática necessária à integralidade do cuidado, à qualificação da participação e do controle social na saúde e às mudanças necessárias na formação dos profissionais da área.

Como desdobramento da carta, diversas estratégias foram implementadas a fim de apoiar a constituição de um espaço de interlocução entre os movimentos sociais populares e a gestão do SUS. Nesse sentido, em 2003 foi criada a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps). Para sua organização, foi iniciado o mapeamento e a articulação de movimentos e práticas de educação popular em saúde.

A proposta articuladora orientada pela construção de redes solidárias apresentada pela Aneps tem favorecido, além da agregação entre movimentos do campo e da cidade, a constituição de novos coletivos, como a Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop).

Em 2009, a Secretaria de Gestão Participativa (Sgep) criou o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cneps), com a missão de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de educação popular em saúde (EPS), bem como acompanhar o processo de formulação da Pneps-SUS no contexto do SUS.

Formado por representantes de movimentos populares, das práticas populares de cuidado, de suas redes e coletivos, de organizações, instituições de pesquisa e de ensino e de áreas técnicas do governo federal, o Cneps tem em sua constituição o reflexo da diversidade de atores implicados com a implementação da Pneps-SUS.

No âmbito desse comitê, foram realizados seis encontros regionais de educação popular em saúde, a fim de garantir a escuta ampliada e a formulação compartilhada dessa política.

A Pnep-SUS tem como objetivo fundamental implementar a educação popular em saúde no âmbito do SUS, contribuindo para a participação popular, a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. De forma a apresentar seus pressupostos teóricos metodológicos, apresentamos em seguida um resumo dos princípios da política.

O *diálogo* é o encontro de sujeitos e seus conhecimentos construídos histórica e culturalmente. Ele acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição do outro para ampliar o conhecimento crítico de todos sobre a realidade que se quer transformar, ampliando a capacidade de reconhecer, potencializar e conviver com as diversidades. Trata-se de uma perspectiva crítica de construção do conhecimento, de novos saberes, que parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes e iniciativas, contrapondo-se à prática prescritiva. O diálogo não torna as pessoas iguais, mas possibilita nos reconhecermos como diversos e crescermos um com o outro.

A *amorosidade* reconhece a valorização do afeto como elemento estruturante da busca pela saúde e leva ao vínculo, à compreensão mútua e à solidariedade, reconhecendo a subjetividade e a alteridade construídas

nas relações entre os sujeitos, reafirmando a autonomia e ressignificando o cuidado em saúde. Busca estabelecer relações de confiança e acolhimento entre as pessoas, possibilitando o conhecimento de dimensões importantes para a estruturação dialogada de práticas de cuidado que incorporam aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população.

A problematização propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade, com base na experiência prévia dos sujeitos, na identificação das situações-limite presentes no seu cotidiano e nas potencialidades para transformá-las. Discute os problemas surgidos nas vivências com todas as suas contradições, valorizando a experiência prévia de cada um. O sujeito, por sua vez, também se transforma devido à ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade, bem como novas formas de atuar sobre eles. Nesse sentido, a problematização surge como momento pedagógico e como práxis social, resgatando potencialidades e capacidades para intervir.

O compromisso com a construção do projeto democrático e popular se orienta pela perspectiva de criação de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que permeia as lutas sociais. Orienta-se igualmente pelo direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente são excluídos dos processos de decisão e construção. Caracteriza-se por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade, independentemente de raça, etnia, cor, gênero, orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social, poder econômico, crença, religião ou cultura; a preservação da biodiversidade; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia participativa; a organização solidária da economia e da sociedade; e o acesso e a garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS.

A construção compartilhada do conhecimento incorpora sonhos, esperanças e visões críticas e os direciona na produção de propostas de enfrentamento e superação dos obstáculos historicamente constituídos em situações-limite para a vida cotidiana, de forma a desenvolver novas práticas, procedimentos e horizontes. Como resultado do diálogo, permite a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde, no sentido de promover

o cuidado e a construção emancipadora, participativa e criativa nos processos educativos, de gestão e cuidado em saúde.

A *emancipação* é um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos no sentido da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência que ainda separam o país que temos do que queremos. Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática, radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde, na perspectiva do inédito viável.

Círculos de cultura: problematização da realidade e protagonismo popular¹

Vera Lúcia Dantas

Ângela Maria Bessa Linhares

Sistematizados por Paulo Freire (1991), os *círculos de cultura* estão fundamentados em uma proposta pedagógica, cujo caráter radicalmente democrático e libertador propõe uma aprendizagem integral, que rompe com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto. Para Freire, essa concepção promove a horizontalidade na relação educador-educando e a valorização das culturas locais e da oralidade, contrapondo-as, em seu caráter humanístico, à visão elitista de educação.

Os círculos de cultura foram concebidos na década de 1960 como grupos compostos por trabalhadores populares, que se reuniam sob a coordenação de um educador, com o objetivo de debater assuntos temáticos do interesse dos próprios trabalhadores, cabendo ao educador-coordenador tratar a temática trazida pelo grupo. Surgem no âmbito das experiências de alfabetização de adultos do Rio Grande do Norte e Pernambuco, e do Movimento de Cultura Popular. Não tinham a alfabetização como objetivo central, mas a perspectiva de contribuir para que as pessoas assumissem sua dignidade como seres humanos e se percebessem detentoras de sua história e de sua cultura, promovendo a ampliação do olhar sobre a realidade. Nesse contexto, propõem uma práxis pedagógica que se compromete com a emancipação de homens e mulheres, ressaltando a importância do aspecto metodológico no fazer pedagógico, sem desvalorizar, no entanto, o conteúdo específico que mediatiza esta ação, possibilitando a tomada de consciência do educando, mediante o diálogo e o desvelamento da realidade com suas interligações culturais, sociais e político-econômicas.

¹ Publicado em *Caderno de educação popular em saúde* (Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2014, p. 73–76).

Assim, caracterizam-se como lócus privilegiado de comunicação e discussão embasadas no diálogo, nas experiências dos atores-sujeito, na produção teórica da educação e na escuta que se orienta pelo desejo de cada um e cada uma de aprender as falas do outro, problematizando-as e problematizando-se.

Tendo como princípios metodológicos o respeito pelo educando, a conquista da autonomia e a dialogicidade, os círculos de cultura, tais como foram sistematizados por Freire, podem ser didaticamente estruturados em momentos tais como *a investigação do universo vocabular*¹, do qual são extraídas *palavras geradoras*². Esse mergulho permite ao educador interagir no processo, ajudando-o a definir seu ponto de partida, que se traduzirá na *tema gerador geral*, vinculado à ideia de interdisciplinaridade e subjacente à noção holística de promover a integração do conhecimento e a transformação social.

Já a *tematização*³ é o processo no qual os temas e palavras geradoras são codificados e decodificados buscando a consciência do vivido, o seu significado social, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão dos educandos sobre a própria realidade, na perspectiva de intervir criticamente sobre ela. O importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida.

A problematização representa um momento decisivo da proposta e busca superar a visão ingênua por uma perspectiva crítica capaz de transformar o contexto vivido. A ação de problematizar em Paulo Freire impõe ênfase no sujeito prático que discute os problemas surgidos da observação da realidade com todas as suas contradições, buscando explicações que o ajudem a transformá-la. O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade, e assim sucessivamente. Nesse sentido, a problematização emerge como

¹ Relação das palavras de uso corrente, entendida como representativa dos modos de vida dos grupos ou do território onde se trabalhará (estudo da realidade). Este momento permite o contato mais aproximado com a linguagem, as singularidades nas formas de falar do povo e suas experiências de vida no local.

² Unidade básica de orientação dos debates.

³ A codificação pode se dar por imagens expressas de várias formas – desenho, fotografia, imagem viva – que por sua vez deverão suscitar novos debates. Parte-se da compreensão de que cada pessoa, cada grupo envolvido na ação pedagógica dispõe em si próprio, ainda que de forma rudimentar, dos conteúdos necessários dos quais parte.

momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Assim, o diálogo se constitui como elemento-chave no qual educadores e educandos sejam sujeitos atuantes. Para Freire (2003), o diálogo possibilita a ampliação da consciência crítica sobre a realidade, ao trabalhar a horizontalidade e a igualdade em que todos procuram pensar e agir criticamente. Com suporte na linguagem comum, captada no próprio meio no qual vai ser executada a ação pedagógica, o diálogo exprime um pensamento baseado em uma realidade concreta. Diálogo, nessa perspectiva, tem a amorosidade como dimensão fundante, contrapondo-se à ideia de opressão e dominação. Situa a humildade como princípio no qual o educador e o educando se percebem sujeitos aprendentes, inacabados, porém jamais ignorantes.

A ampliação do olhar sobre a realidade com amparo na ação-reflexão-ação e o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização permitem que homens e mulheres se percebam sujeitos históricos, o que implica a esperança de que, nesse encontro pedagógico, sejam vislumbradas formas de pensar um mundo melhor para todos. Esse processo supõe a paciência histórica de amadurecer com o grupo, de modo que a reflexão e a ação sejam realmente sínteses elaboradas com ele.

A democracia [...] é forma de vida, se caracteriza, sobretudo por forte dose de transitividade de consciência no comportamento do homem. Transitividade que não nasce e nem se desenvolve a não ser dentro de certas condições em que o homem seja lançado ao debate, ao exame de seus problemas comuns. (Freire, 1991, p. 80)

Dessa forma, Paulo Freire fala de educação como conscientização, reflexão rigorosa sobre a realidade em que se vive, com o entrelaçamento das linguagens e suas respectivas lógicas epistêmicas, evidenciando os focos a serem problematizados pelo grupo, instigando o debate e constituindo uma rede de significados.

Nesse contexto, segundo Dantas (2010), o círculo de cultura constitui-se lócus da vivência democrática, de formas de pensamento, experiências, linguagens e de vida, que possibilita o estabelecimento de condições efetivas para a democracia de expressões, de pensamentos e

de lógicas com base no respeito às diferenças e no incentivo à participação, em uma dinâmica que lança o sujeito ao debate, focando os problemas comuns.

"Nada continua como está. Tudo está sempre mudando. O mundo é uma bola de ideias, se transformando, se transformando".

Junio Santos

Referências bibliográficas

- DANTAS, Vera Lúcia Azevedo. *Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Círculos da Vida em Fortaleza*. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- FREIRE, Paulo. *Educação como prática de liberdade*. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- _____. *O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

Educação popular como prática social e profissional

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Islany Costa Alencar

Ao tratar da educação popular (EP), discorremos de um referencial diferente de educação, mais humano, democrático e justo nas relações educativas, independentemente do espaço de atuação. Quando se fala em educação popular, fala-se de reflexão crítica sobre as práticas sociais, inclusive sobre nós mesmos. Consequentemente, estamos nos referindo a uma crítica profunda ao modo predominante como a educação vem sendo realizada nas suas várias práticas sociais (Cruz, 2015).

Vivenciar a educação popular na sua maneira mais concreta oportuniza viver outro tipo de prática social, que marcha na construção de uma organização social mais justa, humana e democrática, lutando pela emancipação das classes e dos grupos desfavorecidos de nossa sociedade (Cruz, 2015).

Assim, a educação popular apresenta-se ancorada em princípios éticos e culturais compromissados com o popular, não apenas como referencial teórico-metodológico para a construção de políticas, mas também como referencial para as práticas sociais com amplo poder de agregação (Bonetti; Chagast Siqueira, 2014). A educação popular emerge como referência para outra prática social, na medida em que o *popular* que a qualifica não se remete apenas à origem, mas fundamentalmente a uma intencionalidade política e uma dimensão metodológica, que podem ser aplicadas em quaisquer que sejam os espaços e as áreas de atuação. Ao investigar como o termo *popular* é compreendido por aqueles que vivenciam, dirigem ou assessoram movimentos sociais, Melo Neto (2004) encontrou sua origem nos esforços, necessidades e demandas das maiorias, das classes populares, daqueles que vivem e viverão do trabalho. Além disso, ele identificou que o popular exige uma dimensão política, envolvendo os interesses da maioria, e resistindo a qualquer tipo de opressão.

Para Melo Neto,

[...] uma ação é popular quando é capaz de contribuir para a construção de direção política dos setores sociais que estão à margem do fazer político, expressando uma dimensão do como fazer, uma metodologia. (2004, p. 158)

De acordo com Bonetti, Chagas e Siqueira (2014), entre os princípios que o *popular* agrega à educação popular, podemos destacar:

- A defesa intransigente da democracia em contraposição ao autoritarismo ainda comum em nossa jovem democracia;
- A articulação entre os saberes populares e os científicos promovendo o resgate de saberes invisibilizados no campo da saúde;
- A aposta na solidariedade e na amorosidade entre os indivíduos como forma de conquista de uma nova ordem social;
- A valorização da cultura popular como fonte de identidade; e
- A concepção de que a leitura da realidade é o primeiro passo para qualquer processo educativo emancipatório que vise contribuir para a conquista da cidadania.

Assim, a educação popular inspira as práticas sociais a desenvolverem procedimentos, dinâmicas e abordagens coerentes com o efetivo enfrentamento da barbarização social e da emancipação dos excluídos, conduzindo a um fazer no sentido oposto ao da conjuntura atual. Se a busca é por justiça, igualdade de direitos, equidade, autonomia, dignidade e liberdade, o processo educativo *popular* deve respeitar esses princípios.

O enfoque que se denomina popular precisa promover o diálogo e o senso crítico dos participantes, preparando o sujeito para a ação, vislumbrando caminhos para transformar as situações que geram desigualdades, que incomodam ou que oprimem (Melo Neto, 2004), afirmando sua identidade como indivíduo, grupo ou classe social. Para Paludo (2001), algo dito popular é contra-hegemônico, comprometido com a emancipação das classes ditas subalternas e da humanidade como um todo.

Ao refletir sobre a educação popular, deve-se pensar na construção de novas relações sociais, mais humanizadas – incluindo novas abordagens e intencionalidades para as práticas profissionais que se contraponham às práticas vivenciadas no mundo capitalista atual – em práticas sociais que guardem uma ética para com a vida e com a humanidade.

Estudos de Calado (2008), Batista (2004) e Caldart (2000) ressaltam a relevância da educação popular na reorientação de práticas sociais, principalmente quanto ao estabelecimento de novas bases nas relações humanas, educativas e políticas para os movimentos sociais. As lutas nesses movimentos, segundo Batista (2004), proporcionam a seus participantes espaços privilegiados de vivências para construção de novas sociabilidades, ou seja, ampliação de suas visões de mundo. Destacam-se nesse processo elementos como a música, o teatro, a mística, os símbolos, os textos escritos e a linguagem oral. Assim, reorienta-se a formação dos sujeitos para outra perspectiva ética de viver e conviver, a partir da produção de saberes entre iguais, reforçando a comunhão de identidades e de objetivos, com o desvelamento de novas perspectivas para a relação em coletividade, em sociedade.

Todas as reflexões aqui compartilhadas conduzem ao entendimento de educação popular como reorientadora de práticas sociais e profissionais. Encontra-se, por isso, com o entendimento de Paludo (2001), um conjunto de valores ético-políticos entre os quais se destacam a construção de sujeitos populares (bases, lideranças, direções, formação de educadores das classes populares) capazes de construir a própria história de libertação como protagonistas desses processos, a busca de justiça e solidariedade, a busca da vivência de relações democráticas, participativas e transparentes, a autonomia e a democracia.

Em seu texto *A educação popular em saúde como referencial para as nossas práticas na saúde*, Vanderléia Daron (2014) compartilha alguns sinais a partir dos quais podemos perceber processos e exercícios de mudança no seio das práticas sociais e profissionais a partir da educação popular:

- Produz a multiplicação criativa, com base em uma parte/segmento que tem como meta envolver o conjunto da sociedade e a realidade mais geral;

- Produz fermentação social e mobilização política ao fortalecer ações coletivas no enfrentamento dos seus problemas e na construção de soluções que expressem o poder da população;
- Incentiva a construção de espaços de participação popular, gestão democrática e participativa, afirmação da cidadania ativa, ampliação dos direitos e processos de controle social e de democratização do Estado;
- Incentiva e contribui para a construção de processos legítimos de luta pela emancipação e pela vida;
- Anima e apaixona seus participantes porque resgata neles o elemento da identidade e da dignidade (autoestima);
- Mobiliza porque rompe com a situação de dormência e a sensação de impotência, geradas pela dominação e expressas no individualismo, consumismo e fatalismo;
- Compromete as pessoas, em uma dimensão integral da vida, em processos legítimos de luta pela vida para a emancipação das pessoas e na sua afirmação como sujeitos sociais;
- Capacita e qualifica política e tecnicamente os sujeitos por meio da experimentação e apropriação do conteúdo e do método.

Referências bibliográficas

BATISTA, Maria do Socorro Xavier. *Movimentos sociais e educação: construindo novas sociabilidades e cidadania*. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8. *Anais...* Coimbra: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, v. 1, 2004.

BONETTI, Oswaldo Peralta; CHAGAS, Reginaldo Alves; SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. *A educação popular em saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão

Estratégica e Participativa. *II Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 16-24.

CALADO, Alder Júlio Ferreira. Educação popular como processo humanizador: quais protagonistas? In: LINS, Lucicléa Teixeira; OLIVEIRA, Verônica de Lourdes Batista de (org.). *Educação popular e movimentos sociais: aspectos multidimensionais na construção do saber*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2008. p. 225-242.

CALDART, Roseli Salette. *Pedagogia do Movimento Sem Terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. *Agir crítico em nutrição: uma construção pela educação popular*. 2015. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação

em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

DARON, Vanderléia Pulga. A educação popular em saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. *II Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 123-146.

MELO NETO, José Francisco de. *Extensão universitária: autogestão e educação popular*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2004.

PALUDO, Conceição. *Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular*. Porto Alegre: Tomo, 2001.



EIXO III

Dimensões do direito à saúde
e da promoção da equidade:
cultura, espiritualidade e arte

Eixo III – Dimensões do direito à saúde e da promoção da equidade: cultura, espiritualidade e arte

Hoje não é difícil concordarmos com a ideia de que o direito à saúde é um princípio fundamental da vida. Mas, para que esse direito fosse reconhecido como tal, muitas lutas tiveram que acontecer, no Brasil e no mundo. Até que, em 1988, foi definido, na Constituição da República Federativa do Brasil, no artigo 196, que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

Com esse marco político, a saúde foi definida como um direito social para todos e todas, independentemente de sexo, raça/cor, convicções religiosas, renda, entre outras características.

Contudo, reconhecer que todos têm direito à saúde significa muito mais do que garantir esse direito em um texto constitucional. Ainda que isso seja de suma importância, precisamos reafirmar, o tempo todo, que o direito à saúde, que é também o direito à vida, deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas e ações que, de fato, assegurem condições para que todos possam viver de forma saudável. E que os próprios cidadãos devem participar ativamente na construção de políticas, agendas, dispositivos e práticas cotidianas de consecução da saúde. O direito à saúde no Brasil, na prática, enfrenta dificuldades para ser universal, e o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo forte pressão de setores sociais e econômicos que visam à sua redução e ao seu desmantelamento, pois defendem uma lógica que pressupõe a saúde como mercadoria a ser negociada com os que podem comprá-la, e não como direito e dever.

Por conta disso, é importante reforçar a todo o momento que saúde é um direito fruto de uma conquista social, mas que, para que esse direito seja concretizado na vida real, no *SUS real*, é necessário um olhar diferenciado para cada lugar e para cada população, dado que o Brasil possui diferenças sociais e econômicas geradoras de desigualdades que precisam ser consideradas, além de haver grandes segmentos da população com trajetórias históricas de discriminação e de exclusão. Nesse sentido, garantir o direito universal à saúde significa agir com equidade, reconhecendo as diferenças existentes e atendendo a cada um de acordo com as suas necessidades. E, onde houver desigualdades e iniquidades, intervir com políticas que fortaleçam a equidade e busquem diminuir e questionar as injustiças.

Para garantir o direito à saúde, considerando as demandas e necessidades de grupos e populações em situações de vulnerabilidade e sua diversidade cultural, precisamos reconhecer que o sistema político-econômico predominante produz iniquidade. É mandatário formarmos profissionais mais conscientes sobre os direitos da sua comunidade, e que eles se sintam parte desse projeto coletivo de saúde. Neste eixo intencionamos promover o debate e a reflexão sobre o direito à saúde na perspectiva da equidade, considerando dimensões pouco valorizadas como a espiritualidade, a cultura e a arte. Estes três temas incluídos no eixo serão abordados como formas de afirmação, de luta e de construção de direitos, justiça e equidade.

Consideramos importante:

- Refletir sobre o direito à saúde e a promoção da equidade, identificando as iniquidades e injustiças presentes nos territórios;
- Reconhecer as diferentes formas que assumem as culturas, incluindo as dimensões espirituais e artísticas das populações e dos próprios trabalhadores de saúde.

Sugestão de atividades

Direito à saúde e promoção da equidade no SUS

Com esta atividade procuramos problematizar a diversidade cultural nos territórios nos quais se produz o trabalho em saúde e discutir como as iniquidades interferem negativamente nos processos de adoecimento e morte, no acesso aos serviços, na forma de se promover a saúde e na garantia do direito à saúde. Para iniciar os processos de reflexão, sugerimos uma roda de conversa com o tema “vulnerabilidade”, na qual todos busquem identificar quais são os grupos e as pessoas mais vulneráveis no seu território. A partir dessa discussão, os participantes irão escolher um personagem vulnerável para dramatizar. Sugerimos que, em roda, no embalo da música *Noite dos mascarados* (1966), do compositor Chico Buarque de Hollanda, ou de alguma outra música que inspire a turma a sentir e pensar sobre si, cada personagem se apresente e fale sobre as suas necessidades e sua relação com os serviços de saúde.

Após a dramatização pode ser realizado um debate no qual as pessoas/personagens dialoguem sobre seus estigmas, medos, opressões e sonhos, sobre a dificuldade em lidar com a complexidade e a diversidade humanas, e sobre como as diferentes situações de saúde acometem as pessoas em geral, e as populações específicas que estão em situação de vulnerabilidade. É importante que todos reflitam: a sociedade e os serviços de saúde conseguem reconhecer e acolher a diversidade? Como os diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores, lideranças) lidam com ela?

Sugerimos a leitura dialogada do texto **Promoção da equidade no SUS: o direito à diversidade** e a exposição do vídeo *Série SUS – os princípios do SUS* que trazem importantes elementos para a abordagem do tema.

Estratégias de promoção da equidade

Propomos que os participantes identifiquem, com base em suas experiências de vida e trabalho, possíveis estratégias de promoção da equidade e de enfrentamento das situações de iniquidade, a fim de se garantir

o direito à saúde. Pode ser elaborado um texto de aproximadamente dez linhas. No momento da apresentação, os textos podem ser trocados entre os educandos ou pode ser construído um painel com eles, para que as experiências sejam compartilhadas. Em seguida, em plenária, sugerimos que seja realizado um debate.

As dimensões culturais na educação popular em saúde: artes, espiritualidades e culturas populares

Vivemos em contextos culturais que produzem valores, formas de ver e explicar a vida, de pensar o trabalho, de cuidar, de festejar, de lutar e tantas coisas mais que expressam nossa organização coletiva, em grupos, comunidades, e territórios.

Sugerimos uma atividade que possibilite:

- Reconhecer, valorizar e aprofundar a compreensão sobre a diversidade existente nas culturas nos territórios de atuação;
- Refletir sobre as potencialidades da cultura popular como fonte de sabedoria para o trabalho em saúde;
- Discutir como a dimensão política da cultura contribui para a transformação social;
- Refletir sobre as diversas expressões da espiritualidade no cotidiano do trabalho em saúde;
- Aproximar-se das formas de arte produzidas e consumidas nos territórios.

Propomos uma roda de conversa na qual os participantes debatam sobre o que entendem por cultura, como ela se expressa nos seus territórios e a importância do reconhecimento da diversidade cultural. Após o debate, pode ser lido em grupo ou pode ser feita uma exposição sobre o texto **As dimensões culturais e a educação popular em saúde**.

Para problematizar as diversas expressões da espiritualidade no cotidiano do trabalho em saúde, indicamos assistir a alguns depoimentos de diferentes atores sociais presentes no documentário *Eu maior* (2012). Sugerimos acompanhar os depoimentos de: Bárbara Abramo (astrólogo-

ga), Greta Silveira (participante do movimento LGBT), Kaká Werá (líder indígena), Marcelo Gleiser (cientista) e Vanete Almeida (educadora).

Sinopse

O filme *Eu Maior* (2012), dos diretores Fernando Schultz e Paulo Schultz, é um documentário no qual pessoas que atuam em diferentes áreas do conhecimento (arte, ciência, religião, esporte, filosofia, educação), a partir de suas experiências de vida e de suas percepções de si e do mundo, refletem sobre a existência humana, o sentido da vida, a busca da felicidade e o sofrimento humano.

Para aprofundar o debate, sugerimos a leitura do texto **A espiritualidade e outras dimensões invisíveis: além do óbvio na educação popular em saúde.**

A diversidade cultural nos territórios: a presença da arte nos mundos populares

Esta atividade busca incentivar que os participantes do processo formativo identifiquem as expressões culturais que se manifestam no seu território. Eles podem registrá-las por meio de fotos, vídeos, gravações de áudio, ou textos, para facilitar a apresentação. Sugerimos que seja montada uma exposição com as expressões culturais identificadas. Durante a exposição é fundamental estabelecer uma relação entre as expressões culturais e o trabalho em saúde, e discutir como elas podem contribuir com o planejamento e o desenvolvimento das atividades educativas na comunidade. É importante encerrar a exposição relembrando a todos sobre a importância do respeito às diversas expressões culturais presentes nos variados territórios.

Para aprofundar o debate sugerimos a leitura do texto **A arte é longa, a vida é breve: sobre o valor e a potência das artes na educação popular em saúde.**

Referência Bibliográfica

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 dez. 2016.

Referências filmicas

BÁRBARA Abramo. Entrevista para o documentário “Eu maior”. Direção: Fernando Schultz e Paulo Schultz. São Paulo: Dobem e Catalisadora Audiovisual, 2012. 4’4”, color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BqywchZRd-M>. Acesso em: 26 ago. 2016.

EU Maior. Direção: Fernando Schultz e Paulo Schultz. São Paulo: Dobem e Catalisadora Audiovisual, 2012. 90’, color., son. Disponível em: <https://youtu.be/V0gquwUQ-b0>. Acesso em: 26 ago. 2016.

GRETA Silveira. Entrevista para o documentário “Eu maior”. Direção: Fernando Schultz e Paulo Schultz. São Paulo: Dobem e Catalisadora Audiovisual, 2012. 4’43”, color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RocV-05FU5E>. Acesso em: 26 ago. 2016.

KAKÁ Werá. Entrevista para o documentário “Eu maior”. Direção: Fernando Schultz e Paulo Schultz. São Paulo: Dobem e Catalisadora Audiovisual, 2012. 4’15”, color., son. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=S6_5c_LzryY. Acesso em: 26 ago. 2016.

MARCELO Gleiser. Entrevista para o documentário “Eu maior”. Direção: Fernando Schultz e Paulo Schultz. São Paulo: Dobem e Catalisadora Audiovisual, 2012. 5’18”, color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ns1q6a8JvjQ>. Acesso em: 26 ago. 2016.

SÉRIE SUS – Os princípios do SUS. Realização: Mayara Floss. Edição para o curso EdPopSUS 2 de vídeos da Série SUS. 5’11”, color., son. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Am1eV5NNKJI&feature=em-upload_owner. Acesso em: 26 ago. 2016.

VANETE Almeida. Entrevista para o documentário “Eu maior”. Direção: Fernando Schultz e Paulo Schultz. São Paulo: Dobem e Catalisadora Audiovisual, 2012. 5’14”, color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=n5rAkF4HXug>. Acesso em: 26 ago. 2016.

Promoção da equidade no SUS: o direito à diversidade

Irene Leonore Goldschmidt

Oswaldo Peralta Bonetti

Etel Matiolo

O Sistema Único de Saúde (SUS), na sua formulação e legislação, é considerado um dos sistemas de saúde mais inclusivos do mundo. A concepção e a formulação do SUS aconteceram no período da redemocratização do país, com ampla participação popular. Antes, a atenção em saúde era bem diferente, e a saúde não era considerada um direito social. A assistência médico-hospitalar era garantida somente para os trabalhadores formais com carteira assinada ou funcionários públicos, por meio da previdência social. De outro lado, as ações do Estado para os mais pobres eram organizadas em campanhas de controle e prevenção de epidemias. Isso excluía grandes grupos da população que só tinham acesso aos hospitais filantrópicos, pois não dispunham de recursos para pagar um atendimento no mercado privado.

Ao fim da ditadura militar, quando a redemocratização devolveu os direitos políticos e cidadãos, e novamente foi possível a sociedade exercer os direitos básicos da cidadania, como votar, se reunir e se organizar, houve uma forte pressão pela criação de um sistema de saúde único, acessível para todas e todos.

Em 1986, mesmo antes da aprovação da nova Constituição Federal, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi a primeira a trazer a perspectiva da participação popular; nela, diversos atores sociais tiveram voz e presença e não somente direito a voto. Nessa CNS, ficou estabelecido que a saúde deveria ser um direito de todos e dever do Estado.

Mas o que significa *direito* à saúde afinal? A VIII CNS trouxe inovações no jeito de pensar e fazer saúde. Entre elas, a concepção ampliada, apontando que a saúde é construída socialmente e deriva das condições de vida da população. Logo, para garanti-la, cada cidadão e cada cidadã precisa ter acesso a outros direitos, como moradia, liberdade, lazer,

meio ambiente, transporte, alimentação, trabalho, renda, educação e posse da terra.

A mobilização pela defesa do direito à saúde levou a Constituição Federal de 1988 a reconhecê-lo como legítimo, resultando na criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, em 1990. Assim, a conquista do direito à saúde envolve, além do acesso aos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, outros direitos que dependem de políticas para além do setor saúde a fim de serem efetivados.

E como o SUS daria conta desse recado? Para orientar, desde o jeito de cuidar das pessoas, até o jeito de organizar o sistema, foi apresentado um conjunto de princípios éticos e organizativos na Constituição Federal, na lei nº 8.080, instituída em 1990, e que passou a ser conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e no conjunto de políticas de saúde implementadas por meio de decretos e portarias. Entre os princípios que orientam o SUS, destacamos: a universalidade, a integralidade e a equidade, que foram integrados ao SUS a partir do princípio da igualdade.

Os dois primeiros são mais fáceis de entender: a universalidade garante o acesso universal à saúde – ou seja, todos os brasileiros e as brasileiras, independentemente da sua condição, têm esse direito. Por sua vez, a atenção à saúde deve ser integral, garantida pelo acesso a todos os níveis de atenção e pelo cuidado às pessoas em suas necessidades. O conceito da integralidade é entendido, assim, como uma ação em múltiplos planos, para que o cuidado aconteça. Vale refletir que a integralidade tem íntima relação com a autonomia, pois cada cidadão e cada cidadã tem o direito de escolher a forma terapêutica com que é cuidado, como também tem capacidade para cuidar de si e do outro. O que se quer dizer é que, sem desmerecer a importância e essencialidade do trabalho disposto nos serviços de saúde, precisamos fortalecer a dimensão do cuidado na sociedade como um todo, fortalecendo o que Valla (1999), uma das referências mais expressivas da educação popular no campo da saúde, considerava como apoio social.

Já a equidade, o que será? O princípio de equidade, atualmente muito defendido no âmbito das políticas de saúde, não aparece nos textos da Constituição Federal nem da Lei Orgânica da Saúde, visto que o momento de formulação do marco legal do SUS foi caracterizado pela luta pela redemocratização da saúde, quando as noções de cidadania e igualdade

eram centrais (Lopes e Matta, 2014). Todavia, a ideia de igualdade pode ocultar um problema: o que significa garantir o direito de todos à saúde de forma igual, se os cidadãos (ou as populações) são sujeitos que possuem necessidades diferentes?

O princípio da equidade surge para resolver esse problema, uma vez que no Brasil temos uma sociedade desigual. As marcas dessa desigualdade e das questões de renda e classe social se revelam nas questões culturais, étnicas, de gênero, entre outras. Nesse contexto, temos segmentos populacionais que apresentam trajetórias históricas de discriminação e até mesmo de exclusão. A perpetuação da desigualdade social faz com que esses grupos vivam em situações de vulnerabilidade, as quais estão intrinsecamente relacionadas ao que chamamos de determinação social da saúde.

A equidade é um princípio que leva em consideração as desigualdades e diferenças, um princípio que reconhece “a pluralidade da condição humana, com a consequente diversidade das suas necessidades” (Lopes e Matta, 2014, p. 307). Assim, o princípio de equidade, articulado ao princípio do direito à saúde, “complexifica a noção de igualdade, comprometendo-se com a máxima: a cada um segundo sua necessidade” (Lopes e Matta, 2014, p. 307). Além disso, a noção de equidade se articula à noção de justiça social, uma vez que prevê uma maior distribuição de recursos e de poder, bem como o reconhecimento de necessidades diferentes das pessoas e grupos populacionais.

A equidade é o princípio mais difícil de garantir, pois depende da definição das necessidades de grupos populacionais específicos. E o que as definiria? Diante da diversidade dos povos que vivem no Brasil, com culturas e modos bem diferentes de levar a vida, é necessário que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para avaliar cada situação, com um olhar humanizado e livre de preconceitos e pré-julgamentos. Todos nós temos o direito de levar a vida da maneira que desejarmos e julgarmos ser o melhor para nós, desde que respeitando o direito do outro de fazer o mesmo.

Ao reconhecer as situações de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep), atendendo às reivindicações de segmen-

tos populacionais específicos, instituiu políticas de promoção da equidade (Brasil, 2013a).² Estas políticas visam garantir o direito à saúde de pessoas e populações que vivem em situações de vulnerabilidade social, por meio de estratégias de enfrentamento às dificuldades de acesso apresentadas por esses grupos populacionais, determinadas, entre outras coisas, por práticas de opressões, intolerâncias e preconceitos, das quais se destacam o racismo, o machismo e a homofobia.

Além das políticas de saúde integral para as populações vulneráveis, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS em 2007, o ParticipaSUS, que prevê, entre outras coisas, espaços de participação de populações vulneráveis na gestão do SUS. Nesse sentido, considerando a importância da participação social, essas políticas foram formuladas e têm sido implementadas *com* as populações e não *para* as populações, por meio dos comitês, câmaras técnicas e grupos de trabalhos voltados para a promoção da equidade, que estão em fase de descentralização nos estados e municípios. Por intermédio desses espaços de participação, tem sido ampliada a escuta sensível do poder público em relação às demandas de cada segmento, como também tem sido estimulado o protagonismo popular na luta pelo direito à saúde.

Nesse exercício democrático, igualmente se busca encontrar formas de enfrentar as iniquidades, ou seja, as desigualdades, injustas e evitáveis que acontecem quando os direitos de determinados grupos populacionais são desrespeitados.

População em situação de rua

O sistema econômico capitalista, hegemônico na maior parte do planeta e também no Brasil, é altamente concentrador de riquezas nas mãos de poucos que detêm os meios de produção, criando desigualdades e a exclusão social de muitos. Em outras palavras, é inerente ao capitalismo produzir pobreza e exclusão.

² São elas: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009; Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2011; e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2011.

O processo de urbanização acelerado, alimentado pela chegada de camponeses expulsos das áreas rurais em direção às grandes metrópoles, além do desemprego e outras dificuldades econômicas e sociais, vão gerando grandes contingentes de excluídos, desprovidos de tudo, inclusive de casa para morar. Essa situação tem origem e causas multifatoriais e atualmente ainda persiste de forma expressiva, embora o governo brasileiro tenha implementado um conjunto de políticas sociais que visam melhorar as condições de vida das populações.

Para atender a população em situação de rua, o Ministério da Saúde vem ampliando a atenção básica com equipes específicas, multidisciplinares, nos *Consultórios na Rua*, estratégia instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, que visa ampliar o acesso da população de rua “à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde” (Brasil, 2012, p. 62).

Segundo Silva (2006), o fenômeno “situação de rua” é consequência de diversos condicionantes, como: fatores estruturais, ausência de moradia, trabalho e renda; fatores biográficos, relacionados à vida particular dos indivíduos, por exemplo, quebra de vínculos familiares, transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas; e fatos da natureza, como terremotos ou inundações.

A população em situação de rua é um grupo heterogêneo, que se caracteriza por viver em situação de pobreza extrema e, como dito, com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Situações de extrema vulnerabilidade causam grande exposição dessa população, que se torna presa fácil da violência, pois, nas ruas, essas pessoas vivem sem proteção. Muitos acabam fazendo uso prejudicial de álcool e outras drogas, em busca de alívio para seus sofrimentos.

Atualmente, há maior número de pessoas em situação de rua nas capitais, regiões metropolitanas e cidades de médio porte. Percebe-se também que tem havido uma transformação permanente na composição desses grupos. Se antes essa população era constituída por indivíduos isolados, hoje também temos casos de famílias nessa situação.

Essa população enfrenta inúmeros problemas em relação ao acesso à saúde, como a inexistência de serviços ao seu alcance, e preconceito por parte de certos trabalhadores e gestores da área da saúde.

No sentido de garantir o direito à saúde dessa população, foi publicado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da Popu-

lação em Situação de Rua, por meio da resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 (Brasil, 2013b). Essa resolução define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua no âmbito do SUS.

Os objetivos gerais definidos no Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População são: garantir o acesso da população que vive em situação de rua às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida dessa população (Brasil, 2012).

População negra

O racismo no Brasil é uma herança do período colonial, e atualmente, embora tenhamos legalmente igualdade de direitos, podemos afirmar que vivenciamos um sistema de abolição inacabada, pois negros e negras ainda ocupam uma situação de desvantagem em relação à conquista da cidadania.

Ainda que o racismo seja crime no Brasil desde 1989,² ele ainda persiste sob formas muitas vezes veladas, e é aceito e reproduzido com naturalidade na sociedade. Porém, ao analisarmos alguns dados relativos à pobreza, à mortalidade e à criminalidade, por exemplo, percebemos que o racismo no Brasil é estrutural e institucionalizado, uma vez que possui fortes raízes históricas.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria da população brasileira é negra, desde 2010. A pesquisa considerou negros os brasileiros que se declararam pretos e pardos. Embora seja a maioria da população, é a que tem renda menor, e maior dificuldade de acesso à educação, à saúde e à boa alimentação; é a que vive em condições mais precárias, mais exposta à violência e às doenças, e é a maioria no sistema penitenciário.

Em relação à pobreza, “negros correspondem a 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre” (Brasil, 2013c, p. 13). Em

² A lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, define os crimes resultantes de preconceito de raça e cor.

relação à saúde, “o risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco” (Brasil, 2013c, p. 14).

Segundo a publicação *Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014*, encomendada pela Unesco e pela Secretaria Geral da Presidência ao Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os jovens negros foram, em 2013, 18,4% mais encarcerados e 30,5% mais vítimas de homicídios do que os jovens brancos. Esses dados apontam para a necessidade de se desenvolver processos nos quais os profissionais possam refletir sobre o que gera e determina as situações de violência.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, leva em consideração toda a situação de desigualdade que envolve a população negra no Brasil e traz como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN) é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País. (Brasil, 2013c, p. 5)

Populações do campo, das florestas e das águas

São povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. São eles: os indígenas, camponeses, agricultores assentados ou acampados, assalariados e temporários, ribeirinhos, quilombolas, extrativistas, atingidos por barragens, entre muitos outros, pois a população rural brasileira é composta por uma diversidade de povos, etnias, religiões e culturas (Brasil, 2013d).

Quilombolas

Segundo a Fundação Cultural Palmares, órgão do Ministério da Cultura, quilombolas são descendentes de africanos escravizados que mantêm tradições culturais, de subsistência e religiosas ao longo dos séculos. As comunidades quilombolas são grupos étnicos constituídos pela população negra rural ou urbana, que se autodefinem a partir das relações com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e as práticas culturais próprias. Estima-se que em todo o país existam mais de três mil comunidades quilombolas (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, 2016).

Uma das maiores bandeiras destas populações é ter garantido o seu direito à posse da terra, pois, mesmo com o reconhecimento governamental, ainda são muitas as dificuldades para que conquistem a certificação de suas comunidades, o que lhes possibilitará o acesso ao conjunto de políticas de inclusão que propiciem a melhoria da qualidade de vida.

Por sua origem – os quilombos foram criados por negros e negras que fugiam da escravidão no período colonial –, a vida destes povos está fortemente associada ao sentimento de resistência e territorialidade. Em vários documentos jurídicos brasileiros são denominados como “remanescentes de quilombos”, referência ao passado que nega a identidade destes povos no presente. E, no entanto, esta identidade está em um processo dinâmico de permanente construção, marcado pelo vínculo com o território, com a história e com a tradição, mas também transformado pelas relações com a sociedade circundante.

Camponeses

O latifúndio (fazendas e engenhos de grande extensão) no Brasil data da época do Império. Este modelo de propriedade rural foi a raiz para a atual situação de desigualdade social e territorial existente. Ao longo de cinco séculos houve muitas lutas e resistência popular, e nos momentos mais democráticos da nossa história, quando o povo pôde se expressar, sempre foi levantada a bandeira da reforma agrária. Na década de 1960, o regime militar reprimiu fortemente essas aspirações, implantando um

modelo agrário concentrador e excludente da pequena agricultura familiar, expulsando os camponeses, incentivando a produção agrária por grandes empresas (agronegócio) com uso intensivo de venenos e agrotóxicos, concentrando não apenas a terra, mas também os subsídios financeiros para a agricultura.

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) foi uma reação a essa situação; ele tomou forma no final da década de 1970, especialmente na região Centro-Sul do país, expandindo-se para todo o Brasil. Hoje está organizado em 22 estados e segue com os mesmos objetivos que lhe deram origem: a luta pela terra, pela reforma agrária e pela construção de uma sociedade mais justa (Caldart, 2001).

Indígenas

Estima-se que a população indígena somava entre 2 e 4 milhões de pessoas, pertencentes a mais de mil povos diferentes, quando os europeus aportaram no continente americano, no século XVI. Dizimados inicialmente pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, e por epidemias de doenças infecciosas trazidas pelos europeus, contra as quais seus organismos não tinham defesas suficientes, e, posteriormente, na luta pela defesa das terras em que habitavam, seu número caiu drasticamente, sendo contabilizada pelo censo do IBGE de 2010 uma população de pouco mais de 800 mil indígenas no Brasil (Azevedo, 2011).

O direito indígena à terra, garantido pela Constituição Federal de 1988, é um direito originário que provém do reconhecimento do fato histórico de que os índios foram os primeiros ocupantes do Brasil, os “povos originários”. Ainda hoje esse direito é ameaçado pela lentidão na sua efetivação e pelos violentos ataques que sofrem, na medida em que suas terras são cobiçadas por latifundiários, empresas e confederações do agronegócio, que agenciam parlamentares para extinguir direitos já adquiridos ou para modificar e dificultar o processo de reconhecimento das terras indígenas. As mudanças graves no seu ecossistema, consequências de grandes empreendimentos como mineração, extração de madeira, hidroelétricas, estradas, entre outras, também ameaçam e destroem os modos de vida desses grupos.

Diferente da nossa civilização predatória, os índios sabem conviver com o ambiente natural, tirando dele o seu sustento sem, no entanto, colocar em risco as condições de reprodução desse meio. Eles são “ambientalistas” por tradição.

O futuro dos índios no Brasil vai depender das opções definidas pelo Estado brasileiro, do apoio ativo da comunidade internacional e principalmente do poder de organização e resistência das populações indígenas. Os seus direitos devem ser pensados como convergentes com os do restante da sociedade brasileira, constituindo-se um pré-requisito da preservação de uma riqueza ainda não estimada, mas fundamental, da biodiversidade e dos conhecimentos das populações tradicionais sobre as espécies naturais.

Cuidar dos povos indígenas exige o reconhecimento das suas especificidades e particularidades culturais, religiosas e territoriais – como suas formas de organização social, que se embasam em outra racionalidade –, fatores que colocam o princípio da interculturalidade e os determinantes sociais de saúde como pilares do jeito de pensar e fazer saúde com essas populações.

Em 2010 foi instituída no Ministério da Saúde a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

População LGBT

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013e) instituída pela portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, afirma a garantia do direito à saúde como uma prerrogativa de toda cidadã e cidadão brasileiros, respeitando-se suas especificidades de raça/etnia, geração, orientação sexual e identidades de gênero.

A orientação sexual de um ser humano é uma questão de natureza íntima. A liberdade de ser e viver como se deseja é condição para uma vida feliz e equilibrada, e ninguém deve ser penalizado, ridicularizado, humilhado, ferido ou assassinado pelo que é, ou porque apresenta uma orientação sexual diferente do padrão socialmente normatizado ou hegemônico. O Ministério da Saúde reconhece seu compromisso com a promoção da saúde a partir do respeito às diferentes identidades de gênero e ou orientações sexuais e afetivas.

A visibilidade das questões de saúde da população LGBT emergiu a partir da década de 1980, com o fortalecimento da organização política dos movimentos e sujeitos envolvidos, devido à necessidade de enfrentamento perante o surgimento da epidemia de HIV/Aids. Paralelamente, nesse período, com o processo de redemocratização do país, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais, conformando o que se chamou de Movimento LGBT, promovendo importantes mudanças de valores na sociedade brasileira.

Para refletir

O 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil indica que, entre 2003 a 2005, foram relatados 360 homicídios de gays, lésbicas e travestis no Brasil (Brasil, 2013e, p. 16). O Grupo Gay da Bahia, a mais antiga associação de defesa dos direitos humanos dos homossexuais no Brasil, divulgou em janeiro de 2013 o Relatório de Assassinato de LGBT de 2012. Naquele ano, 338 homossexuais foram assassinados no país, o que significa uma morte a cada 26 horas. Houve um aumento de 21% em relação a 2011, ano em que aconteceram 266 mortes, e um crescimento de 177% em relação aos últimos sete anos. A maior parte das mortes se refere a homens homossexuais, com 188 casos (56%), seguidos de 128 travestis (37%), 19 lésbicas (5%) e dois bissexuais (1%). De acordo com esse relatório, o Brasil está em primeiro lugar no ranking mundial de assassinatos homofóbicos, concentrando 44% do total de mortes de todo o planeta, cerca de 770 mortes. Nos Estados Unidos, país que tem cerca de 100 milhões de habitantes a mais do que o Brasil, foram registrados 15 assassinatos de travestis em 2011, enquanto no Brasil, em 2012, foram executados 128 (Affonso, 2013).

De modo geral, a demanda dos movimentos organizados LGBT envolve reivindicações na área dos direitos civis, políticos, sociais, de saúde e humanos, trazendo discussões como a união civil, o reconhecimento de diferentes formatos de família, a redução da violência contra esses grupos e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como o reconhecimento de suas especificidades na atenção à saúde, colaborando para uma saúde integral, universal e equânime.

Considerações finais

Embora as populações em situação de vulnerabilidade estejam teoricamente protegidas pelas políticas de equidade, a garantia dos seus direitos não está dada, pois depende de uma profunda transformação social e cultural relacionada ao modo como serão tratadas, não só no campo da constituição e da elaboração dessas políticas públicas, mas, principalmente, no cuidado dispensado nos serviços e nas ações de saúde.

Enquanto continuarmos negando nossa humanidade, construindo cidadãos padronizados dentro dos valores morais que os interesses dos grupos hegemônicos determinam, haverá no nosso país racismo, discriminação racial, extermínio da juventude negra e dos povos indígenas, violência contra as mulheres, homossexuais, bissexuais, transexuais e travestis, preconceito contra moradores de rua, ciganos e tantos outros povos, concentração da posse da terra e das políticas e serviços públicos nos centros urbanos, e será preciso continuar combatendo as iniquidades.

Ser diferente é um direito do ser humano, o direito de viver de acordo com sua raça/etnia/cor, gênero/orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social/poder econômico, crença/religião ou cultura. A diversidade nos enriquece enquanto humanidade, pois é na troca entre diferentes que somamos para tornar o mundo um lugar mais harmonioso e feliz para todas e todos.

Referências bibliográficas

- AFFONSO, Julia. *Brasil tem uma morte de homossexual a cada 26 horas, diz estudo*. UOL Notícias, 10 jan. 2013. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/01/10/brasil-e-pais-com-maior-numero-de-assassinatos-de-homossexuais-uma-morte-a-cada-26-horas-diz-estudo.htm>. Acesso em: 1º ago. 2016.
- AZEVEDO, Marta Maria. O Censo 2010 e os povos indígenas. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (org.). *Povos indígenas no Brasil 2006/2010*. Instituto Socioambiental, 2011. [on-line].

Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quantos-sao/o-censo-2010-e-os-povos-indigenas>. Acesso em: 31 jul. 2016.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php. Acesso em: jul. 2016.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano Operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. _____. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. _____. Gabinete do Ministro. *Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013*. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em: 1º set. 2016.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. _____. _____. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

_____. _____. _____. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Geral da Presidência

da República. Secretaria Nacional de Juventude. *Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014*. Brasília: Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002329/232972POR.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2016.

CALDART, Roseli Salete. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 207-224, set./dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000300016. Acesso em: 3 nov. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA (INCRA). (Portal). *Quilombolas*. [on-line]. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/estrutu->

[ra-fundiaria/quilombolas](http://www.incra.gov.br/estrutu-). Acesso em: 31 jul. 2016.

LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; MATTA, Gustavo Corrêa. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, Francini et al. (org.). *Políticas de participação e saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 305-322.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil – 1995 a 2005*. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

VALLA, Vincent Victor. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999.

As dimensões culturais e a educação popular em saúde

Julio Alberto Wong Un

Para a educação popular as múltiplas dimensões e significados da *cultura* sempre foram centrais e estratégicos. *Centrais* porque, desde o seu começo, nos anos 1960, nos *círculos de cultura*² (Brandão, 2002), no trabalho cultural, na ideia de *cultura rebelde*³ (Brandão e Assumpção, 2009) e em outras propostas, a reflexão e a vivência da cultura esteve sempre presente na construção histórica dos processos sociais da educação popular. E *estratégica* porque os movimentos de cultura popular e as experiências de cultura e artes populares desde o começo foram formas de ação política transformadora, de resistência e de aproximação com os mundos populares.

A educação popular entende que é pelo trabalho cultural (chamado também de *ação cultural*) que se quebram muitas barreiras, e se consegue adesão, empolgação e participação (Freire, 2015). A compreensão, o respeito e a construção dialógica que acontecem no processo da ação cultural fazem possível legitimar as experiências, as ações e os projetos de saúde no nível local e construir os vínculos afetivos e políticos entre os vários atores sociais envolvidos. Foi por meio da

² A educação libertadora freiriana começou com a alfabetização de adultos. A equipe de Paulo Freire elaborou a metodologia dos círculos de cultura, na qual, por meio de uma reflexão crítica sobre a realidade, os participantes se alfabetizavam em diálogo. Aprender a ler era também um exercício crítico sobre a realidade de opressão vivida pelos participantes. Era a leitura do mundo para transformá-lo.

³ A proposta de cultura rebelde é explicada por Carlos Brandão no livro de mesmo nome (Brandão e Assumpção, 2009). Ela foi desenvolvida pelos primeiros movimentos de cultura popular apoiados pelo grupo de Paulo Freire na década de 1960. É uma compreensão da arte e da cultura como expressões de uma intencionalidade política e pedagógica de transformação de realidades injustas. Ao partir de expressões culturais populares, a cultura seria objeto de um trabalho político-cultural de construção e fortalecimento; portanto, cultura rebelde.

relação entre educação crítica libertadora e as culturas, especialmente as chamadas *populares*, que a educação popular constituiu-se como prática, movimento e campo de conhecimento.

Paulo Freire percebeu que a cultura do povo é porta de entrada privilegiada para iniciar um diálogo significativo com a realidade e ponto de partida para o desenvolvimento de um projeto educativo comprometido com a libertação e com a humanização (Osowski, 2008).

O reconhecimento e a vivência da cultura popular são elementos estratégicos para conhecermos a riqueza dos saberes presentes em determinado grupo ou comunidade, e são passos decisivos para a garantia dos direitos sociais de todos, independentemente de raça, etnia, cor, gênero, orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social, poder econômico, crença, religião ou cultura. A cultura popular se expressa não só nas manifestações locais de arte, mas também na linguagem, nos modos de organização comunitária, nas festas e em outros rituais importantes para a vida das pessoas, na forma como os serviços de saúde se organizam e funcionam, nos canais de diálogo e debate que existem em um território determinado.

Há uma relação íntima entre as questões culturais e a reflexão e o trabalho em torno do tema do direito à saúde e à equidade. Podemos considerar vários aspectos-chave da vida social como determinados pelas culturas locais, regionais e globais (Kottak, 2013):

- As denominadas manifestações populares;
- As artes e formas artísticas produzidas e consumidas localmente;
- As formas de organização comunitária e as decisões sobre o que deve ser feito em grupo e como;
- O respeito à experiência dos mais velhos e aos agentes populares de cuidado;
- As formas nas quais a população se congrega, como reuniões, assembleias, festas, aniversários, ações coletivas solidárias ou de protesto e pressão social e política;
- As formas de se relacionar com os governos e com os serviços, inclusive os de saúde.

Muitas expressões da vida social são configuradas pelas várias culturas que existem, se criam e operam em todo o território. As culturas

são caminhos, formas de fazer, estilos de viver (Geertz, 1989). E cada pessoa, cada comunidade ou cada grupo cultural tem o direito de que essas formas de ser e viver existam, sejam respeitadas e valorizadas, e que sejam reconhecidas como formas tão valiosas quanto as hegemônicas, e não consideradas apenas coisas de “pobres”, “atrasados”, “minorias” ou “subalternos” que devem ser toleradas. Como diz Brandão:

O pessoal [...] sabia que todas as pessoas, todas as famílias, todas as comunidades tinham a sua própria cultura. Vocês podem ir num “fundo do mundo”, num “oco do sertão”, e lá vive uma gente. E vive como gente: as pessoas falam umas com as outras e se entendem. Criam famílias. Elas plantam na terra e colhem. Fazem comidas e sabem orações que rezam antes de comer. Pintam potes de barro, criam canções bonitas e fazem lindas colchas de fiandeira.

As pessoas “de lá” têm os seus conhecimentos sobre as plantas e os bichos e sabem tratar muitas doenças. Elas têm os seus muitos cantos e suas alegres danças. Elas criam e possuem as suas crenças e os seus saberes. Isso mesmo. [...] E é assim que se fala que cada gente, cada povo do Brasil, possui sua cultura própria. (2014, p. 36-37)

Ainda, as dimensões sutis do existir humano – as emoções, as artes, as utopias e os sonhos, a transcendência e a espiritualidade, todas elas determinadas culturalmente – são um desafio às concepções mais tradicionais sobre saúde (Vasconcelos, 2006). O direito à saúde, convencionalmente relacionado ao acesso aos serviços de saúde, precisa ser revisto e ampliado constantemente para incluir a diversidade, os muitos olhares e jeitos, os caminhos da fé e da espiritualidade, e as verdades e conhecimentos alcançados pela experiência das artes.

Uma prática educativa que se queira democrática não pode ser invasiva, mas deve adaptar-se, inspirar-se e misturar-se criativamente com a realidade cultural na qual está se dando.

Não é por acaso que desde o começo da educação popular se propuseram *círculos de cultura*, se constituíram movimentos de *cultura popu-*

lar e se delineou a reflexão sobre a *ação cultural* que Freire expôs mais profundamente no livro *Ação cultural para a liberdade e outros escritos* (2015). A educação freiriana nutriu-se da visão de uma *cultura militante e rebelde* (Brandão e Assumpção, 2009), e, ao mesmo tempo, a aprofundou e fortaleceu. Essa visão foi se misturando com as culturas populares existentes – tradicionais e contemporâneas. Em muitos lugares, antes da educação popular, essas culturas eram desvalorizadas e até reprimidas por representarem as classes populares, sendo consideradas, depreciativamente, culturas inferiores ou “baixas”.

Essa centralidade do “cultural” também foi marca da educação popular na América Latina: houve e há um grande interesse em aproximar as diversas culturas e suas expressões cotidianas dos projetos de transformação de mundo. Nossa América Latina, vale lembrar, é um imenso caldeirão de misturas e interfaces, no qual muitas culturas se encontraram desde os povos originários, por meio da colonização, da migração, da escravidão e opressão, e das lutas por libertação, cidadania e dignidade.

A educação freiriana preocupou-se sempre por construir tanto as perguntas quanto as respostas junto com a população. Parte-se da realidade local, daquilo que é importante para as pessoas; uma realidade rica em tradições, criações, resistências e lutas pessoais e sociais.

Na alfabetização, por exemplo, parte-se dos saberes das pessoas, dos seus mundos verbais e culturais, identificando *temas geradores*.³ Da mesma forma, na educação popular, ao trabalharmos cultura, partimos da observação atenta e respeitosa, do diálogo entre pessoas iguais em seus direitos, mas diferentes por determinações culturais, políticas e sociais.

Mesmo que não tenhamos clareza sobre a ideia de cultura, pensamos e falamos sobre ela o tempo todo. As culturas influenciam o que somos; mesmo sem percebermos, estão presentes no nosso cotidiano. Pautam nossas formas de fazer como cidadãos e como profissionais e definem como nos relacionamos uns com os outros. Muitas das nossas opiniões,

³ Criadas na fase inicial da educação popular, as palavras geradoras seriam aquelas escolhidas a partir de uma pesquisa cuidadosa na cultura local – palavras de significado importante e que permitiriam iniciar a alfabetização com um envolvimento maior dos participantes. A ideia de temas geradores – mais usados na educação popular em saúde do que palavras geradoras – é, por extensão, um problema ou questão de valor e importância para os participantes do processo de educação em saúde.

visões e valores se formaram nesse grande caldeirão que é a cultura. Por exemplo, o gosto pela comida, pela música, por determinados meios de comunicação, ou por determinadas formas de lazer e de convívio social, são todos aspectos culturais relevantes para nossa atuação como profissionais da saúde. E, ainda, as nossas opiniões e julgamentos, nossas opções e a forma como avaliamos e analisamos um fato são determinadas pela nossa história cultural, tanto individual quanto coletiva. Assim, é importante levar em consideração as culturas locais para pensar, planejar e realizar nossas práticas no território.

Se no desenvolvimento dos processos educativos partirmos da reflexão e vivência das culturas locais, poderemos visualizar vários aspectos da realidade. É um exercício de aguçar os sentidos (Alves, 2005). Construimos nossa cultura no contato com jornais, televisão, escola, revistas ou em conversas com familiares, amigos, nas igrejas, nos bares, nos transportes, nas barbearias, no trabalho ou no bairro, entre outros. E, mesmo sem saber ou pensar muito nisso, fazemos parte de uma tradição, de uma história, de uma inserção na sociedade. Ainda que questionemos e mudemos o mundo, partimos sempre daquilo que somos – como pessoas e como sociedade. Cada sociedade, cada comunidade, cada grupo, cada família, cada pessoa constrói suas histórias e suas memórias na relação com um contexto mais amplo de ofertas e possibilidades. Há sempre uma mistura do tradicional e do novo. E o antigo nem sempre desaparece, mas se transforma ou se esconde. E, ainda, muitas vezes o novo não é melhor do que o velho (Canclini, 2013).

Uma forma usual de pensar a cultura é dizer que algumas pessoas teriam *mais* cultura do que outras. Isso estaria relacionado à escolaridade ou à educação formal. Um *doutor*, por exemplo, seria mais “culto” do que um pedreiro sem “instrução”. Assim, com base nessas formas de “classificação social”, legitimadas pela sociedade, se estabelece uma hierarquia de pessoas e se definem seus papéis sociais e funções. Aqueles que têm diploma seriam mais cultos do que aqueles sem diploma, e algumas profissões, tradicionalmente, seriam mais valorizadas do que outras. Vemos aqui que a “cultura” pode ser usada como forma de classificação e de acesso a determinados bens e círculos de poder. O lugar que a pessoa e as classes sociais ocupam dentro das hierarquias culturais acaba definindo também seu lugar no mundo. Muitas lutas e esperanças estão voltadas para modificar es-

sas classificações, que negam direitos e geram preconceitos, violências e sofrimento, fortalecendo os grupos hegemônicos da sociedade.

Também é comum que as pessoas acreditem que ter cultura é o mesmo que ter acesso a produtos e experiências caras e refinadas, como ir aos teatros, aos museus ou comprar livros e filmes. Quanto *mais* acesso a esses bens *mais* cultura teria a pessoa ou o grupo. Porém, esse acesso dependeria tanto de dinheiro quanto de informações que, sabemos, são consequência de ordens sociais injustas. Assim, nessa maneira de ver as coisas, haveria pessoas *cultas* e *incultas*. Haveria uma *alta cultura*, e uma *baixa cultura*, que seria o simples, o *brega*, o de gosto duvidoso, aquilo que é descartável e escrachado (bem exemplificado em alguns programas da televisão aberta e em algumas revistas e jornais “populares”). Essa é outra forma de estabelecer hierarquias, desta vez pelo consumo dos objetos culturais, em que cada coisa consumida é definida como expressão do *culto* ou do *inculto*.

Esta reflexão sobre *alta* e *baixa* cultura originada nas ciências sociais críticas tem ajudado no surgimento e fortalecimento de lutas pelos direitos e pela busca de melhorias coletivas e individuais. Evidenciar essa estratificação que despreza o mundo popular como “baixo” foi tarefa importante de antropólogos e sociólogos progressistas, entre os quais o maior educador popular brasileiro em atividade, Carlos Rodrigues Brandão, que estudou ao longo de muitos anos as festas populares religiosas e as culturas populares, criticando e questionando essa visão dual do mundo – um mundo de *alturas* e um mundo de *subsolos*.

A questão da dualidade cultural permite introduzir a reflexão sobre as *culturas de massa* e as *culturas populares*. Os primórdios da educação popular nas décadas de 1950 e 1960 coincidiram com o surgimento da crítica às ideologias produzidas pelas grandes corporações e pelos governos do Primeiro Mundo, naquele tempo chamados de imperialistas. Fazendo uso de análises produzidas ao longo das décadas anteriores por muitos pensadores, foi elaborada uma crítica à chamada cultura de massas. Estas seriam culturas estimuladas, fabricadas e financiadas com interesse financeiro e político pelas corporações – chamadas de indústrias culturais – e indiretamente pelos governos conservadores e capitalistas.

Nas décadas de 1960 e 1970 foram muito criticados os produtos de massa, populares no sentido amplo, por serem consumidos massiva-

mente pelos setores populares. Pensava-se, naquele tempo, que as pessoas eram vítimas passivas desses “mostrengos” culturais. E as pessoas mais politizadas de esquerda torciam o nariz diante de músicas, por exemplo, do Reginaldo Rossi ou do Wando, ou de quadrinhos do Zéfiro, ou de produtos musicais ou teatrais da Rede Globo, considerados produtos de menor qualidade. A cultura de massas seria alienante e alienada. Ela seria uma imposição fabricada – um exemplo conhecido é o Papai Noel vermelho que foi criado pela Coca-cola no começo do século XX; outro exemplo é a definição de datas comemorativas para aumentar as vendas no comércio; ou a cultura de *glamour* em torno do uso do cigarro, de bebidas alcoólicas ou produtos de marca.

Em contraposição, as esquerdas, os movimentos sociais e os militantes foram discutindo e construindo a ideia de *culturas de resistência*, *culturas rebeldes* e *culturas populares*, que representavam a afirmação das culturas oprimidas ou excluídas do festim de consumo do capitalismo, e que visavam à transformação social e à busca do socialismo. Os círculos de cultura rebelde, muito valorizados pela educação popular nos anos 1960, eram organizações altamente politizadas em um contexto de opressão e falta de direitos cidadãos. Criou-se uma cultura em torno da ideia *popular*: um *popular militante*.

Porém, como acontece quase sempre no mundo social e nas interpretações que surgem e predominam sobre ele, depois de algumas décadas novos olhares foram surgindo. Nos anos 1980, diversos sociólogos e pesquisadores dos estudos culturais mostraram a importância de se mudar o foco daquilo que era oferecido (os produtos da cultura de massa, como os discos de Nelson Ned, da Xuxa, do Balão Mágico, da Mara Maravilha, entre outros) para as formas como as pessoas usavam essas ofertas culturais – sejam as da cultura de massa, sejam as das culturas populares engajadas. Esses novos autores valorizavam as estratégias de transformação que as pessoas exerciam com os diversos produtos culturais (Martín Barbero, 2006). Diziam que não existia de fato passividade nem calmarias absolutas (Starn, 1991). E que as pessoas sempre estavam criando formas de resistência às opressões. Mesmo que o intuito do produto de massa tivesse sido alienante (ou revolucionário) a forma com a qual as culturas lidam com ele era sempre ativa, crítica. Mudou-se a forma de ver as pessoas: de seres passivos para seres ativos, sempre ne-

gociando e avaliando aquilo que iriam decidir ou fazer – mesmo que suas lógicas diferissem das “esperadas” por militantes e intelectuais.

Esses “novos olhares sobre os sujeitos populares” permitiram o desenvolvimento de reflexões valiosíssimas, como o estudo das “falas dos setores populares” desenvolvido por Victor Valla (2011, p. 91), ou os estudos sobre jovens infratores da antropologia crítica.

Essa dualidade, no entanto, sempre nos acompanha, de forma ilusória e errada. O senso comum tem a tendência de classificar o mundo em “alto” e “baixo”, “branco” e “preto”, “alienado” e “revolucionário”, negando a infinidade de variações existentes. Bom exemplo é a dicotomia usual em relação a identidades sexuais, na qual são negadas as infinitas versões e experiências de desejo e gosto.

Retomando, é como se existissem dois mundos separados. Um elevado, valorizado, desejado. E outro baixo, desprezado, considerado cafona, de mau gosto, ou ignorante. Porém, o bom senso nos diz, e os estudos sobre culturas populares confirmam (Burke, 2010), que esses opostos não são muito exatos. Ainda que as culturas possuam origens distintas, existem apropriações de uma cultura de classe específica por outra classe. O carnaval, por exemplo, que possui explicitamente uma origem popular, foi apropriado como a grande festa brasileira, atraindo o interesse de diversas pessoas, de distintas classes sociais, inclusive das classes dominantes (DaMatta, 1997). Para nossa discussão podemos dizer que os diferentes grupos se relacionam muito mais do que poderíamos imaginar.

Popular também tem muitos significados – assim como *cultura*. Há a visão do popular como “povão”, sinônimo de simplório, rude, ou ignorante. Há a visão do popular como exótico, raro, com costumes pouco compreensíveis – chamados de folclóricos, tradicionais, étnicos, ou de povos “selvagens”. Muitas vezes se vê o popular como algo negativo a ser modificado. Por exemplo, alguns profissionais da saúde afirmam que não entendem como “esse povo” é tão sujo, não lava as mãos, não segue as orientações, se distrai nas atividades de sala de espera, ou oferece mamadeira com coca-cola aos bebês. E eles falam com perplexidade, frustração, angústia ou até mesmo com censura e desaprovação. Temos aqui a visão de “popular” como algo negativo, que não pode ser controlado, um sinônimo de alienação ou de falta de cultura.

Há ainda uma visão do popular como idealização da massa, da população, do “povo”, que seria fonte homogênea de saberes e práticas “benéficas” e “benignas”. Esta visão romântica da população como benéfica, sábia, sem contradições nem processos internos de injustiça e exploração é tão perigosa e danosa quanto a visão recheada de preconceitos e simplificações negativas. Ao que parece não temos uma forma adequada de entendimento desse imenso grupo de pessoas e culturas chamadas *populares*.

Mas como a educação popular enxerga o popular? Nos primeiros tempos da educação, criaram-se dispositivos reflexivos e políticos de “cultura rebelde” ou de “resistência” que procuravam a construção de culturas socialistas, sempre com respeito pelas culturas populares locais. Em uma segunda fase, muitos cientistas sociais se identificaram como educadores populares – é o caso do já citado Carlos Brandão – e empreenderam estudos muito especiais e respeitosa, aprendendo com as culturas populares tradicionais (rurais, camponesas, migrantes) e contemporâneas (misturas, miscigenações, formas urbanas), resultando em novas compreensões do “popular”, como as de Victor Valla. Uma terceira fase se deu com a aproximação às formas culturais produzidas pelos grupos periféricos urbanos, rurais e por outros movimentos sociais. A visão da educação popular está sempre se ampliando, mudando para incorporar a complexidade do mundo. E se alguma missão nos legou Paulo Freire foi a de não copiá-lo, mas recriar sempre seu pensamento e suas percepções.

Assim, a educação popular sempre acreditou nas potencialidades das culturas populares: como riqueza do diverso, como uma fonte possível de sabedoria e como espaço de construção de novas compreensões e conhecimentos.

Um exemplo: Victor Valla gostava de dizer que os profissionais viviam em *crise permanente*. Uma crise que causava sofrimento e raiva, mas que também nos colocava em um lugar simbólico separado da população... Que nos afastava e, aparentemente, nos protegia de erros ou gafes cometidos. Os profissionais sentem que têm a razão, que possuem um saber tecnicamente superior que os legitima. Essa crise é a de não compreender, não entender, nem escutar os saberes da população: uma *crise de interpretação*. Segundo este educador em saúde, sempre que nos aproximamos da população partimos da nossa visão de mundo. E a partir dela julgamos o outro como inferior, alguém que é “menos do que nós”. Isso

impede qualquer diálogo verdadeiro; e levaria a impasses, distanciamentos, e diversas formas de afastamento que impossibilitam não somente processos de educação, mas também convivências terapêuticas e a efetividade dos profissionais e do serviço como um todo (Valla, 2014).

Um outro exemplo: no livro *Pedagogia da esperança*, Paulo Freire (2002) conta uma história que protagonizou nos anos 1960 quando, ainda trabalhando para o Serviço Social do Comércio (Sesc), decidiu, junto com sua equipe, fazer uma pesquisa sobre violência contra crianças nas áreas rurais de Pernambuco. Eles descobriram que havia muito mais casos de maus-tratos na Zona da Mata pernambucana do que no litoral e levantaram várias explicações possíveis, mas não muito convincentes, para essa diferença. Acontece que Paulo Freire foi dar uma palestra explicativa sobre esses achados, em um centro comunitário dessa região mais violenta, para trabalhadores rurais. Ele conta que foi enfático, condenando a violência. Aí aconteceu algo que o próprio Freire classifica como a maior lição de análise da realidade brasileira que ele já recebeu. Um agricultor levantou a mão no fundo da sala lotada e quente e disse: “Eu queria perguntar ao senhor uma coisa”. “Pode falar”, disse Paulo, animado com a participação. E ele começou: “O senhor mora em casa? A casa do senhor tem quantos cômodos? Essa casa deve ser arejada e bonita. Quando o senhor chega em casa tudo deve estar limpo, a comida lhe esperando e os seus meninos estão já bem alimentados e brincando. É assim?”

Paulo percebeu que lá vinha coisa e ficou nervoso. Mas sorriu, assentiu e disse: “É assim mesmo”. O agricultor continuou: “Pois bem, eu vou lhe contar como a gente mora. A gente acorda antes do sol todo dia e fica na lavoura e volta já de noite. Moramos em casas de barro, quase sem janelas, todos no mesmo cômodo. Chegamos cansados, ao escuro da casa, um monte de meninos e pessoas fazendo confusão... fica bem mais difícil para a gente ficar bem-humorados e carinhosos”. Paulo ficou silencioso e pensando. Mesmo que isso não justificasse a violência, Paulo Freire percebeu o quanto o pensamento das chamadas pessoas simples, das camadas populares, podia ser crítico e perceber os problemas, condições e desafios da própria realidade vivida.

Muitas e muitas coisas poderiam ser escritas sobre como a educação popular lida com as várias culturas em um determinado território. Mas

nem tudo cabe em textos. Mais importante é refletir em grupo e pesquisar o mundo ao redor. E muito mais valioso é percorrer o território, visitar, observar, conversar, dar risada, se emocionar ou se revoltar com as dores e sofrimentos das pessoas, junto com elas.

Queremos que você lembre que a educação popular percebe na cultura um grande potencial transformador de mundo. A cultura produz significados compartilhados, gostos, empolgações e desejos, lazeres e prazeres, emoções de amor e raiva, de revolta e criação, dimensões estas que vão além da razão, do pensamento formal. A educação popular aposta no reconhecimento, respeito e aprendizado a partir das culturas locais, sejam elas tradicionais ou criações recentes.

Muitas destas reflexões inspiram-se e se fortalecem com o texto da Política Nacional de Educação Popular e Saúde (Pneps), de 2013, que, entre outras coisas, propõe:

1. Reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde;
2. Apoiar a produção, a sistematização de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde;
3. Contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares.

Finalmente, na educação popular, para compreender verdadeiramente a questão cultural, temos que viver *humanamente*. Essa *humanidade* seria, para Freire, a união amorosa entre a crítica e a beleza. *Criticidade e boniteza de mãos dadas*, ele dizia, em diálogo, e em dança. A criticidade, entendida como um viver político, unida à boniteza, entendida como um jeito de viver com os outros, em diálogo sensível, emocionado, esperançoso e utópico. Esse exercício cotidiano pode fortalecer e transformar nossa prática no trabalho em saúde.

Referências bibliográficas

- ALVES, Rubem. *Educação dos sentidos e mais*. Campinas: Verus, 2005.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *A educação como cultura*. Campinas: Mercado das Letras, 2002.
- _____; ASSUMPÇÃO, Raiane. *Cultura rebelde: escritos sobre educação popular ontem e agora*. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009.
- _____. *História do menino que lia o mundo*. São Paulo: Expressão Popular, 2014.
- BURKE, Peter. *Cultura popular na Idade Média*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2010.
- CANCLINI, Néstor García. *Culturas híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade*. São Paulo: Edusp, 2013.
- DAMATTA, Roberto. *Carnavais, malandros e heróis*. São Paulo: Rocco, 1997.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- _____. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. Rio de Janeiro–São Paulo: Paz e Terra, 2015.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- KOTTAK, Conrad Phillip. Cultura. In: _____. *Um espelho para a humanidade: uma introdução à antropologia cultural*. São Paulo: McGraw-Hill–Penso, 2013. Cap. 2: Cultura, p. 43-67.
- MARTÍN BARBERO, Jesús. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- OSOWSKI, Cecília Irene. Cultura. In: STRECK, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (org.). *Dicionário Paulo Freire*. 2. ed. ampl. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 98-101.
- STARN, Orin. *Reflexiones sobre rondas campesinas, protesta rural y movimientos sociales*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1991.

VALLA, Victor Vincent. Procurando compreender a fala dos setores populares. In: VALLA, Victor; ALGEBAILLE, Eveline; GUIMARÃES, Maria Beatriz (org.). *Classes populares no Brasil: exercícios de compreensão*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. p. 91-104.

_____. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala

das classes subalternas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 35-48.

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

A espiritualidade e outras dimensões invisíveis: além do óbvio na educação popular em saúde

Julio Alberto Wong Un

Vamos iniciar esta breve reflexão com um conjunto de imagens. Tente evocar, lembrar ou experimentar o que elas significam ou poderiam significar para você. Se preferir, pode experimentar em dupla ou em um pequeno grupo. Porque imagens valem mais do que mil palavras, sim, mas palavras podem desenhar imagens, muito além da superfície, e podem fazer a imaginação voar, como quando lemos um bom livro. Vamos tentar?

Espírito e espiritualidade. Religião e religiosidade. Fé e confiança. Esperança e espera. Amor, ternura e afago. Nada é mais humano do que o invisível. Fechar os olhos e beijar longamente. Sentir que o tempo para ou fica lento, como nos efeitos visuais dos filmes. Receber no colo a filha recém-nascida, embrulhada em panos suaves, se mexendo apenas, quietinha, quentinha. Emocionar-se. E, tão somente piscar e já vê-la fazendo 13 anos: sentir a bondade da vida nos agraciar. Ver o filho conduzir um coral e sentir que, impertinentes, os olhos começam a se molhar de orgulho, emoção e alegria. Ler no fim do dia, já de volta para casa, um poema do Thiago de Mello ou da Cora Coralina e sentir que as dores e desgastes da nossa longa jornada como profissionais e cidadãos vão se acalmando, aliviando. Ver nosso time jogar com alma e alegria, como faz tempo não víamos. Pegar a caneta para escrever para nós mesmos, depois de ter ninado e colocado para dormir as filhas adolescentes, com a certeza de que, a cada dia, elas – e nós – mudamos sem parar; mas que algo permanece, como o encantamento inicial, aquele do dia do primeiro encontro, poucas horas depois de terem chegado ao planeta, respirado, e já começado a transformar profundamente, como por alquimia ou magia, o entorno, o nosso mundo todo. Ou então, refletir de forma leve e alegre com os amigos

e colegas sobre nosso cotidiano, seus desafios, as opressões e maldades, e as formas de contorná-las... Transformar o mundo do sonho na ação e o da ação no sonho. Ainda, conversa de bar, conversa de caminhada pelas montanhas ou pelos parques... Subir e descer ladeiras com quem se ama, jogar conversa fora e sonhar e sorrir juntos. Ou também, roda ou círculo de estudantes sentados na grama, acreditando, se encantando, mudando o mundo, sem sequer pensar em cargos, conchavos, negociações: instantes da juventude que irão gerar nostalgia eterna. Ou, no nosso trabalho, sentir a beleza de ter consolado, cuidado, apoiado; ou ter sofrido junto, e ter se solidarizado com as pessoas das comunidades e dos territórios que procuramos servir.

E, também, é claro, a inquietação pelo invisível, pelo sagrado que nos convoca ou, por vezes, que nos cala e nos deixa sem amparo. Essa inquietação que surge na fragilidade, na doença, no medo, na perda, ou quando testemunhamos o sagrado de um nascimento ou de um sonho realizado. O nosso espírito procurando renovar a união com o que intuímos ser algo grande, profundo, nossa verdadeira casa, nossa energia de luz, cura e transformação. O sopro leve e suave que nos arrepia e nos enche de energia boa, de vida e confiança no futuro. É a experiência do viver no Espírito. A dimensão sagrada da vivência espiritual. Pensada, dita e experimentada de muitas e muitas maneiras, quase infinitas. Pessoais, mas também comunitárias, sociais e planetárias. Mesmo aquele que é distante das religiões e celebrações religiosas alguma vez já sentiu essa dimensão mais sutil.

Imagens. Somente imagens. Algumas. Você deve ter muitas mais, e diferentes. São exemplos e possibilidades do invisível que também somos nós mesmos e, óbvio, que faz das pessoas que acompanhamos e cuidamos, seres complexos, feitos de muitas formas de viver, pensar, acreditar, sentir, querer e fazer. Nosso cotidiano no mundo da saúde é assim: no mínimo, um imenso desafio.

É essa a vida do Espírito Humano. Nossa vida. Espírito inquieto, sempre querendo ser mais – com *vontade de ser mais*, como gostava de dizer Paulo Freire (2002b). Ir além de nós mesmos, do que hoje somos, da nossa circunstância, dos nossos problemas, deficiências e desafios. Com essa fome e sede que nunca cessam. Não se conformando com as opressões, nem com as paralisias, nem com as formas congeladas e cru-

éis que destroem e matam. Mesmo reconhecendo que o sistema global de opressão e produção de sofrimento social é muito poderoso e implacável, produzindo consumidores cegos e sem crítica, criando e fortalecendo a maldade e a crueldade que significa lucrar e ter poder produzindo sofrimento, roubando e sendo corrupto, a educação popular em saúde opta pela humanidade criativa, justa, que se projeta em um mundo menos injusto e mais equitativo.

Assim, a espiritualidade não se limita à esfera do religioso, da fé em deuses ou entidades sobrenaturais ou à participação em religiões ou igrejas. Ela é muito mais ampla, incluindo a mística, o sonho compartilhado que os antigos socialistas chamavam a “fé dos revolucionários” por um mundo melhor. Essa energia que nos move e que permite a transformação do mundo. As lutas sociais coletivas – de movimentos e organizações – pela ampliação e garantia do direito à saúde, por exemplo, são movidas pelo espírito humano, individual e coletivo. E ainda todo caminho espiritual ou religioso faz parte do direito humano de termos nossas ideias respeitadas e valorizadas. Reafirmamos aqui claramente que todas as propostas têm o mesmo valor. Não se trata de “tolerância”, de “deixar que existam”, mas sim de reconhecer a cidadania de caminhos igualmente valiosos e que oferecem guia, consolo, compromisso e utopias a serem construídas em coletivo.

A educação popular freiriana acredita que o ser humano é inquieto, querendo sempre se projetar e ir além dos próprios limites, através de dinâmicas pessoais e sociais, que incluem tanto formas de dizer e pensar quanto formas de agir e se relacionar. Ao partir de um processo lento e longo de reconhecimento e crítica do mundo – que a educação popular fortalece – em direção à sua transformação, a pessoa humana resiste e cria. Para isso, elabora estratégias (maiores, de prazos longos) e táticas (menores, sutis, cotidianas) e o tempo todo vai formulando, *em diálogo e comunhão* (expressão freiriana), novas esperanças e “esperas impacientes”.

A essa visão do humano como algo inacabado, que vai além de si próprio, alia-se a ideia da procura do novo, do surgimento do que antes era inviável, inédito. Essa confiança esperançosa pela construção coletiva – racional e política, mas intuitiva e estética também – daquilo que antes poderia se pensar impossível é uma das marcas da educação popular (Freire, 2002a).

Vemos assim que a dimensão do espírito é muito mais ampla e diversa do que a vivência religiosa. Não pode ser delimitada por dogmas, ideologias, crenças ou determinados líderes carismáticos. Não é moda, superstição, alienação – embora também reconheçamos que possa ser usada de forma superficial (moda), sujeita a danos (superstição) ou ao controle perverso dos desejos e formas de agir das pessoas (alienação).

A experiência do espiritual humano, tão ampla como sugerida aqui pelas imagens mencionadas no começo, é possibilidade e direito de todos e todas. É como o direito de sonhar e fazer acontecer. As pessoas podem compreender e experimentar a *espiritualidade* de tantas maneiras... Muitas das quais poucos compreenderão. Temos uma tendência a separar, afastar ou rejeitar aquilo que não entendemos, as formas de viver o invisível que não se encaixam perfeitamente naquilo em que acreditamos, nas nossas convicções. E como profissionais da saúde, e mais ainda trabalhando e convivendo com a população nos próprios territórios em que habitam, na atenção básica, é imperativo trabalhar para ampliar nossos sentidos, percepções e compreensões – tanto do cultural quanto do espiritual. A educação popular aposta nisso, e, diariamente, vão se construindo aproximações e diálogos entre as diversas formas de ver e viver esse mundo de invisíveis tão presentes no nosso cotidiano e que, com certeza, influenciam nosso trabalho, suas lógicas, os resultados e mesmo situações tão controversas nas quais a “qualidade” é medida pela “produção”.

Reforçamos a ideia de que aumentar nossa sensibilidade e compreensão sobre estas vivências que estão conosco o tempo todo – em casa, com a família, no casal, com os amigos, no trabalho, na equipe e na nossa interação com os usuários do SUS e suas famílias – é um trabalho cotidiano e paciente. É um trabalho de transformação e autotransformação, é fortalecer os sentidos para construir cidadania e direito de forma compartilhada.

Há uma tradição na educação popular que relaciona a espiritualidade não somente às formas culturais de vivência e expressão da dimensão religiosa - chamada *religiosidade popular* ou *fé popular*, mas também aos movimentos sociais, pastorais e religiosos considerados *populares* (no sentido de “opção pelos pobres” na concepção da cultura rebelde, como mencionado no texto **As dimensões culturais e a educação popular em saúde**, ou de manifestações de grupos subalternos/populares). A dimen-

são espiritual tem acompanhado a caminhada de mais de sessenta anos da educação crítica freiriana pelo mundo.

Há uma relação estreita entre as práticas espirituais ou religiosas, os movimentos sociais, as práticas populares de cuidado e a educação popular. Cada uma dessas especificidades da vida social afirma o espírito no cotidiano - seja como fonte de conforto, cuidado ou cura, seja como força ética que impulsiona lutas, propostas, projetos políticos coletivos ou processos profundos de transformação pessoal e social. Em um mundo no qual, de forma perversa, tem se valorizado pouco as vivências religiosas e espirituais, e no qual a ciência e a razão são consideradas aliadas do consumismo e do capitalismo, a valorização das espiritualidades que operam em nossos territórios de atuação, e das nossas próprias espiritualidades – sempre no sentido amplo apontado no começo deste texto – é uma inovação epistemológica, segundo Eymard Vasconcelos (2006), e segundo a própria Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS). Essa inovação pode trazer maior efetividade para o nosso trabalho.

Não tem sido nosso objetivo discutir as questões de organização, fé, crenças e convicções. Todas devem ser respeitadas e valorizadas como fontes potenciais de sabedoria e como formas coletivas e solidárias de agir em saúde. E, em todas essas questões, encontraremos exemplos vivos de honestidade, compromisso, cuidado, militância, ética, ternura e luta. Ou não, porque, além das propostas gerais, conceituais e doutrinárias, estão as pessoas singulares com suas escolhas e caminhos, nem sempre ideais, nem sempre isentos de erros e transgressões.

Ao falar de espiritualidade aqui estamos falando de uma experiência profundamente humana. É a vontade de transcender o “ser mais” freiriano, de vivenciar coisas além de nós mesmos. A noção de espiritualidade abrange aspectos do viver humano, seja na arte, no amor, na ternura, seja em outras dimensões invisíveis.

Acolher, sinceramente, as formas como as pessoas experimentam o que aqui amplamente chamamos espiritualidade humana é abrir um conjunto de portas para melhorar nossa atuação e nossa compreensão. E é abrir a possibilidade, sempre valiosa, de aprendermos com a população, com seus sentimentos e sabedorias, mas também com suas contradições e sofrimentos. Via de mão dupla: transformamos e somos transforma-

dos. O *quanto* e o *como* dessas transformações dependerá de como somos, vivemos e interagimos. Não há regras únicas nem padrões simples.

Viver a nossa espiritualidade no trabalho em saúde não significa tentar impor nossas ideias e crenças, ou convencer os outros que nossa visão das coisas é a melhor, ou é superior, ou é mais próxima da verdade – seja ela religiosa ou não. É aprendermos a ser inclusivos, é aprendermos com os outros no simples cotidiano, no tempo sem brilho, com aquilo que normalmente passa despercebido.

É importante explicitar a diferença entre religião e espiritualidade, embora você provavelmente já tenha percebido, pelos exemplos iniciais. A religião, ligada à institucionalidade de uma igreja ou de um movimento religioso, caracteriza-se por dogmas (aquilo que é considerado a verdade sobre o divino), ritos (como as festas, cultos ou celebrações) e pela organização e administração da instituição ou da comunidade de fiéis. A espiritualidade é uma experiência mais “solta” e que vai além da vivência do divino, do sagrado e das religiões, como sugerimos ao longo deste texto. E é por isso que esta reflexão resulta útil para o diálogo inter-religioso, para ampliar nosso trabalho em saúde e para acolher e aproveitar de forma rica e criativa as formas de cuidar e curar dos muitos grupos que operam no território.

Podemos afirmar com tranquilidade lembrando as muitas imagens evocadas no começo desta reflexão, que desde uma visão de educação crítica freiriana, viver a nossa espiritualidade é aceitar o desafio de abrir nossos sentidos e nossa sensibilidade para entender mais e mais o que acontece na vivência das pessoas: lógicas, sentimentos e emoções, sonhos e ilusões, expectativas e formas “de ir atrás” do que se quer. Abrir-nos para dialogar de verdade, e para entender, com visão crítica, que, mesmo em um mundo desigual e injusto, no qual há maldade, desonestidade, violência e morte persistem as experiências interiores e compartilhadas de humanidade profunda, esperança, caminhos de renovação e reinvenção pessoal e de grupo. Pequenos milagres cotidianos nos gestos, nos abraços, no silêncio dos que velam a morte de alguém amado. Na oração proferida no fim do caminho, perto do ponto final do corpo, no qual o ar para e não há mais pensamento. Somos porque somos com os outros; somos em comunhão, em diálogo, em dança. Somos com aqueles com quem lutamos, sonhamos e refazemos o mundo.

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 2002a.

_____. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002b.

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

A arte é longa, a vida é breve: sobre o valor e a potência das artes na educação popular em saúde

Julio Alberto Wong Un

Ao pensar sobre e ao praticar educação popular, seja no campo da saúde, seja em outros campos do viver social, iremos constatar que ela está organicamente próxima de muitas formas de arte, de tradição e de invenção, e de várias formas de criação artística junto às populações com as quais agimos. A arte está presente tanto como uma metodologia de produção coletiva, dentro dos processos de educação, quanto como uma dimensão importante das realidades locais – nas quais, em cada lugar, existem formas artísticas muito ricas e variadas.

É a partir do conhecimento profundo dessas realidades que a educação popular constrói seus processos reflexivos e transformadores. E, dependendo dos arranjos e configurações locais, os grupos de educação popular irão se aproximar, fazer uso de formas diferentes de criar arte, e se misturar com elas. Os próprios artistas populares podem se aproximar da educação popular e tornar-se educadores, em diálogo e parceria com outros.

Mais especificamente, de que nos lembramos ao mencionar a palavra “arte”? Música? Poemas? Cordel? Uma orquestra sinfônica? Um grupo de pagode? Uma roda de samba? Um conjunto de câmara? Uma banda fanfarra? Uma guitarrada? Jovens dançando passinho? Um sanfoneiro tocando em uma festa ou feira? Um grupo de maracatu? Pinturas ou murais do Candido Portinari? Uma dança clássica? Um poema da doceira e poeta Cora Coralina? Um romance popular? Um romance erudito? Uma escultura? Um fragmento do *Grande sertão: veredas*? *Coldplay* cantando *Viva la vida* com mais cem mil pessoas? O desenho bonito na canga de praia? Um grafite em uma parede da nossa rua? Uma aquarela singela que retrata David Bowie? *Infinitudes*.

Poderíamos passar horas listando e lembrando não somente as formas e linguagens da arte, mas aquelas artes especiais que ficaram gravadas no coração, na alma e na memória.

Aqui vamos refletir brevemente sobre alguns aspectos da arte e sua relação com a educação popular em saúde.

Porém, é necessário esclarecer desde o começo que ao tratarmos de arte e educação popular não estamos propondo que os educadores populares em saúde, inspirados pelas formas tradicionais de arte popular, inventem formas utilitaristas de arte, ou utilizem a arte somente como meio para atingir seus objetivos pedagógicos, políticos ou de doutrinação. Nem que a arte acabe mascarando uma educação que minimize a reflexão em prol de um jeito descontraído e pouco reflexivo. A essência do encontro pedagógico sempre há de ser a reflexão e a crítica. E nenhuma proposta de “arte” da educação popular poderá substituir ou se autodefinir como melhor ou mais apropriada do que as formas que são do gosto popular local.

A questão aqui não é se apropriar das artes populares para colocar nelas nossas ideologias, mas partir da observação, do respeito e do encantamento com elas, para construir processos críticos e bonitos. É estimular que as pessoas criem, inventem e produzam arte também, expressando assim sua visão de mundo particular, e a do seu grupo social.

Vale lembrar que as artes, como sugerido no texto **As dimensões culturais e a educação popular em saúde**, podem fazer também parte de máquinas de produção de dinheiro, orquestradas pelas grandes corporações, impondo produtos para consumo rápido e descarte. As artes muitas vezes estão ao serviço das opressões, das formas autoritárias ou ditatoriais, bajulando, elogiando ou mesmo escondendo conflitos e contradições. A arte – seja qual for sua expressão – marca e é marcada pela política e pelas formações econômicas e culturais.

Tanto a criação artística quanto o uso e consumo das obras de arte são influenciados pelas relações de poder e pelos interesses políticos, mesmo quando reconhecemos a singularidade e a genialidade dos criadores individuais.

Em contraposição, para a educação popular, as artes em todas as suas formas não são apenas a expressão da nossa necessidade fundamental da experiência da beleza, do lazer e da alegria. As artes produzem saberes e verdades por caminhos diferentes, tão valiosos e politicamente transfor-

madores como seriam outras formas de conhecimento – como a política, a ciência e as práticas cotidianas. Nesse sentido, a arte tem um papel cultural e político que pode fortalecer as lutas pela cidadania, além de estimular desenvolvimentos pessoais e coletivos que permitem enxergar iniquidades, desrespeito a direitos, ou, ainda, valorizar os fatos e feitos positivos de uma população, suas lideranças e seus artistas. Arte, então, é também uma forma de construir cidadania e lutar pelos nossos direitos.

As artes por todas as partes

Nas ações de saúde temos sempre a presença da arte, não necessariamente a arte convencional, a arte de lidar, a arte do cuidado, a arte de abraçar a dor e consolar, e ainda, a arte de lutar em conjunto pelos direitos da saúde. Nós, os profissionais da saúde e os militantes pela saúde também fazemos arte. Um tipo especial e valiosíssimo de arte, poucas vezes valorizado, visível ou considerado em planejamentos e orçamentos. São as artes dos que fazemos saúde.

O nome deste texto vem do latim. A frase “*Ars longa, vita brevis*” estava gravada em pedra na entrada da escola de Cós, uma pequenina ilha grega na qual Hipócrates, chamado depois de *pai da medicina*, ensinava o cuidado e a cura, baseados no equilíbrio, na boa alimentação e nos pensamentos puros e limpos. A frase “A arte é longa” nos alerta para a complexidade da medicina – e, por extensão, de todo o trabalho em saúde – e para a certeza de que demoraremos toda uma vida para dominá-la. Já a frase “A vida é breve” expressa que *a vida é curta* demais, e que por isso devemos obter dessa arte o melhor, o essencial, o que nos faz mais e melhores. Porém, o segredo, diziam os hipocráticos, estava na tentativa, em tentar sempre, em aprimorar e praticar. A arte sempre foi e sempre será uma prática, um fazer cotidiano no qual mestres ensinam aprendizes; e aprendizes recriam os mestres, os transcendem, os eternizam, em um processo de aprendizado permanente. E ainda, por vezes, jovens atingem o inesperado, a revelação, a beleza. Por sua vez, os mestres se renovam, renascem e aprendem o que tinham descuidado ou esquecido. Trabalho silencioso, de muitos, na produção da boniteza da vida, daquilo pelo qual vale a pena viver. *Ars longa. Ars infinita*. A arte nos cria e nós a criamos.

A arte não é só um produto cultural – danças, teatro, cerâmica, música, pintura, entre outros. É uma dimensão importante do viver humano, da criação. É o jeito de fazer a diferença, a dimensão estética do viver. Freire dizia: *boniteza e criticidade de mãos dadas* (2011). A arte é inerente à humanidade. Assim como a razão, a dimensão estética define o humano. Mesmo sem produzir nenhum objeto de arte, podemos, todas e todos, exercer nossas artes de ser e viver (Frei Betto, 2003).

O encontro clínico – de cuidado, cura ou consolo – pode ser considerado arte (Stewart et al., 2010). Arte de fazer e de criar. O encontro pedagógico, cuidadoso, pleno de escuta e de diálogos verdadeiros, também. Antigamente, todos os fazeres podiam ser vistos como artes. Por isso a expressão “artesão”, ou “artes e ofícios”. Cozinhar, construir moradias, fazer móveis, construir instrumentos musicais, fazer brinquedos e bonecos, entre outras atividades, tudo era arte. Afinal, viver, amar, construir futuros, tudo tem, ou deveria ter, uma dimensão de arte. *Poiesis*, origem da palavra poesia, quer dizer criação, fabricação. Os marceneiros, por exemplo, eram poetas, criadores de móveis.

E é muito importante mencionar aqui que as artes quase sempre foram coisas de “populares”, de “marginais”, de “periféricos”. Os artistas, até o final do século XVIII, eram considerados serviçais, funcionários inferiores, como os padeiros ou os mordomos. Assim como o *barbeiro* e o *médico* tinham o mesmo *status* até o século XVII, os músicos, atores, pintores e outros artistas faziam parte dos grupos subalternos. E assim eram tratados, com salários baixos, sendo obrigados a bajular os seus senhores ou mesmo a vender a sua produção. Um exemplo não tão antigo é o fenômeno de venda de autoria de sambas ao qual se submetiam muitos poetas das favelas para poderem sobreviver, fato bem retratado na música *14 anos* de Paulinho da Viola: “nesta terra de doutor, sambista não tem valor, [...] eu estou necessitado, mas meu samba encabulado, eu não vendo não senhor”. A ideia de que os artistas são “seres especiais”, “inspirados”, ou “favorecidos pelas musas”, é uma ideia que tem menos de trezentos anos. Assim, houve, desde tempos antigos, uma proximidade orgânica entre artistas, artesãos e culturas populares, o que nos leva a pensar que isso pode estar relacionado com o fato de a educação popular apostar tanto na ação cultural e nos diferentes artistas, artífices e artesãos: do som, da imagem, da palavra, do palco... ou do cuidado.

Segundo Michel de Certeau (1996), o viver das pessoas comuns, dos cidadãos “ordinários” é também uma arte. As formas de criar são especiais, muitas vezes imperceptíveis, veladas. São artes de viver, de fazer. E, por isso, podem expressar formas de resistências e revolta. Ao fazer diferente, cada um expressa o descontentamento, a criatividade e anuncia mundos novos. E é por isso que é tão importante estar atento, na educação popular, para as expressões locais que têm significado para as pessoas. É valioso partir do mundo das pessoas, dos seus gostos e seus desejos. Nunca deixarmos de estar atentos e de procurar ativamente as artes que se criam ou se consomem lá nos nossos territórios. E depois, em conjunto, aproveitá-las o máximo possível na nossa ação educativa.

O escopo das artes

Mas qual é essa dimensão *invisível* que impregna, perpassa e atravessa nossas vidas, fazendo-as especiais, únicas e valiosas? Ela nos impulsiona a *ser mais*. É um convite para aprofundar nossa humanidade, no encontro do cuidado, ou na criação de belezas. E, na visão freiriana, belezas críticas, críticas belas que transformem o mundo.

A arte tem o potencial de despertar em nós o melhor, o que estava adormecido. Surgem emoções, aproximações ou introspecção. Duros e longos processos de criação nos premiam, quase sempre, com a alegria, a satisfação e o sentimento de compartilhar belezas com os outros.

Por outro lado, a arte nem sempre é construtiva, bondosa, *bonitinha*. Ela mergulha no drama humano, no sofrimento terrível que pode levar à morte ou à loucura, na injustiça e na crueldade. A arte está muito além de bons desejos e rodinhas de celebração e comemoração. A arte é também uma faca que fere e cobra de nós esforços e mudanças. Nesse sentido, muitos dos escritos de Freire e outros escritores são formas exigentes de arte. E ainda, muitos encontros clínicos são intensos e por vezes magoam e deixam os envolvidos exauridos, frustrados, desanimados.

O certo é que a arte nos acompanha em todos os instantes das nossas vidas. Seja nas *artes de fazer* (nossas vivências como cidadãos, profissionais, membros de uma comunidade ou vizinhança), seja nas artes mais reconhecidas: fazer música, pintar, fazer parte de um grupo de teatro,

cantar em um coral, alimentar um blog, entre outras. A arte pode estar presente ainda quando ninamos nossos filhos com uma música tão antiga que, talvez, nossas mães cantassem para nos fazer dormir. Muito frequentemente, ela também nos acompanha enquanto consumidores de artes: leitores, ouvintes, expectadores, cantores amadores, cantarolando sozinhos pela rua ou em casa.

Agora, falar e viver as artes a partir da educação popular supõe uma opção pela valorização das artes das culturas populares. Não somente daquelas mais tradicionais e padronizadas, mas das expressões contemporâneas – misturadas, influenciadas pela cultura *pop* e pela indústria cultural. Afinal, não somos juizes, nem superiores, e nosso intuito é aproveitar essa grande energia coletiva, criada por muitos ocupantes de lugares sociais muito diferentes, para a educação em saúde e para a transformação do mundo. Lembremos que *valorização* não é tolerância, mas abraço profundo e reverente, procurando aprender sempre, especialmente aquilo que não compreendemos e do qual não gostamos. Vivenciar a arte na educação popular demanda um esforço permanente da razão e da intuição, alargando nossos gostos e prazeres.

Por que fazer arte?

Em 1994, Adriana Calcanhoto lançou o disco *A fábrica do poema*, cuja primeira faixa, como um manifesto, é o texto do diretor de cinema Joaquim Pedro de Andrade, transformado em canção. O texto é uma resposta à pergunta: “*Por que você faz cinema?*”. Na resposta o cineasta brinca com a pressão social e a preocupação sobre a utilidade da arte. Por que a arte? Por que fazer arte? A arte deve se concentrar na forma e ser independente de propostas ideológicas e políticas? Ou deve se concentrar no conteúdo e se engajar nas mudanças sociais? Esse é um debate interminável, que já causou muito sofrimento e distanciamento entre o mundo dos artistas e o mundo dos intelectuais e jornalistas. A resposta única não existe e é provável que ela inclua os dois lados do debate. Tanto a forma quanto o conteúdo são valiosos. E, além da importância social ou da postura política de tal ou qual artista, temos o inesperado da arte. É por isso que ela não pode ser formatada, controlada ou limitada. Porque além dos

criadores – já inseridos na cultura e nas relações políticas – existe a massa imensa dos que consomem arte. E, cada vez que consumimos arte, a recriamos. Fazemos arte não por opção, mas por necessidade.

De outra parte, não colocamos as artes em um pedestal, pois não são intocáveis. Elas podem até mesmo inspirar ações e sentimentos contraditórios, que gerem sofrimento ou aprofundem os preconceitos. Afinal, são criadas por seres humanos com biografias e interesses singulares, em sociedades desiguais e opressivas, podendo ser úteis e funcionais aos interesses de pessoas e grupos dominantes.

A pergunta fica, então, sem resposta. O verdadeiro artista irá sorrir com ironia e continuará sua criação. O profissional de saúde amoroso e cuidadoso não discursará, fará. Artes, criações e belezas são necessárias, nos completam, nos impulsionam além. Somos mais, nos conhecemos mais, e nos expressamos. Arte como expressão: um dizer calado, sem discurso, sem argumentação, feito de gestos e palavras deixadas ao acaso, distraidamente.

Os processos de criação

Há um antigo debate no qual a arte opõe-se à razão lógica, ou, por extensão, à ciência. A criação artística estaria muito pautada pela intuição, ao contrário do que, aparentemente, aconteceria na ciência, pautada por um “método científico”. Assim, para alguns, tudo aquilo que não é ciência seria *inferior*, não valeria como conhecimento. *Arte* seria coisa de pessoas dramáticas, desordeiras, exageradas, românticas. E tudo aquilo produzido pelas “lentes” da arte cairia na esfera da mentira, da ficção.

Entretanto, como bem sabe todo aquele que aprende qualquer arte (as *artes do cuidado* incluídas aqui), a técnica (a velha *tekné* grega) faz parte importante do aprendizado e do exercício das artes – treinamento, repetição, procedimentos, técnicas específicas para resultados especiais. E ainda, planejamento, lidar com os erros e fracassos. Lembremos a imagem do mestre artesão formando seus aprendizes. Eles aprendem fazendo, desde as tarefas mais simples até as mais complexas. Arte é prática, treino e repetição, uma forma de afirmar que a partir da habilidade – manual, mental, imaginativa e intuitiva – se pode empreender a tarefa da

construção e constituição de belezas. Essa é a dimensão social das artes – constituídas culturalmente e historicamente, em relação a processos econômicos e sociais, feitas por grupos de pessoas que convivem entre si, em processos de aprendizagem. Temos que considerar também a singularidade de cada artista, o gênio inesperado, a grande arte revelada – como um Mozart de 5 anos, ou um Cartola quase analfabeto produzindo harmonias e versos maravilhosos, ou muitos outros. Nem as ciências sociais nem as humanidades – e menos ainda a economia ou a política explicam e circunscrevem as artes. Arte é também *voar fora da asa, ser inusitado, inesperado, ave* (Barros, 2010).

A criação nas artes é singular e pessoal sim, mas é também social e cultural, dado que o artista é uma voz específica em um tempo histórico determinado.

Assim, a educação popular é um produto do seu tempo e sempre tem que se reinventar para estar perto do dizer e do sentir das pessoas, em busca de ordens menos injustas e excludentes.

E como cria o criador? O que faz de um artista um grande artista? O que define a legitimidade de uma expressão de arte popular em um dado lugar? Como se vai da ideia inicial até a obra acabada? Quais as relações entre a obra de um artista e seu tempo, sua história e sua sociedade? Essas perguntas valiosas são muito difíceis de responder porque, assim como somos seres sociais e culturais, somos indivíduos singulares e únicos.

O processo de criação é muitas coisas, como sugerido aqui. Mas é especialmente mistério. Uma surpresa para o criador e para os que convivem com os produtos da arte.

As artes na educação popular em saúde – manual de uso

Este subtítulo é uma *pegadinha*, uma piscadela brincalhona. Como você já deve ter percebido, na educação popular não há manuais nem receitas. Há atitudes éticas, políticas e estéticas que guiam o fazer cotidiano. Há respeitos e indignações (aspectos éticos); vontades de ir além da condição humana atual e de transformar o mundo (aspectos políticos); e uma centralidade no fazer baseado nos afetos e ternuras, no compar-

tilhamento de vivências, na construção diferenciada de relações com as pessoas, sejam colegas, pacientes, vizinhos, e na aproximação sensível, intuitiva e poética ao fazer cotidiano em saúde (aspectos estéticos).

Estes três aspectos que devem acompanhar nossa práxis pedagógica devem estar presentes também no trabalho com as artes. Trata-se, como ponto de partida central, de conhecer o mundo ao redor, identificar o que as pessoas gostam e fazem, respeitar e imaginar como as culturas artísticas locais – de produção ou de consumo – podem melhorar nossos processos educativos, em diálogo e em crítica de mundo. Todavia, não se trata somente de fazer dramatizações, encenações, desenhos e pinturas, sem considerar os aspectos políticos e éticos.

Mesmo expressões rejeitadas por alguns grupos sociais podem ser objeto de formas criativas e críticas no trabalho da educação popular. Por exemplo, o *funk* ostentação, a música tecnobrega, os quadrinhos eróticos, os grupos de *rock* pesado, ou expressões da cultura *pop* muito sexualizadas e machistas, entre outras. Com base nelas, em diálogo crítico, podemos também empreender processos de educação e mudança social, mesmo que esta afirmação pareça descabida.

Não precisamos inserir as artes nas atividades, necessariamente, tampouco simplificá-las ou infantilizá-las. Elas vão permitir que conheçamos os gostos, problematizemos juntos os valores e as hierarquias, as relações de gênero, entre outros. O seu potencial reflexivo é imenso, indo muito além da conversa sisuda, séria e cansativa, incorporando lazer, alegria, leveza e vontade de criar e participar.

Concluindo

A abordagem da educação popular é um convite para conhecer profundamente as artes nos nossos territórios e comunidades – artes populares tradicionais e contemporâneas – e para potencializar nosso trabalho em parceria com artistas locais ou com nossas próprias criações (sejam formas artísticas convencionais ou as nossas artes do cuidado). Observar, escutar e dialogar, aspectos tão valorizados tanto na educação popular quanto na clínica e na atenção básica, podem ser expressões de arte.

Sabemos que nem tudo é arte, há muitas coisas que devem ser questionadas, mas há também muita coisa que pode ser feita com *boniteza*, palavra amada por Freire.

Neste texto curto refletimos sobre a presença da arte em nossas vidas, muito além das artes formais; abordamos o valor que na educação popular damos às artes populares tradicionais e contemporâneas; a importância de entender o processo criativo como um processo complexo que vai do social e cultural ao singular e vice-versa; e o valor de estarmos atentos, com todos os sentidos abertos, para conhecermos as formas de arte – produzidas localmente ou consumidas com prazer e alegria pela população.

Não existe uma forma única e rígida de se trabalhar com as artes existentes em um dado território. Este é um desafio constante à nossa criatividade que, baseada na lógica da educação popular, deve estar sempre pautada por aspectos éticos, políticos e estéticos. O convívio da educação crítica freiriana com as artes populares é intenso e frutífero. E, no trabalho em saúde, essa riqueza pode se potencializar, como mencionamos brevemente aqui.

Referências bibliográficas

BARROS, Manoel de. *Poesia completa*. São Paulo: Leya, 2010.

CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996.

FREI BETTO. *A obra do artista*. São Paulo: Ática, 2003.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

STEWART, Moira et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010.



EIXO IV

Território, lugar de história
e memória

Eixo IV – Território, lugar de história e memória

Paulo Freire costumava afirmar que “ninguém nasce feito” (1993, p. 104), que o ser humano se faz nas relações sociais, se constitui no tempo e no espaço, na relação com outras pessoas, mediado pelo mundo. Nesse sentido, compreender a história é muito importante, pois somos feitos dela, ao mesmo tempo em que a fazemos. Por sua vez, a história é construída dialeticamente, podendo ser contada de diferentes formas ou por diferentes sujeitos, os quais expressam suas visões de mundo (por exemplo, as guerras geralmente são contadas a partir do ponto de vista dos vencedores e não dos vencidos). Ou seja, a história se constitui na disputa entre diferentes narrativas. A afirmativa de Paulo Freire, “fazer a história é estar presente nela e não simplesmente nela estar representado” (1993, p. 40), nos alerta para os mecanismos de opressão que existem na forma de sistematização dos acontecimentos cotidianos.

De acordo com o pensamento de Paulo Freire, também podemos dizer que somos feitos de lugares. Que, além do tempo, o espaço nos constitui e organiza as coisas que fazem parte de nossas vidas. Ao longo do tempo, atravessamos caminhos, circulamos por diferentes lugares, conhecemos e nos relacionamos com outras pessoas – vizinhos, colegas de trabalho, amigos e familiares. Aprendemos com isso, e construímos vínculos e referências culturais, modos de ser, de viver e de nos expressar.

No Sistema Único de Saúde (SUS), utilizamos bastante a palavra território, sendo um conceito que organiza o trabalho nos serviços de saúde. Milton Santos, importante geógrafo brasileiro, considera o território como “o espaço vivido pelo homem” (2003, p. 310). Como um produto histórico, o território deriva das forças políticas, sociais, econômicas e culturais que se manifestam e se embatem nele. Devemos considerar que o território não é só estático, é temporal; não é matéria inerte, é vivo; não é homogêneo, é diverso. É o lugar onde a vida acontece, é onde organizamos nossas relações comunitárias e sociais. Consideramos que com-

preender o território como um lugar de história, de memória e de lutas é fundamental para reconhecer o outro, ou melhor, os outros, como sujeitos repletos de saberes – princípio fundamental da educação popular.

Nesse sentido, alguns objetivos orientadores interessantes para a discussão do tema em uma formação de educação popular para profissionais de saúde são:

- Relacionar as expressões culturais existentes nos territórios com a história e a memória;
- Entender a história e a memória como elementos de constituição do território;
- Compreender o território como espaço de organização da vida, do trabalho e das lutas populares.

Sugestão de Atividades

A dimensão histórica da cultura

É no território vivo que as memórias são construídas e divulgadas em disputa com a história dita oficial. Dessa disputa aflora a história viva, aquela na qual o povo está representado, e seu papel é reconhecido, valorizado e lembrado. Como as manifestações culturais possuem história e espelham a memória de uma população situada em um território, sugerimos que sejam selecionadas e problematizadas algumas manifestações culturais existentes em um lugar e época específicos. Essa problematização pode ser realizada por meio de uma roda de conversa, com uma reflexão sobre cultura, território e história.

Sugerimos as seguintes questões disparadoras para a roda de conversa:

- Como é o território de origem dessas manifestações culturais?
- Essas manifestações escolhidas são exclusivas desse território observado ou aparecem em outros territórios?

- Qual é a importância de se registrar e recuperar a memória de uma manifestação cultural?

Problematização da noção de território

A noção de território é muito importante para a organização do SUS; no entanto, existem diferentes formas de compreendê-lo. É importante questionar qual o nosso entendimento a respeito dele, para, em seguida, apresentar e problematizar a noção de território que tem orientado as políticas e o trabalho na saúde.

O propósito desta atividade é o de reunir profissionais de saúde de um mesmo território ou de territórios próximos para levantarem algumas especificidades desses lugares: como ali vivem e trabalham as pessoas, a história da sua constituição, seus problemas e aspectos positivos. A síntese dessa discussão pode ser apresentada de forma livre como, por exemplo, por meio de paródias, representações e poesias. Ao final, o grupo deve procurar chegar a uma construção coletiva da ideia de território.

Para fundamentar esta discussão propomos a leitura do texto **Território: lugar onde a vida acontece**.

Exibição do filme *Narradores de Javé*

Como aponta o texto **História e memória coletiva**, a história se constitui na disputa entre diferentes narrativas. Com o objetivo de avançar na discussão sobre as diferentes versões da história, sugerimos a exibição do filme *Narradores de Javé* (2003).

Sinopse

O filme *Narradores de Javé*, da diretora Eliane Caffé, mostra o valor e o desafio de resgatar a visão das pessoas comuns sobre a sua própria vida e história. A partir da ameaça de desaparecimento do pequeno vilarejo de Javé sob as águas de uma usina hidrelétrica, os habitantes do lugar adotam a estratégia de preparar um documento contando todos os grandes acontecimentos que marcaram sua história, para dessa forma provar o valor histórico do vilarejo e assim escapar à destruição. A maioria dos moradores é analfabeta e suas histórias tinham sido transmitidas apenas oralmente. Eles escolhem uma pessoa para fazer o registro de suas memórias e lembranças, mas, ao contarem a história, surgem diferentes versões para os fatos.

Para debater o filme podem ser utilizadas as seguintes questões:

- Por que existem diferentes versões sobre a mesma história – o surgimento do povoado de Javé?
- Qual das versões sobre o surgimento de Javé poderia ser usada em uma história “oficial” de Javé? Por quê?
- Por que até o momento da construção da barragem não existia uma história de Javé? O que impediu a escrita de uma história de Javé?
- Por que só após a ameaça de expulsão da população de Javé pela chegada das águas é que se acreditou ser possível escrever a história de Javé?
- Com base no filme, que elementos você destacaria para contar a história do seu território?

Memória e território

O território pode ser visto como o local onde as memórias são construídas, por vezes de forma complementar, e, por vezes, de forma dife-

rente da história “oficial”. Com o objetivo de valorizar as lembranças e memórias das pessoas, especialmente dos moradores mais antigos, lideranças comunitárias e trabalhadores da saúde de um lugar, sugerimos que seja organizada uma roda de conversa com pessoas que vivem em um mesmo território há muito tempo e que queiram contar as suas histórias. A dinâmica da roda de conversa parte de algumas perguntas sobre como aconteceram fatos e processos locais – que envolvam moradia, saneamento, lutas, serviços, epidemias, entre outros temas. Podem ser detalhados fatos como: a construção do posto de saúde, a criação de grupos locais de bem-estar, projetos de saúde com participação da população, entre outros.

Essa atividade permite conhecer a biografia pessoal dos moradores e das lideranças, e a memória coletiva de determinado território ou comunidade, do ponto de vista popular. Ela deverá ser registrada, por escrito, e também por meio de fotografia e/ou vídeo, depois de se obter a autorização das pessoas retratadas e/ou filmadas.

Para subsidiar a atividade propomos a leitura do texto **História e memória coletiva**.

A construção da história da saúde

As histórias particulares da saúde no território onde vivemos se integram em um conjunto mais amplo de lutas pelo direito à saúde em nosso país. Nesse sentido, com o objetivo de resgatar a construção da história da saúde no território, propomos a exibição do vídeo *Políticas de saúde no Brasil – um século de luta pelo direito à saúde*. Para a discussão coletiva do filme, sugerimos as seguintes questões:

- Considerando o tema exposto no vídeo, vocês identificam fatos e acontecimentos que marcaram a luta pela saúde nos territórios?
- Existem diferentes versões dos fatos históricos levantados relacionados à saúde?
- Quais são as reivindicações e outras lutas necessárias para melhorar as condições de vida nos territórios?

Painel das lutas populares no território

Identificar e registrar as histórias dos movimentos sociais organizados, atuais ou que já existiram, e os acontecimentos políticos (reivindicações, passeatas, mutirões, elaboração de leis e normas locais) marcantes, que trouxeram mudanças importantes para o território é uma atividade importante. Sendo assim, sugerimos que os profissionais tragam registros de fontes documentais (fotografias, documentos, recortes de jornal, dentre outras) de fatos e processos como esses que tenham ocorrido em seus territórios de atuação, refletindo sobre como a educação popular pode potencializar as lutas políticas em defesa da cidadania. Todo esse material pode ser sistematizado em um painel, explicitando as lutas identificadas no território.

Podem ser ressaltados aspectos como: situações que levaram à participação, quem se envolveu, ações realizadas, dificuldades encontradas e resultados alcançados. O material produzido poderá ser também exposto de forma itinerante em lugares públicos ou nas principais instituições do território, como postos de saúde, escolas, associação de moradores, entre outras, de forma a valorizar essas lutas.

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. 28. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

Referências filmicas

NARRADORES de Javé. Direção: Eliane Caffé. Rio de Janeiro: Bananeira Filmes, 2003. 90', color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Trm-CyihYs>. Acesso em: 26 ago. 2016.

POLÍTICAS de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. Realização: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde, Opas, UFF. 60', color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mASmxCU0nIE>. Acesso em: 26 ago. 2016.

História e memória coletiva

José Mauro da Conceição Pinto

Caros educadores e educandos, vamos entrar em um novo tema. O objetivo agora é compreender a *história* e a *memória* como instrumentos úteis para as ações de educação popular. Para iniciar e guiar nossas reflexões trazemos o poema de Bertolt Brecht, *Perguntas de um operário letrado*:

Quem construiu a Tebas das Sete Portas? Nos livros constam nomes de reis. Foram eles que carregaram as rochas? E a Babilônia destruída tantas vezes? Quem a reconstruiu de novo, de novo e de novo? Quais as casas de Lima dourada abrigavam os pedreiros? Na noite em que se terminou a muralha da China para onde foram os operários da construção? A eterna Roma está cheia de arcos de triunfo. Quem os construiu? Sobre quem triunfavam os céсарes? A tão decantada Bizâncio era feita só de palácios? Mesmo na legendária Atlântida os moribundos chamavam pelos seus escravos na noite em que o mar os engolia. O jovem Alexandre conquistou a Índia. Ele sozinho? César bateu os gauleses. Não tinha ao menos um cozinheiro consigo? Quando a “Invencível Armada” naufragou, dizem que Felipe da Espanha chorou. Só ele chorou? Frederico II ganhou a guerra dos Sete Anos. Quem mais ganhou a guerra? Cada página uma vitória. Quem preparava os banquetes da vitória? De dez em dez anos um grande homem. Quem paga as suas despesas? Tantas histórias. Tantas perguntas. (Brecht, 1975)

As perguntas feitas por Brecht apontam para o fato de que a história dita oficial, aquela geralmente registrada nos livros e consolidada nos bancos escolares, apaga aqueles que muitas vezes são os responsáveis diretos para que os fatos históricos aconteçam.

Caros educadores e educandos, vocês conseguem se lembrar de algum fato da sua história local, recente ou antigo, no qual o povo comum, a

população em geral, tem seu papel diminuído, ou sequer é mencionada? Com base nesta breve reflexão, como vocês explicariam este fenômeno?

A partir de uma visão consagrada, podemos entender que a história estuda os *fatos* do passado com os olhos do presente, baseando-se em registros elaborados pelo homem em sua vivência na sociedade. Todos devemos estar atentos, pois há várias formas de lidar com o passado, e todas elas envolvem interesse, poder e exclusões. Não se pode perder de vista que a história divulgada é a que cala, escamoteia e torna invisível o povo, sua participação e contribuição nos acontecimentos. E por que isso ocorre? Em geral, porque a história é escrita por aqueles que detêm o poder ou estão mais próximos dele por alguma vinculação, mesmo que intelectual (a educação formal é, geralmente, a forma pela qual as visões de mundo e da história dos poderosos são disseminadas e consolidadas).

Entende-se história como a explicação (narração) de um acontecimento, fenômeno, evento ou fato. Essa narrativa é feita por alguém. Assim, o que se apresenta não é exatamente o ocorrido, mas uma seleção, simplificação, organização para explicar o ocorrido. Desse modo, você deve ficar bem atento, pois a narrativa que se lê é sempre o olhar de alguém sobre um fato selecionado, simplificado e organizado por esse alguém que, mesmo tendo vivido o fato/acontecimento, não possui a compreensão de sua totalidade. Seja devido à distância dos fatos, seja por sua proximidade, uma narrativa será sempre incompleta e terá a visão do narrador sobre o fato em questão.

Por meio dos *documentos* os fatos da narrativa histórica tornam-se conhecidos, porém, nenhum documento é capaz de explicar ou retratar o acontecido integralmente. O documento é a prova selecionada, simplificada e organizada que apoia a narrativa. O que é narrado é o que se sabe a respeito do fato analisado.

Dessa forma, nenhum fato ou documento é mais importante que outro. A importância adquirida ou o destaque dado dependem dos critérios que cada historiador definiu para sua seleção, análise e narração.

É ilusório achar que um fato é histórico porque a história o consolidou. No entanto, o fato desconsiderado pelos historiadores como história e destinado a ser apenas um fato jornalístico ou até mesmo relegado ao esquecimento poderá no futuro vir a ser reconsiderado como um fato histórico.

Desse modo, pensar em acidentes, catástrofes ou desastres como inundações, incêndios ou desabamentos em áreas nas quais o poder público está ausente ou pouco visível ajuda a entender o ponto abordado. Merece esse fato fazer parte da história do território onde ocorreu? Caso mereça, quem serão os atores destacados? Quem fez essa análise e, portanto, o destaque?

Outro ponto que ajuda a entender que a história narrada depende do narrador é a escolha de um nome para o fato em questão. Isso já indica como ele será abordado – por exemplo, a chegada dos portugueses ao Brasil em 1500 foi denominada “descobrimento”, “achamento” ou “invasão”? Cada um dos termos traduz como o historiador abordará o fato, pois descobrir, achar e invadir não significam a mesma coisa.

Introdução ao conceito de memória

A história, a tradição, a cultura de um povo e a memória se aproximam quando entendemos a memória como um fenômeno social. Quando nos referimos à memória, estamos nos referindo à memória coletiva (memória de um grupo com identidade comum). Esta memória está associada, geralmente, a sociedades nas quais a escrita não é preponderante, ou não é conhecida, as chamadas *sociedades orais*.

No caso das sociedades nas quais a escrita domina, a memória coletiva se manifesta, geralmente, de dois modos: por meio das comemorações e dos monumentos, e por meio dos documentos escritos – são eles que registram, permitindo a lembrança, por um lado, e o esquecimento, por outro. Geralmente, os fatos destacados no passado coletivo implicam em situações de ruptura, gerando memórias ou esquecimentos. Nesse caso, o melhor exemplo é o das ditaduras que se instalaram na América Latina na década de 1960, cujas lembranças estão sendo recuperadas pelo projeto *Memórias Reveladas* e pela *Comissão da Verdade*.

As memórias coletivas são construídas com base nas interações entre os indivíduos e grupos. Desse modo, as lembranças na sociedade não são únicas, nem as mesmas para todos. Pode-se afirmar que não há verdade histórica nem memória individual: acredita-se que a memória coletiva é que fornece os dados que constituirão as memórias individuais. A memória individual está vinculada às percepções que a memória coletiva produz.

A memória individual se desenvolve por meio do convívio do indivíduo com os vários grupos com os quais mantém relações ao longo da vida. Essa memória apoia-se em um passado vivido pelo grupo com o qual o indivíduo se identifica, mesmo que ele próprio não o tenha vivido. Desta relação indivíduo-grupos surge a construção de uma narrativa sobre o passado, feita pelo indivíduo (memória individual).

Do mesmo modo como a sociedade é fragmentada, as memórias coletivas também são. Elas carregam as marcas da forma como os fatos foram vivenciados, e dos diferentes grupos que os vivenciaram. Então, podemos afirmar que memória coletiva e história são forças em disputa. Com isso, podemos falar de memórias de famílias, de operários, de perseguidos políticos, de mulheres, e, por que não, dos trabalhadores de saúde? Memórias que se contrapõem à história registrada e divulgada como (verdade) oficial. Nem a memória coletiva, nem a história estão prontas. Ambas estão em constante reelaboração.

O ato de estimular o esquecimento pode ou não ser visto como uma estratégia política usada por governos democráticos em determinados períodos. Desse modo, as associações entre memória, autonomia e liberdade, por um lado, e esquecimento e autoritarismo, por outro, não podem ser generalizadas ou naturalizadas, pois em qualquer um dos casos o que está em jogo é ser uma construção, mesmo que não intencional.

Educadores e educandos, para facilitar a sua compreensão, sugerimos que utilizem como exemplo o aniversário de sua cidade, ou de outra qualquer. Propomos uma generalização para tentar auxiliá-los. Nessas comemorações, em geral são lembrados fatos que foram determinados como importantes para a cidade, tais como fundação, emancipação, batalhas, datas marcantes, pessoas consideradas importantes e documentos que comprovariam a perspectiva para reconstrução e/ou reificação da versão da história escolhida. Não se deve esquecer que tais celebrações oficiais são comandadas pelos ocupantes do poder. São eles que conduzem as festividades que irão rememorar ou resgatar as memórias empoderadas ou adormecidas. Nestas comemorações, que podem variar em cada localidade, verificam-se feiras, *shows*, desfiles de escolas, entre outros, todos com um ponto em comum: ser feriado. Durante o período das festividades, memórias coletivas são avivadas, outras esquecidas e, às vezes, até apagadas. Para isso lança-

se mão da história oficial, aquela que foi cristalizada e formatada ao longo do tempo.

Caros educadores e educandos, se vocês ainda não entenderam aonde queremos levá-los, passem pelo centro de sua cidade, observem e percebam se existem representantes dos poderes político, econômico e jurídico. Observem os prédios nos quais esses representantes do poder estão localizados, seu tamanho e riqueza, e os comparem com outros prédios que conhecem fora desse eixo marcado pelo poder dominante: que diferenças foram observadas?

Para completar nosso raciocínio, verifiquem os nomes das ruas e praças do centro de sua cidade. Verifiquem também os monumentos e estátuas, identificando quem são os mercedores das homenagens. Não será difícil perceber nomes associados aos representantes dos poderes mencionados, ou de seus familiares. Será que notaram que a história contada e recontada com base nesses elementos excluiu o povo que participou dos fatos comemorados no aniversário da cidade?

Outra questão a ser destacada é que a história (ou memória coletiva) que se quer impor está materializada e incrustada na cidade, observada na sua arquitetura, monumentos, nomes de ruas e praças, datas comemorativas, entre outros.

Para tornar mais fácil perceber a disputa política entre história e memória coletiva, sugerimos que assistam ao filme *Narradores de Javé*. O filme se passa em um povoado fictício chamado Javé, que está prestes a ser inundado para a construção de uma hidrelétrica. Para mudar o fim trágico de sua cidade, os moradores de Javé resolvem buscar uma solução. Eles elegem emissários que devem ir à capital a fim de saber o que podem fazer para salvar a cidade. Com base na resposta recebida, resolvem escrever sua história, a fim de transformar o local em patrimônio histórico a ser preservado. O único adulto alfabetizado de Javé, Antônio Biá, fica incumbido de recuperar a história e transpor para o papel de forma “científica” as memórias narradas pelos moradores. O filme se desenrola com Biá tentando o impossível: construir uma história a partir de cinco versões diferentes sobre o mesmo fato, o surgimento de Javé. Educadores e educandos, fiquem atentos para o modo como Biá, que representa o historiador, age com relação à produção da história: diante de tanta impossibilidade, ele só consegue, ou pensa conseguir, cumprir sua

encomenda, após o abandono da cidade e a busca por uma nova paragem. Nesse momento, Biá encontra o caminho para escrever a história de Javé, pós-inundação, o marco inicial de uma história que estará começando.

Vocês perceberão que o historiador elege os fatos que quer destacar no discurso que elabora, assim como os personagens e os documentos que devem provar o que está sendo narrado. Deste modo, poderão verificar que o trabalho do historiador é mais intencional que isento.

Uma maneira que o historiador tem utilizado para sair desta armadilha é a chamada história oral, um método desenvolvido para acessar a memória, por meio de entrevistas com os atores envolvidos ou que viveram o fato/acometimento a ser estudado. Desse modo, os calados ou esquecidos são trazidos de volta à cena. Este é um método que possibilita a escuta das memórias individuais dos que viveram ou participaram dos acontecimentos em análise. Estes relatos são confrontados com a história *congelada*, possibilitando que o historiador recorte ou reconstrua os fatos/acometimentos.

Referência bibliográfica

BRECHT, Bertolt. *Perguntas de um operário letrado: poemas e canções*. Sel. e versão portuguesa de Paulo Quintela. Coimbra: Almedina, 1975.

Território: lugar onde a vida acontece

Maurício Monken

Grácia Maria de Miranda Gondim

O ser humano ocupa uma posição especial no planeta e atua sobre a natureza para sobreviver, satisfazer suas necessidades, produzir coisas e se reproduzir como espécie. Com isso modifica constantemente seu modo de vida, costumes, maneira de se vestir, moradia, alimentação e, sobretudo, a visão de mundo necessária para se situar entre seus semelhantes e se organizar politicamente.

É no processo de posse e uso da natureza que as sociedades humanas realizam sua existência, constroem sua história, produzem e criam territórios como base material para sua manutenção sobre a terra, assegurando a perpetuação da espécie humana nas gerações futuras.

Nessa perspectiva, território é um conceito da geografia que nos ajuda a descrever e entender as formas de viver no planeta Terra, conhecer seus habitantes e as relações que estabelecem entre si para poder viver e se reproduzir.

O território é o espaço de vida do ser humano. Desde o final da Idade Média (500-1500 d.C.) é usado para fins de organização de ações e cuidados de saúde. Nessa época foram criados os primeiros códigos sanitários para normatizar e organizar estabelecimentos nos quais se criavam animais, matadouros, lugares para desagudouros, coleta de lixo e canalização de esgotos. Foram criados também os primeiros hospitais, com a finalidade de abrigar os pobres e os desvalidos, e isolar os doentes.

No Brasil, desde o início do século XX, o território foi reconhecido como uma forma de organizar as ações de saúde pública voltadas para os indivíduos (vacinação e profilaxia de algumas doenças) e as coletividades (saneamento e embelezamento das cidades).

Desde então, os sistemas e a rede de serviços de saúde se organizaram, progressivamente, em base territorial, tendo lógicas e ordenamentos espaciais bastante diferentes. É somente com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, que se consolida a reflexão sobre

o funcionamento e a organização dos serviços de saúde e de sua base territorial de atuação junto à população, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação territorial para a saúde (Gondim et al., 2008).

O foco gerencial na organização dos serviços predomina até hoje, com a repartição do território por meio da definição de áreas político-administrativas para uso e controle da saúde pública, e não como possibilidade de compreender sua dinâmica interna: como a vida acontece e como os processos sociais do dia a dia se desenvolvem.

Conhecer o território vivo (o território concreto no qual a vida transcorre) contribui para entender como as pessoas adoecem e como podem ter saúde (processo saúde-doença) e para identificar formas de organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades da população.

O olhar sobre o território permite identificar os atores sociais e os saberes que possuem para manter-se vivos. Possibilita que os profissionais de saúde atuantes em seus limites compreendam como as pessoas adoecem, contribuindo para a implementação de práticas de cuidado e de atenção à saúde efetivas para os diferentes grupos populacionais.

O território concreto no qual a vida transcorre possui uma série de coisas materiais que fazem as pessoas darem sentido e significado à sua existência, tais como as ruas, casas, rios, montanhas, árvores, praias, planícies, edifícios, comércios, fábricas, estradas, cultivos, hidrelétricas, cidades e outros.

Diariamente, por meio de suas relações, as pessoas se identificam e estabelecem sentimentos e laços com os seus territórios de vida. Ao mesmo tempo, estes mesmos processos podem gerar contradições e conflitos, pela diversidade de interesses em disputa. Cada pessoa ou cada instituição tem seu interesse no território, para morar, comercializar, produzir coisas, realizar serviços de educação ou saúde, fazer festas, manter tradições e até mesmo para exercer atividades ilegais.

O território possui diferentes dimensões ou formas de uso. Ao analisarmos esses espaços para compreender a saúde e a doença, é fundamental observar o que ocorre nas esferas jurídico-política, ambiental, social, cultural, econômica e até mesmo na esfera subjetiva ou dos sentimentos que se desenvolvem no território. É a dimensão jurídico-política que dá

suporte à lógica do Estado-nação, efetuando sua ligação com a sociedade e com o território, por meio de relações de poder.

Poder é o conceito-chave para entender o território e significa a possibilidade de exercer mando, jugo ou imposição de vontade ou projeto particular a outras pessoas, grupos ou instituições. A população, as empresas nacionais e multinacionais, o poder público, os grupos sociais, as diversas organizações sociais, culturais, religiosas, de lazer, e outras, possuem poder de ação e o exercem de acordo com seus planos e projetos e com suas capacidades de fazer com que eles aconteçam e se materializem nos territórios (Gondim et al., 2008).

As relações sociais comunitárias também exercem grande poder sobre o território. Elas acontecem no cotidiano, fortalecendo as relações de vizinhança e de coexistência entre as diferentes pessoas e grupos sociais. Essas relações constroem muitas vezes processos de apoio social por meio de pessoas que realizam práticas populares (ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais de idosos e de crianças, entre outros). Os saberes populares fortalecem laços e vínculos entre as pessoas do território que buscam enfrentar os problemas e suprir as necessidades locais.

Isso acontece fortemente em nível local, em territórios de comunidades com população de baixa renda nos quais a exclusão social pela pobreza se faz presente de forma acentuada e a busca por redes de apoio se constitui como estratégia de sobrevivência.

As pessoas do território criam regras sociais de convívio que se desenvolvem ao longo do tempo. Essas regras sociais ou leis específicas podem ser formuladas pelo Estado (formais) ou pela sociedade (informais). As regras formais são escritas e se organizam juridicamente, nem todos as conhecem, mas devem se submeter a elas. As informais não estão escritas, mas todos as reconhecem, porque as pessoas do território as entendem e também se submetem a elas.

As regras, leis e os estilos de vida são formas de se viver no dia a dia e fazem parte da vida da população. São códigos e valores compartilhados que afetam a conduta das pessoas criando inclusive, culturas de comportamento que vão dizer o que se pode ou não fazer, o que se deve vestir e em que hora do dia, em quais espaços públicos as crianças podem brin-

car, em que lugar do território se pode ir sem correr riscos de qualquer tipo, e outras diversas formas de condutas do cotidiano (Monken, 2008).

Atualmente a convivência de diversos tipos de pessoas e grupos em um mesmo território vem se intensificando. Isso significa que existe sobreposição ou junção de várias formas de viver e de produzir no território. Muitos interesses em disputa em um mesmo território geram conflitos que devem ser identificados, compreendidos e solucionados.

As diversas formas de viver e produzir apresentam objetivos diferentes em relação ao uso do território. São moradores que vivem no lugar, empresas que se utilizam do território para produzir e comercializar mercadorias, associações de todo tipo que atuam localmente como as de lazer, de produção artística e manifestações culturais tradicionais e religiosas. Há ainda grupos sociais que atuam clandestinamente por meio da violência, como as *gangs* e quadrilhas, que impõem suas regras no território, gerando conflitos que podem aumentar as vulnerabilidades sociais e de saúde.

O poder público nos âmbitos municipal, estadual e federal também atua de forma específica no território. Por exemplo, os serviços de saúde e as escolas, cada um com seus processos de trabalho particulares, um com foco no cuidado em saúde e o outro, na formação integral das pessoas.

Para entender a multiplicidade de ações e usos do território, podemos comparar esses processos ao que acontece em uma quadra polivalente para uso esportivo (que equivale ao território). Existem demarcações na quadra que definem regras distintas para as diferentes modalidades e tipos de esportes a serem praticados (futebol, basquete, vôlei, handebol, entre outros). De forma semelhante, no território, diariamente, acontecem diferentes formas de vida e de uso, que, ao contrário da quadra polivalente, ocorrem simultaneamente, envolvendo diferentes pessoas e grupos.

De outro modo, há populações que vivem seu cotidiano em constante luta coletiva para permanecer nos territórios. Sofrem ou são submetidas a processos de perda ou expulsão do território, no sentido mais básico e material da existência. São os atingidos por barragens, os sem-terra, os sem-teto, os quilombolas, os pescadores artesanais, os indígenas, os que são expulsos pelos empreendimentos imobiliários, enfim, os excluídos socialmente dos benefícios do progresso material da sociedade.

Hoje vivemos um processo intenso de precarização das condições de vida da população e de produção de várias formas de vulnerabilidade social e riscos à saúde. Nesses territórios vulneráveis, a oferta de esgotamento sanitário, abastecimento de água, coleta de lixo e demais serviços essenciais são deficientes. Há ainda problemas de mobilidade e deslocamento, e faltam condições dignas de alimentação. Muitas vezes, para agravar ainda mais esta situação, são lugares com escassa coesão/união social e ausência de força comunitária.

São muitos os territórios de exclusão e exceção. Nas cidades, por exemplo, esses territórios possuem alta densidade demográfica (muita população vivendo em um mesmo espaço), com fortes impactos de vizinhança (violência, tráfico, poluição, entre outros) e geografia peculiar em função da proximidade/aglomeração das moradias e estabelecimentos produtivos (pequenas indústrias e comércios), em associação com a precariedade dos acessos para as pessoas e mercadorias, por meio de estreitos logradouros, becos e vielas com fluxos e contatos intensos entre as pessoas e a inter-relação com o entorno.

Um aspecto importante em relação ao território é compreender as diferentes escalas nas quais ele se apresenta. No setor saúde é comum mencionarmos “nível local” como escala territorial de atuação de equipes de saúde que têm proximidade e vínculo com a população. A proximidade local que ressaltamos é a escala das relações entre as pessoas em uma mesma extensão, vivendo a intensidade de suas inter-relações no seu dia a dia (Monken, 2008).

No entanto, os territórios são construídos nas mais diversas escalas. Desde a escala do cotidiano, tendo o corpo humano e suas práticas sociais que acontecem no dia a dia (trabalho, escola, lazer), até as escalas oficiais de governo, que têm como objetivo as relações político-administrativas e de jurisdição.

Estes recortes territoriais se estendem espacialmente dos bairros e municípios para as escalas estaduais, regionais até as nacionais. As escalas são utilizadas pelos diversos setores de atividades do governo como forma de organizar suas ações e delimitar sua abrangência de atuação. Alguns exemplos são os territórios das equipes de saúde da família, as regiões de saúde e os distritos sanitários, todos eles territórios do Sistema

Único de Saúde (SUS).

Os territórios nunca são semelhantes. Muitas vezes formam-se a partir de interesses particulares de pessoas, grupos e instituições que neles vivem ou produzem para atender a objetivos e finalidades específicas. Existem territórios com perfis próprios, como as comunidades de pescadores, de agricultura familiar, de operários, e também aqueles nos quais predominam abundância e riqueza.

Portanto, para o cuidado em saúde, os profissionais devem conhecer as características políticas, econômicas, ambientais, sanitárias e culturais das populações dos territórios, entre outras, dado que influenciam diretamente a história de vida das pessoas e determinam formas de perceber, experimentar e vivenciar a saúde, a doença e o cuidado.

O reconhecimento do território se realiza, assim, com a identificação dos recursos locais e das regras sociais de convivência, das potencialidades da população e de suas lideranças comunitárias, das ameaças à saúde, dos equipamentos e das ações do poder público, do resgate da história de ocupação e de lutas no território, além de suas tradições e manifestações culturais (Monken, 2008).

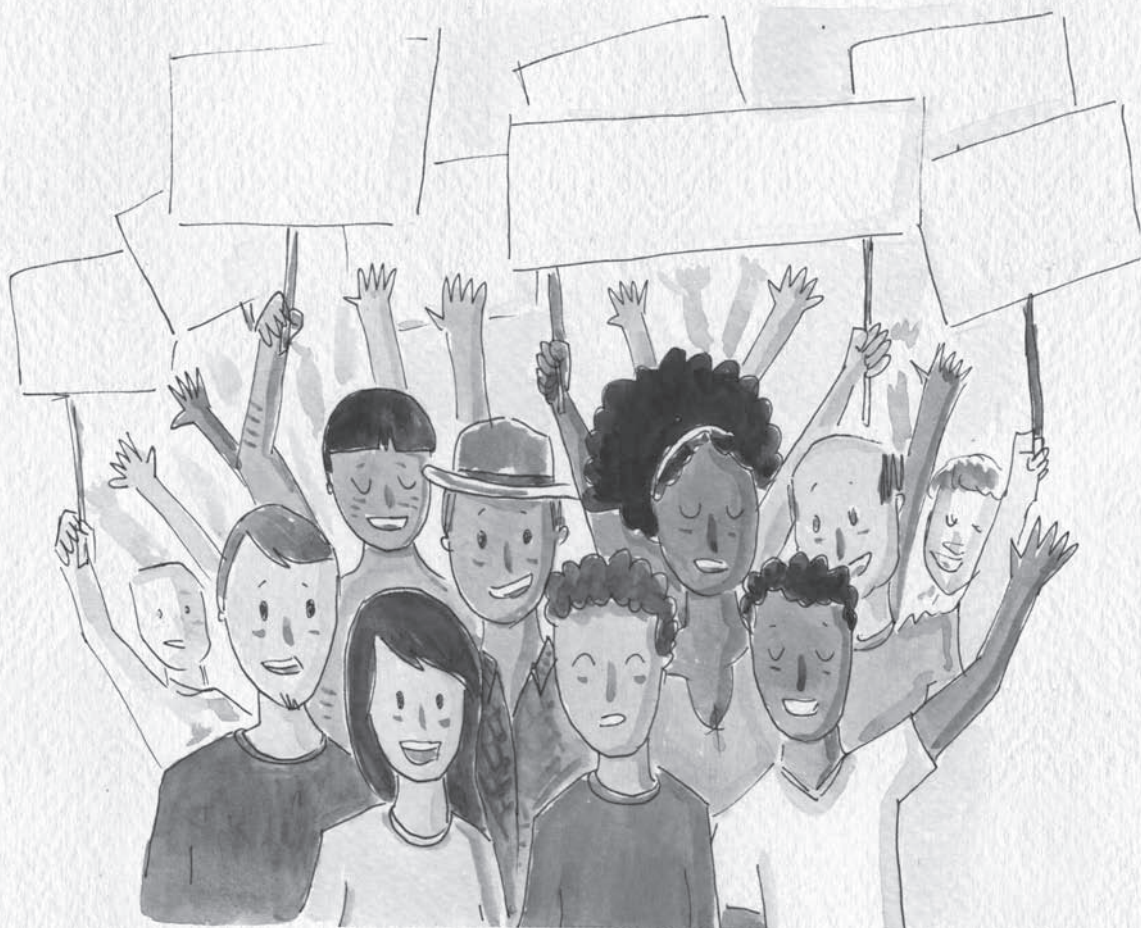
Isto permitirá que os grupos populacionais e os trabalhadores de saúde conjuntamente elaborem práticas populares de cuidado para a construção de uma vida mais saudável, aumentando a capacidade de promover melhorias nas condições de vida e na situação de saúde dos territórios.

Referências bibliográficas

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. (org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

MONKEN, Maurício. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (org.). *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro:

ro: Abrasco/Icict/Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
p. 141-164. (Saúde e Movimento, 6).



EIXO V

Participação social e
participação popular no
processo de democratização
do Estado

Eixo V – Participação social e participação popular no processo de democratização do Estado

Nas últimas décadas observamos uma mudança na compreensão sobre a necessidade de participação nas decisões políticas que afetam a vida do país, ao mesmo tempo em que é comum ouvirmos afirmações de descrédito em relação à classe política.

A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foram instituídos vários espaços, como, por exemplo, os conselhos de direitos e setoriais que têm como propósito a participação da sociedade nos assuntos que lhes dizem respeito. Embora isso represente um avanço em relação a períodos anteriores da nossa história, esses espaços ainda são insuficientes para canalizar as variadas reivindicações populares. As críticas são diversas: a perpetuação dos representantes que ocupam assentos nesses espaços, concentrando poder e defendendo, muitas vezes, interesses contrários aos que representam; a cooptação de lideranças de movimentos populares em troca de benefícios; o distanciamento entre a base social e seus representantes; a burocratização da discussão e das pautas políticas, entre outras.

Diante do engessamento desses espaços, vêm brotando no mundo contemporâneo novas formas de luta e de organização, mais horizontais, menos hierárquicas e burocráticas, em muito facilitadas pelas novas tecnologias da comunicação. Contudo, é importante que as diferentes formas de organização não ignorem o acúmulo de experiência das demais e que sejam permeáveis às demandas e expressões populares, compreendendo as estratégias de dominação e resistência entre as classes sociais.

Para que a população possa identificar e defender seus interesses é vital que tenha uma postura crítica em face da realidade, e que questione as versões apresentadas como verdades. Por esse motivo será dada atenção especial neste eixo ao poder de convencimento da classe dominante, por meio de diversos mecanismos e instituições, com destaque especial para os grandes meios de comunicação.

Paulo Freire, por exemplo, define a manipulação e a invasão cultural como instrumentos de conquista de uma classe sobre outra, ou de um povo sobre outro. Nesse processo há uma tentativa de imposição da visão de mundo dos dominadores sobre o universo cultural dos invadidos, “enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão” (1975, p.178).

Como uma prática social, a educação popular contribui para o enfrentamento das situações de opressão e manipulação presentes em nosso dia a dia, em todas as esferas da vida social, fortalecendo a participação, bem como as diferentes formas de exercitá-las. Neste eixo se pretende:

- Compreender a educação popular em saúde como prática política e social no âmbito do Estado e da sociedade;
- Compreender as estratégias de dominação e resistência entre as classes sociais;
- Refletir sobre a importância da educação popular para o fortalecimento da participação, bem como sobre as diferentes formas de exercitá-la.

Sugestão de Atividades

A opressão nossa de cada dia

Um dos princípios da educação popular é a problematização. Mais que representar um conceito ela precisa estar presente na vivência cotidiana das educadoras e educadores populares em saúde. É necessário problematizar nosso cotidiano e perceber que nossas ações podem ser afetadas pela opressão – ora podemos ser opressores, ora oprimidos. Paulo Freire expõe que as relações de opressão não se dão no vazio, mas são sim inerentes ao contexto social que divide os seres humanos em opressores e oprimidos. Nesse processo os opressores utilizam mecanismos variados para manter a opressão, e, assim, dominar.

Sugerimos que a turma seja dividida em grupos. Cada participante irá escrever em uma tarjeta uma situação em que se sentiu oprimido ou

agiu como opressor no seu dia a dia de trabalho, nos espaços públicos, no transporte, em escolas, igrejas, postos de saúde, mercados, na relação com policiais, familiares ou colegas de trabalho. Em seguida, cada participante relatará a situação vivenciada para o seu grupo, que irá escolher um dos relatos para dramatizar, utilizando uma das técnicas do Teatro do Oprimido de Augusto Boal, o Teatro Fórum.

Teatro Fórum

Técnica na qual o espectador substitui um dos atores na encenação, modificando o curso da ação no sentido que considera o mais correto ou desejável. O texto inicial deve apresentar os personagens com clareza, identificando a sua ideologia, revelada por meio da expressão corporal dos atores, com gestos marcados. Cada gesto e movimentação deve ter sua razão de ser. Isto é importante para que quando o espectador substitua o ator, não se limite a discursar, mas a atuar. Segundo Boal, “o espectador se libera: pensa e age por si mesmo!” (Boal, 1977, p. 169). A intenção do Teatro Fórum é observar as relações de opressão, desvendando os mecanismos que as produzem e as mantêm, assim como as táticas e estratégias possíveis para desfazê-las. O educador deve problematizar os momentos em que os oprimidos, para saírem da situação em que estão, tendem a assumir o papel de opressor. Recomendamos a exibição do vídeo com o depoimento de Augusto Boal sobre o Teatro Fórum, de 2011, com direção de Zelito Viana.

Participação social e participação popular

Na atividade anterior vimos como são variadas as formas e os tipos de manifestações de luta existentes no território, seus atores, estratégias, dificuldades encontradas, e como elas são importantes para a conquista e a defesa de direitos da classe trabalhadora. Algumas dessas formas participativas se dão em conselhos de direitos e setoriais, espaços instituídos como, por exemplo, os Conselhos de Saúde, de Educação, da Criança

e do Adolescente, entre outros, enquanto outras ocorrem em espaços tais como as associações de moradores, o Movimento de População de Rua, o Movimento LGBT e outros mais. Para contribuir com o diálogo acerca da diferença entre as formas de participação, sugerimos que os educadores tomem por base o texto **Participação popular ou participação social: qual é a diferença?**

O poder de convencimento dos meios de comunicação

A mídia tem forte poder de influência sobre o pensamento da população, seja porque as pessoas acreditam piamente nas informações veiculadas, seja pela sua grande abrangência – a televisão, por exemplo, atinge praticamente todo o território nacional.

Não é tão fácil estabelecer a verdade em relação a um fato. Quando duas pessoas narram um fato que vivenciaram juntas, as duas narrativas terão diferenças entre si. Cada uma observa determinados aspectos da realidade, e lhe dá significados a partir do seu referencial, da sua visão de mundo e de seus interesses. O mesmo acontece com os meios de comunicação: dois jornais diferentes vão noticiar o mesmo fato de forma distinta, valorizando ou ignorando determinados aspectos.

A chamada “grande mídia” defende interesses bem explícitos ligados à classe dominante, uma vez que seus representantes fazem parte dessa classe. Na defesa de seus interesses, ela distorce e manipula a notícia. Ela apresenta os fatos de certa maneira, induzindo o público em uma direção. A televisão mostra aquilo que quer que vejamos, a edição dos conteúdos vai apresentar apenas partes selecionadas do acontecimento.

Você já parou para avaliar de quem é a propriedade do jornal que você lê ou do canal de televisão que você assiste?

Para enfrentar os ardis e mentiras disseminados pela mídia, é fundamental uma postura crítica diante das informações que recebemos. Analisar a notícia, questioná-la, compará-la com outras, buscar outras fontes de informação. Produzir e fortalecer as mídias alternativas, comunitárias, que falem na linguagem das classes populares, e discutam temas que as façam crescer e avançar.

Nesse sentido, propomos uma reflexão sobre as diferentes formas de reproduzir uma informação e sobre o significado apresentado em re-

portagens. Sugerimos que seja feita uma pesquisa prévia de notícias que exemplificam diferentes enfoques dados pela mídia a um mesmo acontecimento (por exemplo, em relação aos movimentos sociais, à política, entre outros). Após a leitura, é importante que seja elaborada uma análise a ser compartilhada entre os participantes. Para auxiliar a reflexão, sugerimos o texto **O fato e a notícia: diferentes enfoques**.

No momento de apresentação, pode ser feita uma roda de conversa para discutir os trabalhos e problematizar o que foi retratado nas reportagens, com base na observação dos seguintes aspectos:

- Diferentes interpretações identificadas em uma mesma notícia;
- Recursos visuais e/ou argumentativos utilizados;
- Intenções percebidas nas reportagens.

Outra atividade que possibilitaria a reflexão e a problematização sobre o poder da mídia, em especial dos grandes meios de comunicação, na formação da opinião da população é a exibição do vídeo *Levante sua voz*, do diretor Pedro Ekman (2009).

Os meios de comunicação e a educação popular

Paulo Freire, no livro *Extensão ou comunicação* (1979), parte de uma inquietação com os projetos educativos centrados na transmissão de informações e no convencimento dos outros. Muitas vezes esses projetos atuam como formas de colonização, principalmente quando os outros estão imersos em elementos culturais que são estranhos aos educadores. Essa forma de educação é antidialógica e promove o que ele chama de invasão cultural, ou seja, o educador se apresenta como um invasor que “reduz os homens do espaço invadido a meros objetivos de sua ação” (p. 41). Na contramão dessa perspectiva, Paulo Freire reforça a importância de uma comunicação ou de uma prática dialógica capaz de promover uma transformação constante da realidade. Para ele: “O diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o *pronunciam*, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a

humanização de todos” (p. 43). E esse encontro não pode ser um encontro de inconciliáveis. Diálogo, nesse sentido, é o oposto de invasão.

Para transformar as práticas educativas, o ser humano deve ser compreendido nas suas relações com o mundo, visto que é um “ser-em-situação” (Freire, 1979, p. 28). Dessa forma, a comunicação implica uma reciprocidade em que os sujeitos, educadores e educandos, são interlocutores, ambos falam e se expressam com base em suas referências culturais. Educar é comunicar, e comunicar é dialogar, “na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores, que buscam a significação dos significados” (Freire, 1979, p. 69).

Essa atividade tem como objetivo promover uma forma de comunicação com referência nos princípios da educação popular. Sugerimos que seja realizado um trabalho em grupo para o desenvolvimento de uma estratégia ou de um material educativo que tenha como tema algum problema de saúde existente no território. Pode ser feita uma dramatização, um programa de rádio, um mural comunitário, um cartaz, um jornal local, ou uma matéria para ser divulgada em meios virtuais, como um *blog* ou outras mídias sociais.

Para auxiliar o trabalho podem ser consideradas as seguintes perguntas:

- Com quem queremos nos comunicar?
- Qual o meio de comunicação mais usado por esse público?
- Qual a mensagem que se quer divulgar?
- Qual a forma de expressão ou a linguagem escolhida?

Ao final, sugerimos que seja feito um debate, considerando as possibilidades e dificuldades para a realização de uma prática educativa e comunicativa dialógica.

Reflexão sobre as noções de Estado e democracia

Nosso objetivo é procurar refletir sobre o papel do Estado e sua relação com a sociedade, e sobre como ela vem se organizando para influenciar nas decisões que a afetam. Em especial, daremos atenção às situa-

ções de opressão vivenciadas pelas classes populares e como elas, muitas vezes, resistem e se organizam para enfrentá-las.

Os diferentes movimentos sociais são fundamentais nessa batalha, ao contribuírem para a construção de um “outro mundo” e para a organização das lutas populares. Por meio da crítica ao senso comum – às verdades que assumimos como nossas, sem muitas vezes problematizá-las – podemos compreender aquilo que nos oprime e, ao mesmo tempo, lutar para a transformação do mundo em que vivemos. Por isso, a participação popular organizada em seus diversos espaços é fundamental.

Para relacionar os temas já abordados anteriormente – opressão, participação, assim como o poder de convencimento dos grandes meios de comunicação e as formas alternativas de comunicação – com o papel desempenhado pelo Estado, sugerimos a exibição do documentário *Utopia e barbárie*, do diretor Silvio Tendler (2009), seguida de debate. Propomos que sejam identificadas as situações de opressão e de participação dentro do período histórico apresentado no filme, considerando o fato de que a luta por um Estado democrático de direito nunca cessa.

O direito à saúde é ainda um grande desafio. No contexto político brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um projeto que disputa com os interesses do capital. A conquista do direito é um processo permanente e deve envolver e ampliar a mobilização e a participação popular em diferentes esferas e níveis de governo. É importante compreender os interesses que são contrários ao SUS, isto é, aqueles que defendem a mercantilização da saúde. Por isso, sugerimos que seja realizado um debate sobre os avanços, desafios e possibilidades de constituição do SUS como um sistema universal e público de saúde. Podem ser desenvolvidas estratégias como, a realização de um “júri popular”, a construção de um manifesto, ou a construção de esquetes, dramatizações ou *performances* que problematizem os diferentes interesses em jogo na disputa da saúde.

Para auxiliar na atividade, sugerimos a leitura do texto **A luta popular em defesa do SUS**.

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

_____. *Comunicação ou extensão*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

BOAL, Augusto. *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

Referências Fílmicas

DEPOIMENTO de Augusto Boal sobre a técnica do Teatro Fórum para o documentário “Augusto Boal e o Teatro do Oprimido”. Direção: Ze-

lito Viana, 2011. 6’18”, color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IZhlpnSVRUg>. Acesso em: 26 ago. 2016.

LEVANTE sua voz. Direção: Pedro Ekman. São Paulo: Intervezes Coletivo Brasil de Comunicação, 2009. 17’, color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KgCX2ONf6BU>. Acesso em: 26 ago. 2016.

UTOPIA e barbárie. Direção: Silvio Tandler. Rio de Janeiro: Caliban, 2009. 120’, color., son. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=cn9li_NePro. Acesso em: 26 ago. 2016.

Participação popular ou participação social: qual é a diferença?

Ronaldo dos Santos Travassos

Há um chamamento para uma ação participativa nas formulações das políticas públicas implementadas pelas instituições oficiais como forma de ratificar, pela população, o processo democrático nas decisões governamentais em todos os níveis do poder público.

Para compreender este processo de participação vale trazer à tona as premissas que definiram a *participação social* como um conceito que orienta as variadas formas de participação política (conselhos, comitês, conferências, entre outras) e o relacionamento das instituições públicas com a população.

Por outra parte, a *participação popular* é uma prática dos movimentos sociais que gera novos saberes oriundos das classes populares como forma de ação política e garante sua autonomia para definir seu próprio destino. Desse modo, torna-se relevante compreender o caráter pedagógico da *participação social* e da *participação popular* nas definições das políticas públicas, no momento em que a gestão pública busca capturá-las por meio de sua institucionalização.

A participação tem sua origem nos movimentos sociais populares

As diversas formas de luta dos movimentos sociais populares são enfrentamentos aos regimes políticos que oprimem a população em toda sua história em qualquer lugar do mundo. A submissão de povos à colonização deixa marcas profundas na vida social que envolvem aspectos econômicos, de organização política, ideológicos, religiosos, educativos e culturais.

Na nossa história os primeiros operários imigrantes europeus que aqui chegaram trouxeram novas formas de lutas para garantir seus direitos. Influenciados pelos ideais de livre organização e manifestação e de uma vida digna para suas famílias, lideraram as primeiras manifestações políticas da época.

Até os anos 1960 os trabalhadores do campo e os movimentos urbanos de várias partes do país mantiveram conquistas importantes para a classe trabalhadora. Nessa época os movimentos culturais e de educação popular eclodiram com os Centros Populares de Cultura (CPCs) da União Nacional dos Estudantes (UNE), que reuniam artistas de diversas áreas, como teatro, música, cinema, literatura e artes plásticas, para defenderem o caráter coletivo e didático da obra de arte, bem como o engajamento político do artista.

No Nordeste emergiram os *círculos de cultura*, com os movimentos de educação popular baseados nas ideias de Paulo Freire. Dele, a *Educação como prática da liberdade* (1967) torna-se uma política de governo com o plano nacional de alfabetização implementado em todo o país, com a finalidade de erradicar o analfabetismo. Outros movimentos, como as Ligas Camponesas, os partidos políticos comunistas e as comunidades eclesiais de base (CEBs) se configuram como espaços e canais de participação popular e de intenso debate na luta pela garantia dos direitos.

Com o golpe militar de 1964, o país viveu 21 anos de regime militar, período que se denominou “os anos de chumbo”, com o desaparecimento daqueles que a ele se opunham. Chamado pelos militares de “Revolução de 64”, o regime não produziu nenhuma mudança na política econômica ou social em benefício das classes populares. Pelo contrário, comprometeu todo um processo de identidade social brasileira e interrompeu com a violência das armas o diálogo entre governo e sociedade civil.

No campo político a luta pela anistia trouxe de volta para o país pessoas que foram obrigadas a se exilar em virtude da perseguição política. O movimento sindical, combativo, enraizado no ABC paulista, enfrentou a ditadura com as primeiras greves por melhores salários e condições de trabalho. A luta pela liberdade e pela democracia aumentou o enfrentamento ao regime militar, que passava por um momento econômico e político difícil com o fim do “milagre brasileiro” até então sustentado pela burguesia nacional conservadora.

Além das lutas dos trabalhadores do setor produtivo, outros movimentos surgiram voltados para o imaginário coletivo. Entraram em cena novos atores sociais, tais como: as associações de moradores, os movimentos pela moradia, e os movimentos de mulheres, negros e LGBTs. A população se organizou em comissões de bairros para reivindicar serviços públicos de saúde, educação, transportes de qualidade. No campo o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) vinha travando uma luta constante pela conquista da terra e pela reforma agrária, o que ocasionou o assassinato de vários trabalhadores rurais.

As populações urbanas excluídas se organizaram contra o preconceito racial e étnico, nos movimentos feministas, no Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST), no Movimento Nacional de População de Rua e nas lutas e movimentos de preservação do meio ambiente. Esses movimentos ampliaram a ênfase nas questões sociais, culturais e subjetivas. A luta pelo poder agora passa pelas necessidades individuais e coletivas, vai dos problemas locais e cotidianos – como a luta das mulheres trabalhadoras pela implantação de redes de creches comunitárias – para os globais, que interferem na vida das pessoas.

É importante ressaltar que a participação autônoma dos movimentos sociais populares sempre traz preocupação para os governantes, que buscam cooptar suas lideranças e criar meios institucionais de incorporar suas bandeiras de luta. Canais de diálogo e novos espaços de participação são criados por leis e portarias ministeriais. O diálogo institucional patrocinado nos diferentes níveis de governo busca estabelecer uma relação de submissão da população ao Estado, com a finalidade de pôr em prática as suas concepções sobre como deve ser a sociedade brasileira.

Participação popular como "pedagogia participativa"

O termo participação popular, embora ainda seja utilizado de maneira universal, tem um significado especial para os movimentos sociais populares nos países dependentes, em especial na América Latina.

Nas "pedagogias participativas", a participação popular, em sua ação, contribui para a aprendizagem do indivíduo de forma direta. A participação é fundamental para a construção de novos saberes. "A participação e

a autonomia compõem a própria natureza do ato pedagógico” (Gadotti, 2014, p. 1). Então podemos considerar que formar para participação só faz sentido no ato de participar.

As formas de lutas mais diretas das classes populares diante de problemas concretos e imediatos da vida social nutrem a participação popular. São formas de lutas independentes e autônomas de organização e de ação política. É um aprendizado de militância, no qual negociar e dialogar com as instâncias de governo, em determinados momentos, conforme decisão coletiva, enriquece o processo de conscientização das classes populares. Ademais, nas formas de luta diretas, não estão subordinadas aos organismos governamentais e nem às suas regras e regulamentos, elas aprendem no embate político. Podemos dizer que a participação popular tem uma dimensão pedagógica de formar para o exercício da cidadania ativa, além de uma função política de intervir na tomada de decisões.

As classes populares muitas vezes são impedidas de participar de conselhos de políticas públicas por não terem formação adequada.

A própria ideia de uma participação popular surge, justamente, para se distinguir de uma outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho “correto” para as classes populares. (Valla, 1998, p. 2)

A participação popular é uma luta política e não puramente técnica, portanto, não há necessidade de conhecimento técnico para participar. Qualquer postura em contrário afasta as classes populares. “Formamos para a participação participando, enfrentando os desafios técnicos e políticos da participação. A participação é conquista político-pedagógica” (Gadotti, 2014, p. 4).

Vale lembrar que a participação popular teve influência nas propostas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, contribuindo para reorientar a política do setor saúde, com a garantia de assistência universal e com o conceito ampliado de saúde, conforme apresentado no relatório final:

Em sentido mais amplo a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986)

Foi uma conquista das classes populares que resultou na institucionalização da saúde como “direito de todos e dever do Estado” garantida pela Constituição Federal de 1988.

A participação popular não é instituída por governos. Ela é uma conquista das classes populares na defesa de seus direitos e objetiva a mudança social para a construção de uma nova sociedade, mais justa e igualitária.

Participação social como princípio da gestão democrática

Nos anos 1990 proliferou, no âmbito das políticas públicas, o discurso da participação. Diversos atores e setores sociais reivindicavam a participação. Tanto a sociedade quanto o Estado estavam convictos de que a gestão democrática e o controle social podiam se realizar por meio de parcerias entre o Estado e a sociedade civil.

Para estabelecer as parcerias foram criados espaços institucionais e formas de organização e atuação da participação social, como conferências, conselhos, ouvidorias, audiências públicas, entre outras. Na gestão pública a participação social se dá nos espaços e mecanismos de controle social.

Essa forma de atuação da sociedade civil organizada é fundamental para o controle, fiscalização, acompanhamento e a implementação das políticas públicas, bem como para o exercício do diálogo e de uma relação mais rotineira e orgânica entre os governos e a sociedade civil. (Gadotti, 2014, p. 2)

Sem dúvida que participar da gestão pública leva a conflitos de interesses entre as classes populares e o governo. Defender os interesses coletivos da população significa também participar nos espaços de definição e acompanhamento das políticas públicas. Significa questionar o papel do Estado como o gestor maior da coisa pública.

Vale ressaltar que a participação social não é suficiente para mudar o quadro de tantas desigualdades e investimentos precários de recursos públicos na área social em benefício das classes populares em nosso país. Ou seja, é impossível uma gestão democrática sem uma distribuição de renda mais equitativa. Apesar disso, a participação social se apresenta como uma necessidade para a reconfiguração do próprio Estado.

A formação política e o conhecimento da função do Estado são os maiores aprendizados da participação social. A construção de espaços públicos para o controle social, sem intervenção estatal, amplia a gestão participativa e cria canais de comunicação direta entre Estado e sociedade civil. Este é um processo pedagógico da participação social para as classes populares.

Como estabelecer a relação entre a participação popular e a participação social

Em primeiro lugar é preciso que o diálogo entre participação popular e participação social preserve a autonomia e a independência dos movimentos sociais populares, evitando as práticas de cooptação, subordinação, fragmentação e dissolução das lutas populares. Não é suficiente criar mecanismos de participação e de controle social das políticas públicas sem criar condições favoráveis à participação. Muitas vezes a população é convocada para discutir detalhes técnicos e não políticos. Limitar o debate às questões tecnocráticas esvazia a participação.

A participação popular e a participação social têm que ser uma constante na relação do Estado com a sociedade civil; portanto, devem constituir práticas permanentes nas definições das políticas públicas. Deve ser um modo de governar. No campo da saúde a participação não pode ficar restrita às unidades de saúde. É necessário o acesso às informações sobre recursos públicos disponíveis, critérios de distribuição, execução

orçamentária e as definições das metas locais para embasar a participação direta da sociedade civil.

A população informada sobre o funcionamento do Estado, das instâncias de poder (executivo, legislativo, judiciário), da organização dos órgãos públicos pode criar mecanismos de participação direta como o orçamento participativo, os fóruns sociais e as plenárias nas instituições públicas. Desse modo, as classes populares se educam pela participação e com autonomia são capazes de decidir seu próprio destino.

Estas são instâncias fundamentais para a conquista e defesa de direitos. Entretanto, compreendemos que a participação popular deve extrapolar os espaços instituídos, alimentando-os com as demandas identificadas pelos movimentos sociais populares, na perspectiva de construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 29 mar. 2016.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 25 ago. 2016.
- GADOTTI, Moacir. *Gestão democrática da educação com participação popular no planejamento e na organização da educação nacional*. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2014. (Educação Cidadã, Cadernos de Formação, 6). Disponível em: http://conae2014.mec.gov.br/images/pdf/artigogadotti_final.pdf. Acesso em: 29 mar. 2016.

O fato e a notícia: diferentes enfoques

Cátia Corrêa Guimarães

O fato e a notícia

É comum, mesmo entre aqueles que não se dedicam a estudar o campo da comunicação, a ideia de que a imprensa e a mídia em geral, pelo papel importante que assumiram nas sociedades modernas, influenciam opiniões e ajudam a formatar comportamentos sociais. Mas, afinal, os meios de comunicação, e a imprensa em particular, reproduzem (divulgam, expõem, noticiam) os fatos reais ou podem também “criar” fatos e realidades?

Recentemente, não foram poucas as situações em que, questionados sobre a cobertura jornalística que faziam da crise política brasileira, veículos de comunicação afirmaram que têm cumprido seu papel de “informar” à população a verdade dos fatos. Um exemplo pode ser visto no pronunciamento, lido pelos apresentadores do Jornal Nacional no dia 12 de março de 2016, como justificativa para negar o pedido de direito de resposta do ex-presidente Lula a uma reportagem que tratava das acusações contra ele na Operação Lava Jato. “A emissora não é parte nas investigações a que está sujeito o ex-presidente. Cumpre apenas a sua missão de informar o povo. Respalhada pela Constituição, continuará a fazê-lo, com serenidade, e sem nada a temer”, diz o texto.

Os estudos do campo da comunicação, e do jornalismo em particular, no entanto, reconhecem um processo chamado *agenda setting* (ou teoria do agendamento), que sugere que essa relação pode se dar de forma invertida, ou seja, que os meios de comunicação, na verdade, ajudam a estabelecer uma agenda de interesses para a sociedade.

Agenda setting ou agendamento é um tipo de efeito social dos meios de comunicação a longo prazo que envolve a seleção, inci-

dência e disposição de notícias sobre temas que a opinião pública falará e discutirá. Algumas notícias ou temas são mais pautados do que outros nos veículos de comunicação, criando uma espécie de horizonte de eventos, ou seja, alguns fatos, ao serem selecionados e dispostos de forma mais enfática, serão encarados pelo público como temas ou problemas de legítima relevância ou pertinência. (Ferreira e Teixeira, 2009, p. 19-20)

O que isso significa? Diferentemente do que acontece com uma obra de ficção, como um filme ou uma novela, a promessa do jornalismo é informar as pessoas sobre o que acontece no mundo real. Porém, é simples perceber que nem todos os atos, eventos e problemas que vivenciamos ou que nos atingem indiretamente no dia a dia se tornam notícia. Tudo é realidade, tudo é fato: mas o que é reverberado nos jornais, rádios ou telas de TV se torna, de alguma forma, um “problema” ou “solução” mais coletivo, mais compartilhado, mais importante. Como se fosse mais real do que as outras “realidades”. Uma música de Chico Buarque narrando brevemente a história de uma mulher que tentou se matar por amor ilustra poeticamente esses limites: “A dor da gente não sai no jornal”, diz a letra.

Poesias à parte, o que importa é que o fato que vira notícia tem mais capacidade de circular entre diferentes grupos da população, de se tornar assunto de debate entre amigos, de desafiar as pessoas a tomarem posição. Quer um exemplo? O que a sociedade discute mais: o grande número de jovens assassinados todos os dias nas periferias ou o assassinato (igualmente grave) de um médico de classe média na lagoa Rodrigo de Freitas, zona nobre do Rio de Janeiro, amplamente noticiado em todos os veículos de comunicação? Olhemos também para o campo da saúde: com grande destaque na imprensa, o *crack* tem sido apontado nos últimos anos como um sério problema de saúde pública em vários estados brasileiros, sem que isso reflita, necessariamente, a hierarquia de problemas (e busca de soluções) reconhecidos pelas pesquisas e serviços de saúde pública. É verdade que houve um aumento dos usuários dessa droga em vários lugares e que isso traz novos desafios para o campo da saúde. Mas não seria exagero dizer que a “epidemia” de *crack* – assim, com esse nome mesmo – foi criada nas páginas e telas dos grandes jornais. E se tornou tão real que, além de provocar debates na sociedade, incentivou até a formulação e o financiamento de políticas públicas...

Em resumo, a partir de uma observação atenta do discurso da mídia e de outros “aparelhos” que contribuem para a nossa formação cotidiana, é possível (e fundamental) problematizar o que se costuma chamar de “interesse público”: como ele é formado? Se, por um lado, o que se reconhece como o “interesse médio” de um público amplo, que refletiria o conjunto da sociedade, é o que orienta a escolha do que vira notícia, por outro, esse interesse não seria também o *resultado* das escolhas sobre o que sai ou não no jornal? E, se é assim, será que os atores dessas escolhas – profissionais, meios, grupos empresariais – representam todos os segmentos dessa sociedade? Afinal, quais são as influências a partir das quais formamos o que reconhecemos como nossas opiniões e convicções sobre o mundo? A que estamos nos referindo, então, quando falamos em “opinião pública”?

Estratégias de diferenciação das realidades descritas, apresentadas e eventualmente produzidas nos meios de comunicação de massa

Além de influenciar na decisão sobre a “agenda” do que é socialmente relevante, os meios de comunicação de massa podem também influenciar nossa leitura e julgamento sobre os fatos que viram notícia. Isso pode se dar de muitas formas, mais ou menos diretas. Como comentamos brevemente, os meios de comunicação apresentam diferentes gêneros de informação: jornalismo, ficção, propaganda... Cada uma dessas áreas tem sua “legalidade” (regras) e linguagens próprias. Vejamos o caso do jornalismo, que promete lidar com a verdade e a realidade concreta. Para isso, ele precisa reproduzir os fatos, com o máximo de objetividade e imparcialidade, mesmo que se reconheça hoje que a imparcialidade absoluta não é possível.

No comentário a seguir, percebemos como o simples foco na atualidade e na imediaticidade dos fatos como critério do que é notícia pode jogar luz sobre alguns acontecimentos pontuais e isolados e colocar na sombra outros, cujo “interesse” pode ser até mais estrutural:

Uma reportagem ilustrada sobre o assassinato de uma criança é suscetível de levantar a opinião pública pequeno-burguesa num movimento de condenação ao ato brutal, mas um estudo que demonstre, com dados estatísticos, que, no Nordeste do Brasil, morrem anualmente dezenas de milhares de crianças em consequência da subnutrição seria incapaz de suscitar maiores comoções. Do mesmo modo, o telespectador-padrão, que se emociona até às lágrimas ante os sofrimentos morais de uma personagem de novela vulgar, geralmente demonstra a mais espantosa indiferença ao ser informado de que no Vietnã ou no Laos milhares de homens, mulheres e crianças são queimados com bombas napalm. (Costa, 1974, p. 89 apud Marcondes Filho, 1986, p. 18)

Essa concepção do que merece virar notícia representa um recorte, uma influência sutil no modo de apresentar a realidade. Mas existem outras mais diretas. A forma como as informações são apresentadas mostra enfoques diferentes, dependendo do que se quer destacar, e isso se expressa em elementos tão variados (e pouco conhecidos do público em geral) como: o espaço que a chamada e a própria notícia ocupam no jornal, as palavras utilizadas, o tempo verbal, entre outros.

Alguns exemplos:

- 1) Em duas notícias, publicadas na mesma edição do jornal *O Estado de S. Paulo* sobre denúncias da relação de empresas investigadas na Operação Lava Jato com políticos brasileiros, percebem-se algumas estratégias que garantem enfoque diferente nas duas informações, embora ambas estejam sendo noticiadas e com espaço semelhante.



2) A seguir, duas chamadas sobre ações policiais de apreensão de drogas publicadas no Portal G1. O mesmo crime, “agentes” distintos. No primeiro, “jovens de classe média”, de um extrato social explicado na própria chamada; no segundo, “traficante”.



27/03/2015 10h21 - Atualizado em 27/03/2015 20h29

Polícia prende jovens de classe média com 300 kg de maconha no Rio

Eles foram presos num estacionamento de um prédio na Tijuca. Delegado tenta identificar outros integrantes da quadrilha

17/03/2015 08h58 - Atualizado em 17/03/2015 08h58

Polícia prende traficante com 10 quilos de maconha em Fortaleza

Polícia encontrou R\$ 10 mil em cédulas de R\$ 2 e uma pistola 380. Ele foi autuado em flagrante por tráfico de drogas e porte ilegal de arma.

Os exemplos são muitos e podem ser encontrados todos os dias no noticiário de rádio e TV, nos jornais impressos e mesmo nas peças de entretenimento produzidas pelos meios de comunicação de massa, como novelas e programas de auditório. O que importa é que, a partir dessas reflexões, podemos sugerir que, mais do que apenas reproduzir os fatos, a imprensa e os meios de comunicação de massa ajudam a “criar” realidades, atuando no sentido de construir uma “agenda” do que é mais valorizado e destacado socialmente. E isso é fundamental para entender, por exemplo, como os diferentes segmentos da população se reconhecem e o que eles compreendem como necessidades de saúde.

Essa desigualdade no acesso à informação e, mais ainda, a dificuldade de pautar o que deve ser socialmente relevante dificulta uma postura ou atitudes mais críticas, e facilita a formatação de modelos de comportamento.

Toda a fragmentação própria do discurso midiático tem o intuito de fazer o indivíduo acreditar que ele, o vizinho ou o colega de trabalho são a causa do seu próprio insucesso e da sua própria desgraça. Que o problema é individual e que a vida social é apenas a soma das atitudes individuais. Dessa forma, ao contrário de se suscitar crítica e revolta contra o sistema socioeconômico que marginaliza a maioria, o sujeito individualiza o problema, ora se subestimando e desvalorizando, ora culpando outros companheiros trabalhadores, vítimas da mesma estrutura desigual.

A sociedade é mostrada como homogênea, sem distinção de classes, e como todos são iguais e têm os mesmos direitos, ela representaria um espaço no qual é possível então derivar um “interesse” e uma “opinião”

comuns, como se os interesses de exploradores e explorados não fossem estruturalmente opostos. Ao serem convencidas de que são cidadãs de um país no qual todos são tratados igualmente, as pessoas não reconhecem a exploração da qual são vítimas, por não se perceberem a partir daquilo que as unifica: a condição de trabalhadores.

Quanto mais as classes populares desenvolverem seus meios e formas de comunicação, criados por elas segundo suas potencialidades, interesses e visão de mundo, mais poderão avaliar de forma crítica as notícias veiculadas pela grande mídia. Quanto mais criarem a sua cultura, que parta das suas raízes, da sua realidade, descolonizada, mais claramente poderão desmascarar a assimetria de interesses, muitas vezes expressa inclusive como manipulação explícita, que a grande mídia tenta esconder, criando sua própria “verdade” dos fatos. Só a partir de um projeto político próprio terão como caminhar para a construção de um mundo novo. Com a palavra, um dos maiores militantes da comunicação popular no Brasil:

Se quisermos disputar a hegemonia, do ponto de vista da comunicação, há duas coisas a fazer: primeiro, perder as ilusões com a mídia da outra classe. Segundo, parar de choramingar e fortalecer a nossa mídia. A mídia da nossa classe. (Giannotti, 2014, p. 75)

Referências bibliográficas

FERREIRA, Wilson Roberto Vieira; TEIXEIRA, Ana Paula de Moraes. Agenda Setting. In: MARCONDES FILHO, Ciro (org.). *Dicionário da comunicação*. São Paulo: Paulus, 2009. p. 19-20.

GIANNOTTI, Vito. *Comunicação dos trabalhadores e hegemonia*. São

Paulo: Fundação Perseu Abramo– Núcleo Piratininga de Comunicação, 2014.

MARCONDES FILHO, Ciro. *O capital da notícia: jornalismo como produção social da segunda natureza*. São Paulo: Ática, 1986.

A luta popular em defesa do SUS

Grasiele Nespoli

Por que defender o SUS?

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é uma grande conquista da sociedade brasileira, é um projeto que mostra tanto a importância quanto a possibilidade de se constituir um sistema público de saúde. O SUS é uma referência para muitos países, visto que o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público e gratuito (Portal Brasil, 2015).

Vale destacar que o SUS é fruto de um projeto democrático de Estado que precisa ser mantido, e que qualquer ameaça à democracia no país é uma ameaça ao SUS. Um dos marcos do movimento de Reforma Sanitária foi o documento publicado em 1979 pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) denominado *A questão democrática na área da saúde*, que parte da constatação da grave situação de saúde que o Brasil vivia na época. O contexto do final da década de 1970 era marcado pela crescente mobilização contra a ditadura militar e contra o desemprego, os baixos salários e as péssimas condições de vida da população. O movimento sanitário, desde sua origem, lutou contra a mercantilização da saúde, afirmando a importância de se defender a saúde como um direito que deve ser garantido pelo Estado, pelo poder público, e não como uma mercadoria que tem sua oferta regulada pelo mercado.

O movimento de Reforma Sanitária não era homogêneo em sua origem. Havia à época diferentes perspectivas. Alguns grupos defendiam a estatização imediata do sistema de saúde, outros a estatização progressiva, pois a imediata significava incorporar a lógica biomédica, que prevalecia na organização dos serviços e no trabalho na saúde. Como sabemos, o modelo biomédico foi duramente combatido pelo movimento de Reforma Sanitária. Sabia-se que o modelo biomédico não dava conta de

atender as necessidades de saúde da população, uma vez que é orientado por uma lógica assistencialista, hospitalocêntrica e curativista. Na disputa, venceu a perspectiva de constituição de um sistema misto. O SUS articula tanto a rede pública quanto a rede privada de saúde, a chamada rede suplementar. No capítulo sobre a saúde da Constituição Federal (1988), o artigo 199 afirma que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Essa é uma das fissuras que compromete até hoje a universalidade do sistema público.

Como fruto de um processo democrático, o SUS teve muitos avanços, um deles foi a constituição de espaços de participação social. A lei nº 8.142, de 1990, mesmo com todos os limites impostos pelo presidente Collor na época, implementou os conselhos e as conferências de saúde. Enquanto os conselhos, nas diferentes esferas de governo (nacional, estaduais e municipais) são instâncias permanentes e deliberativas, as conferências acontecem a cada quatro anos,

[...] com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. (Brasil, 1990)

As duas instâncias reúnem representantes de gestores, trabalhadores e usuários para debaterem sobre os problemas, as necessidades e as políticas de saúde.

Outro grande avanço diz respeito à capacidade e amplitude que o SUS alcançou em termos de acesso à rede de serviços. Atualmente, o SUS comporta uma vasta e complexa rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, públicos e privados, que funcionam com diferentes lógicas e dispositivos de gestão. Enquanto o sistema suplementar cobre cerca de 41 milhões, o SUS “é a única possibilidade para mais de 140 milhões de brasileiros” (Paim, 2009, p. 85). Os avanços do SUS também são evidenciados pelo crescimento do número de procedimentos realizados, e pelo aumento de cobertura dos serviços de saúde decorrentes do processo de descentralização e municipalização. São significativos os avanços promovidos pela expansão da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família que atua como um importante dispositivo de reversão do modelo biomédico de atenção e cuidado.

As informações sobre a saúde da família – tomada como exemplo para mostrar os avanços do SUS – indicam que atualmente cerca de 129 milhões de pessoas são atendidas por agentes comunitários de saúde, uma cobertura de 66% da população; e 123 milhões de pessoas são atendidas por equipes de saúde da família, cerca de 63% de cobertura populacional. Hoje são mais de 40 mil equipes de saúde da família em todo o Brasil (Portal da Saúde, 2016).

Para não falarmos apenas da atenção básica, o que pode reforçar a lógica de que o SUS deve se destinar somente a atender as necessidades primárias de saúde, é preciso informar que em 2014 o SUS realizou cerca de quatro bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhões de consultas médicas e 11,5 milhões de internações (Portal Brasil, 2015). O Brasil também possui o maior sistema público de transplantes de órgãos e tecidos, com cerca de 95% dos procedimentos e cirurgias feitos com recursos públicos (Portal da Saúde, 2014). Possui também um dos melhores programas de imunização e de controle do HIV/Aids. Isso não é pouco. Não há dúvida de que, sem o SUS, uma grande parte da população ficaria sem atendimento, sem atenção, sem cuidado e, com isso, haveria um aumento da morbidade e da mortalidade em todo o país.

Além dos avanços em termos de cobertura da atenção básica, do quantitativo de procedimentos de média e alta complexidade, da redução significativa da mortalidade por doenças infecciosas, o SUS implementou um conjunto de políticas públicas que visam à redução da iniquidade. Essas políticas são muito importantes e dirigem-se à população em situação de rua, aos povos do campo e da floresta, à população negra, aos povos indígenas, às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Em um país de dimensão continental, com uma população de mais de 200 milhões de habitantes, a situação de saúde é caracterizada por uma significativa desigualdade no padrão de adoecimento e morte. Diante desse cenário é fundamental a organização de um sistema público de saúde e a implantação de políticas públicas que visem à redução das iniquidades.

Sobre a questão da participação social, com o tempo, percebeu-se que os conselhos de saúde, em particular, não são suficientes para garantir a participação social que se deseja. Isso reforça o problema da democracia representativa como um todo, e a importância de se promover mecanismos e estratégias que privilegiem a participação social. Com isso, em

2007 foi implantada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa que, entre outras coisas, afirma a importância de se valorizarem diferentes mecanismos de participação popular e controle social, bem como o protagonismo da população na luta pela saúde.

É importante compreender que os avanços aconteceram em função da luta política e da pressão popular pelo direito à saúde, pois, desde sua origem, o SUS enfrenta inúmeras dificuldades. Podemos considerar que todas elas derivam da disputa com a lógica privada, mercadológica, que defende políticas sociais residuais mínimas para a população, e o crescimento da oferta de serviços pelo mercado.

Desde o início do SUS, portanto, a implantação do direito universal à saúde teve de conviver e competir com os interesses do mercado privado, que vê a saúde como um negócio a ser explorado, seja na prestação de serviços, seja através da venda de seguros privados e serviços de saúde. Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram historicamente de políticas e recursos públicos, que são mantidos até hoje. (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014, p. 3)

O problema do subfinanciamento do SUS

O SUS, historicamente, sofre com o subfinanciamento, com a permanência de uma racionalidade normativa e gerencialista, com a alta carga burocrática de trabalho, com a precariedade das condições de trabalho, com um modelo de formação profissional que reforça a lógica biomédica, especialista, que promove um cuidado fragmentado e não integral. São muitos os problemas que impedem o funcionamento ideal do SUS. Mas, ao contrário do que se imagina, que o “SUS não serve para nada”, que o SUS é deficitário, é preciso mostrar como ele é um projeto de resistência dos trabalhadores da saúde, sintetizando muitas conquistas ao longo das últimas décadas.

Entre as principais dificuldades que ameaçam o SUS destaca-se o problema do subfinanciamento ou o “desfinanciamento”, que se torna mais evidente a partir de 2008. Com a suspensão da Contribuição Pro-

visória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 2007 e a rejeição da proposta de emenda popular Saúde + 10, que defende o investimento de 10% das receitas brutas da união na saúde, houve um comprometimento do financiamento do SUS. Hoje o gasto com a saúde equivale a aproximadamente 8% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que, dessa porcentagem, o setor privado gasta mais que o setor público (Portal Brasil, 2015). O gasto com a saúde no Brasil é menor do que o de outros países com sistema público universal e seria preciso dobrar os gastos para chegarmos ao mesmo patamar de países como o Reino Unido, França, Canadá e Espanha – seria preciso que os 8% do PIB fossem totalmente destinados à saúde pública.

A questão do financiamento se agrava mais ainda no atual contexto da chamada “crise fiscal”, que apresenta uma série de justificativas para os cortes em investimentos sociais. Tudo isso ameaça a universalização do direito à saúde, uma vez que o problema do financiamento, *grosso modo*, aumenta os demais problemas, pois com cortes no orçamento e no investimento em projetos sociais, e na saúde em particular, será difícil investir na ampliação da atenção básica, será difícil investir em processos de gestão e em projetos formativos condizentes com a reorganização do modelo de atenção e das práticas de cuidado. O SUS pode se tornar um mecanismo que garante um padrão mínimo de saúde para que a população continue a se submeter à ordem capitalista hegemônica geradora de doenças e agravos.

O desfinanciamento gera graves consequências, uma delas é o desmantelamento do SUS, o que justificará, para as forças políticas e econômicas que objetivam a mercantilização da saúde, sua privatização. Um exemplo disso, é o Projeto de Emenda Constitucional 55 (PEC 55) aprovada pelo Senado Federal em dezembro de 2016, que estabelece um limite para os gastos públicos para os próximos 20 anos. Isso agravará o subfinanciamento e o desfinanciamento do SUS. Por isso, é fundamental compreender que o SUS é um projeto em disputa, que sua construção enfrenta muitos desafios, e que o contexto político e econômico neoliberal é o principal obstáculo para a real constituição da saúde como um direito. A lógica mercadológica reforça o modelo biomédico e a medicalização excessiva da vida. Se o SUS é um sistema misto que envolve parcerias públicas e privadas, é preciso pensar, como tem ressaltado o professor

Jairnilson Paim (2009), em como realizar essa articulação considerando e fazendo prevalecer o interesse público.

A intensificação da lógica privatista na saúde

São várias as formas e iniciativas de privatização da saúde, a maior delas se dá pelo mercado de seguros de saúde, seguida da contratação de prestadores de serviços do setor suplementar. Outra forma de investimento no setor privado são as renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos e indústrias farmacêuticas. Além disso,

[...] não se pode esquecer que todos os principais fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos são privados e se beneficiam do fato de o SUS constituir um dos maiores mercados compradores dos seus produtos em todo o mundo. (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014, p. 8)

De modo geral, a privatização acontece nas iniciativas em que o Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e dá abertura para o mercado privado atuar atendendo aos interesses do capital econômico, das grandes indústrias e de empresários, nacionais ou internacionais (Correia e Santos, 2015).

Atualmente, a questão da privatização tem assumido contornos cada vez mais difíceis. Existe um conjunto de projetos e iniciativas que atinge diretamente esse ponto. Em 2015 foi aprovada a lei nº 13.097, que prevê uma abertura maior ainda do capital estrangeiro no setor saúde brasileiro. Com essa lei, empresas e capitais estrangeiros poderão investir em hospitais gerais, filantrópicos, especializados, policlínicas, entre outros. Também poderão realizar pesquisas e serviços de planejamento familiar, e serviços de saúde mantidos por empresas para atendimento de funcionários (Brasil, 2015).

Outra ameaça foi feita pela Agenda Brasil, apresentada no final do ano de 2015, que prevê a possibilidade de cobrança diferenciada de pro-

cedimentos do SUS. Essa proposta sofreu muitas críticas e na ocasião foi recusada, mas continua sendo uma ameaça se considerarmos a conjuntura política do país. A Agenda Brasil também apresentou a proposta de regulamentar a terceirização, o que vai ao encontro da lei nº 4.330, de 2004, que se transformou no projeto de lei da Câmara nº 30 (PLC 30), com aprovação em 2015. Essa lei permite que a terceirização seja estendida também às atividades fim, como a assistência à saúde.

A terceirização tem como consequência a transferência de recursos públicos para empresas privadas e também a precarização do trabalho. Isso vem acontecendo por meio da contratação de organizações sociais (OSs), que são entidades privadas sem fins lucrativos. Importante salientar que quando se passa a gestão dos serviços para as OSs, o Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde (Correia e Santos, 2015). Em nome de uma maior eficiência, agilidade, flexibilização e da maior governança, o poder público institui um processo de transferência da gestão para as entidades privadas. Isso significa não só a transferência de recursos públicos, mas a passagem para uma lógica que não tem como referência (e não considera) a finalidade pública de serviços como os da saúde. Passa a prevalecer uma lógica gerencialista e empresarial, na contramão do que se prima nas políticas públicas de saúde: uma gestão democrática e participativa. Além disso, esses novos arranjos e modelos de gestão ferem o que está previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde: que a rede privada seja complementar ao SUS, e não substitutiva. Existem processos que acusam a inconstitucionalidade das OSs e estudos que indicam que os gastos aumentaram sem melhorar a qualidade dos atendimentos e serviços prestados (Correia e Santos, 2015). Outro grave problema é que as OSs podem ser contratadas sem licitação, o que facilita favorecimentos e clientelismo.

Com o modelo gerencialista e empresarial, com a lógica privada, o problema toma outras proporções. Gerir serviços públicos é bem diferente de gerir serviços privados. O SUS é fundamentado em princípios e diretrizes que não podem ser perdidos de vista. Na lógica gerencialista foram introduzidas práticas como remuneração por desempenho, o que significa cumprir metas que nem sempre estão de acordo com as necessidades da população. Assim, prevalece a lógica da produtividade e não da atenção e do cuidado, objetivos maiores do SUS. Além disso, a

vinculação dos trabalhadores não acontece mais por concurso público, não há garantia de planos de cargos e carreira para os trabalhadores que, precarizados, se sentem vulneráveis. Nessa perspectiva, uma maior governança parece passar também pelo poder de “despedir os maus funcionários”, o que é igualmente contrário às políticas de gestão do trabalho do SUS, que priorizam a educação permanente de seus trabalhadores, fazendo-os sujeitos críticos capazes de organizar o trabalho de forma contextualizada. Essa vulnerabilidade gera rotatividade, o que, por sua vez, quebra os vínculos estabelecidos entre o trabalhador e o usuário, outro princípio fundamental para se construir a atenção e o cuidado.

Vale destacar que um poderoso agente no ataque ao SUS é a mídia. Os grandes meios de comunicação investem incessantemente na construção de uma imagem negativa do SUS, sem nunca mostrar seu real valor, sua importância, seus avanços. Ao contrário, a grande mídia apresenta o SUS como um sistema deficitário, desqualificado e, logo, desnecessário. Busca-se, com isso, justificar a privatização da saúde. E, como sabemos, o que está por traz disso, ou diretamente relacionado a isso, é a força do capital, os interesses econômicos.

A imperiosa necessidade da luta em defesa do SUS

Pelo exposto anteriormente, diante da força neoliberal e conservadora que se acirra no Brasil, não podemos nos abster da luta. A disputa pelo direito à saúde acontece dentro do Estado, pois existem diferentes grupos, organizados em partidos políticos, que apresentam projetos distintos e representam classes sociais também distintas. Por isso, no contexto atual, é fundamental o fortalecimento dos movimentos sociais. A qualidade do programa de controle do HIV/Aids deriva da luta do movimento LGBT, a questão do parto humanizado e natural deriva do movimento de mulheres, as políticas de redução da iniquidade também resultam da força dos movimentos sociais. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) é um grande exemplo de mobilização e organização social que, por sua vez, é constantemente criminalizado sem que, muitas vezes, nos apercebamos da compreensão real de seu significado político. Os processos de ocupação de terras postos em prática pelo MST sinali-

zam para novos modos de organização da produção ao desenvolverem estratégias que potencializam outros modos de ser e estar no mundo, atuando na contramão das tecnologias que degradam a vida e a natureza, como no caso do uso extensivo dos defensivos químicos (os chamados agrotóxicos) e de transgênicos, com seus impactos na saúde dos trabalhadores do campo e da população em geral. Em suma, o MST e tantos outros movimentos sociais do campo e da cidade nos ensinam que para nos mantermos vivos é preciso lutar.

Temos muito a aprender com os movimentos sociais, em todas as suas dimensões. Suas lutas são uma constante fonte de aprendizado. Além dos movimentos sociais que têm caráter nacional, existem movimentos locais, nas comunidades, nas favelas, nas periferias, no campo... Essas lutas devem se somar àquelas dos próprios trabalhadores da saúde.

O movimento de Reforma Sanitária no Brasil se ergueu no contexto de luta pela democracia e de defesa da saúde como um direito, mas, até hoje, não conseguimos implementar um SUS completamente universal e de qualidade, visto que enfrentamos continuamente os interesses do capital. Por isso, podemos afirmar que a reforma sanitária deve ser um projeto permanente e contrário à mercantilização da saúde e da vida, e que, nesse sentido, o SUS é um projeto de resistência que deve ser ampliado até que a saúde, de fato, seja um direito de todos.

Referências bibliográficas

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Presidência da República. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras provi-

dências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 22 ago. 2016.

_____. _____. *Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015*. Reduz a zero as alíquotas da contribuição para o PIS/Pasep, [...] e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm. Acesso em: 22 ago. 2016.

_____. Senado Federal. *Agenda Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/presidencia/noticia/AgendaBrasil_1208.pdf. Acesso em: jun. 2016.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *A questão democrática na área da saúde*. Documento apresentado pelo Cebes Nacional no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara Federal, em outubro de 1979. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. *Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio* Rio de Janeiro: Cebes, 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf. Acesso em: 22 ago. 2016.

CORREIA, Maria Valéria; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSs) em questão. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). *A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Faperj, 2015. p. 33-39.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

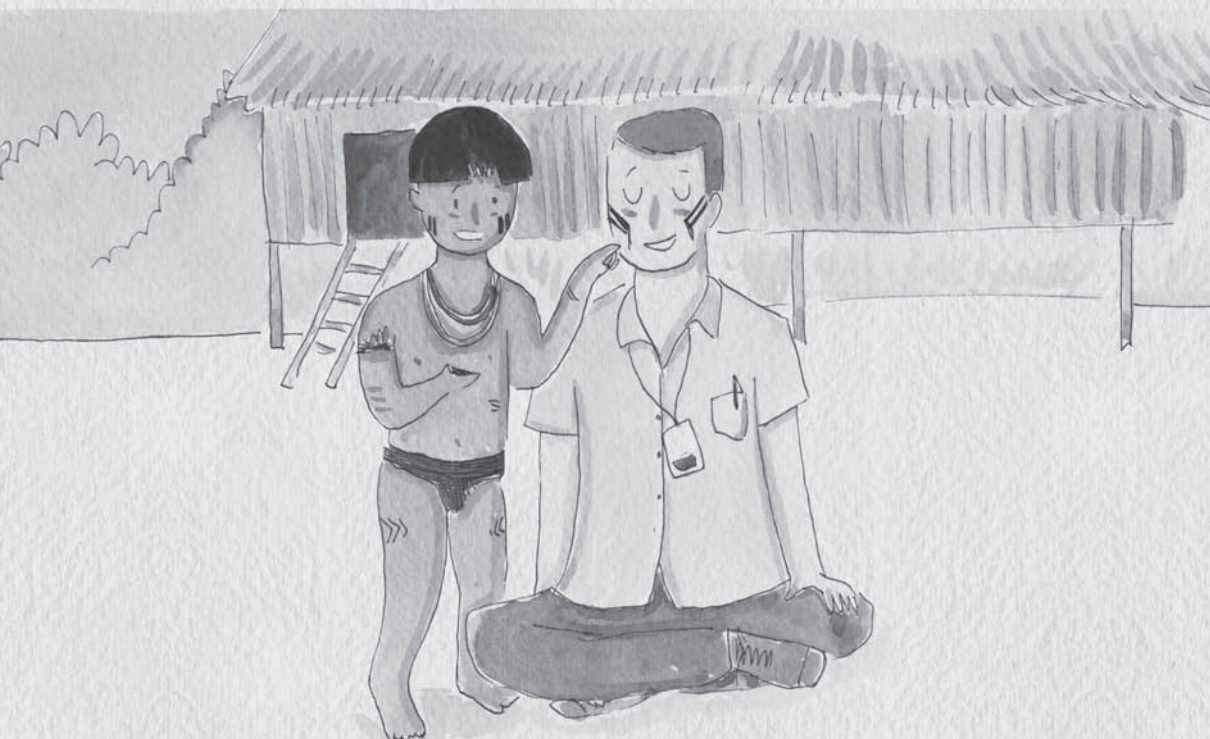
PORTAL BRASIL. *Ministro destaca SUS como modelo em evento internacional*. Portal Brasil, abr. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/ministro-destaca-sus-como-modelo-em-evento-internacional>. Acesso em: 28 ago. 2016.

_____. *População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano.* Portal Brasil, jun. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. *Gastos com saúde alcançaram 8% do PIB em 2013.* Portal Brasil, dez. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/12/gastos-com-saude-alcancaram-8-do-pib-em-2013>. Acesso em: 15 jun. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. *Sobre o Sistema Nacional de Transplantes.* Portal da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. *Histórico de cobertura da saúde da família.* Portal da Saúde, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 9 jun. 2016.



EIXO VI

O território, o processo
saúde-doença e as práticas
de cuidado

Eixo VI – O território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado

Após percorrermos temas tão diversos e variados como Estado e democracia, história e memória, arte e cultura, equidade, participação, direitos e lutas populares, tendo como orientação os fundamentos da educação popular, voltaremos novamente a nossa atenção para os processos de trabalho em saúde. Enriquecidos com os novos olhares proporcionados pelos conhecimentos compartilhados, podemos retornar às nossas práticas realizando uma reflexão crítica sobre os aprendizados construídos neste percurso, traçando estratégias e perspectivas de continuidade das ações de educação popular em saúde nos territórios.

Como vimos no **Eixo IV – Território, lugar de história e memória**, o território não se restringe à sua dimensão geográfica, pois incorpora inúmeros elementos que organizam a realidade e as formas de vida. O território é composto por paisagens, natureza, construções, ruas, alamedas e muitos detalhes, e também pelos sujeitos que vivem e circulam nos seus espaços, sujeitos que possuem diferentes modos de andar, de se vestir, de se alimentar, de amar e de cuidar de si, dos outros e do próprio território.

Na vigilância em saúde o território também é o lugar de investigação e análise da situação de saúde, e de desenvolvimento de ações de controle das situações de risco, das doenças, dos agravos à saúde e de seus determinantes. Na atenção básica, o território aparece como espaço de delimitação da atuação das unidades de saúde: é um elemento central na organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Essa organização facilita o cadastramento das famílias e o diagnóstico de suas condições de vida, a identificação dos problemas de saúde da comunidade, o planejamento e a programação de ações e a materialização das práticas e das relações de atenção e cuidado. Seja na vigilância em saúde, seja na atenção básica, é a partir do território que enfrentamos os problemas de saúde e que podemos promover a integração do processo de trabalho dessas duas áreas. Na educação popular o território é lugar da escuta, da construção compartilhada do conhecimento e da ação-reflexão

dos sujeitos sociais que nele vivem. Na educação popular o território é lugar onde homens e mulheres são sujeitos da sua história.

O objetivo deste eixo se ancora na contribuição teórico-metodológica que a educação popular em saúde apresenta, seja por meio da problematização da determinação social do processo saúde-doença, seja pela promoção de práticas de cuidado mais humanizadas e integrais, referenciadas na potência dos saberes populares. Nesse sentido, propomos os seguintes objetivos:

- Compreender os problemas de saúde no território sob a perspectiva da determinação social da saúde;
- Compreender e problematizar as diferentes práticas de cuidado existentes no território;
- Discutir sobre a autonomia dos sujeitos nos seus processos de saúde-doença e cuidado;
- Refletir sobre as práticas populares de cuidado presentes no cotidiano das comunidades e sua relação com as práticas dos profissionais nos serviços de saúde.

Os problemas de saúde nos territórios

Com o objetivo de iniciarmos a discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença e as práticas de cuidado, sugerimos que, por meio de uma conversa com os trabalhadores e/ou moradores, os principais problemas de saúde de seu território sejam identificados. O trabalho deve criticar os fatores determinantes de cada problema, bem como refletir sobre como a educação popular pode ajudar a resolvê-los. Para orientar a roda de conversa, sugerimos que seja feito um roteiro com questões norteadoras. Os problemas identificados pelo grupo podem ser registrados com recursos visuais, como fotografia ou vídeo.

A apresentação do trabalho pode se dar em pequenos grupos e depois em plenária. Cada participante poderá explicar para o grupo o que entende por problema de saúde e, em seguida, apresentar os problemas identificados na roda de conversa realizada no território. A sistematização da reflexão pode ser feita por meio da construção de um mapa ou da elabora-

ção de desenhos e tarjetas, entre outras diferentes maneiras, mostrando a relação entre os problemas e seus determinantes. No caso do mapa, os grupos podem escolher um território real ou construir um mapa fictício para representar relações presentes em diferentes territórios.

O mapa

Para entender melhor por meio da visualização as complexas inter-relações que se estabelecem em um território, podemos usar um mapa, que pode ser elaborado de várias maneiras. É importante que nele esteja apresentado o maior número de objetos, eventos e situações que possam influir na vida daquele território. Os problemas precisam estar presentes no mapa; os aspectos físicos que interferem na vida e na saúde da população (saneamento básico, transportes, as condições de habitação, água, a coleta dos resíduos sólidos e outros); os aspectos sociais (como a violência doméstica, a discriminação racial, de gênero e de orientação sexual); os aparelhos sociais como escolas, unidade de saúde, praças e áreas de lazer e cultura; e as iniciativas comunitárias organizadas para enfrentar os problemas de saúde e as desigualdades existentes, como conselhos locais, associações de moradores, movimentos e organizações sociais. Além disso, para melhor visualização do território, os locais podem ser identificados – nomes das ruas, estabelecimentos, prédios – para que qualquer pessoa, mesmo que não conheça a área, possa se situar no mapa.

Sugerimos que, após a discussão em grupos e em plenária, seja abordada a noção de problema de saúde no contexto do processo saúde-doença e na perspectiva da determinação social, com base no texto **A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da educação popular em saúde**.

Ao final pode ser exibido um pequeno trecho de uma entrevista com Paulo Freire (1997), em que ele reflete sobre a relação entre adaptação e inserção. Se a inserção, como considera Freire, é a tomada de decisão no sentido de se intervir no mundo, é importante pensar que a intervenção

sobre os problemas de saúde não pode ser uma mera adaptação, e sim, deve abranger desde a atuação sobre os determinantes sociais, até o cuidado das pessoas e do território.

Reflexão sobre a determinação social do processo saúde-doença

Depois da reflexão feita na atividade anterior, com base na experiência realizada pelos participantes, sugerimos que seja aprofundada a problematização sobre a dimensão social do processo saúde-doença. Para isso, propomos a exibição do vídeo *Pobreza no Brasil: caminhos da reportagem* (2011) – ou de outro vídeo que aborde o aspecto da desigualdade no processo de adoecimento e morte no Brasil.

Após a exibição do vídeo, a turma poderá ser dividida em grupos, para que os participantes reflitam sobre outros fatores que também interferem no processo saúde-doença, levando em consideração as diferentes realidades vivenciadas nos territórios. Ao final, cada grupo poderá apresentar de forma livre as suas reflexões em plenária, seguidas de um debate.

Autonomia e cuidado

Conta um antigo mito romano que a criação do homem se deu pela ação de dois deuses: a Terra, que lhe deu corpo e beleza, e o Céu, que lhe deu vida e energia. Porém, para ser humano, o homem deveria manter o céu e a terra unidos dentro de si, e para isso deveria ser acompanhado pelo Cuidado por toda sua vida (Boff, 2003).

Qualquer forma de vida que receba cuidados se desenvolve, desabrocha e floresce. Se nós humanos não formos cuidados por nossos semelhantes, murchamos, entristecemos e adoecemos. O cuidado se opõe à destruição, ao desgaste excessivo das coisas. Para Boff (2000), o cuidado está muito associado ao sentimento, que é a primeira forma como percebemos o mundo. Assim, é impossível ter uma atitude de cuidado por uma pessoa sem ter um sentimento de solidariedade por ela, de querer que ela fique boa.

A amorosidade e o diálogo constituem elementos indispensáveis para que ocorra, no processo educativo, o encontro entre os seres humanos. A amorosidade pode ser entendida como um sentimento de pessoas que se

respeitam como sujeitos autônomos, considerando que o diálogo só é possível, em sentido autêntico, com um profundo amor ao outro e ao mundo.

A forma tradicional de cuidado no campo da saúde, baseada no modelo biomédico, foca seu olhar na doença, e não no ser humano, desconsiderando sua singularidade e seu contexto de vida. O desenvolvimento científico e tecnológico amplia a distância entre o profissional de saúde e o usuário, sendo cada vez menor o contato físico e afetivo entre eles. Problemas sociais geradores de tensões socioemocionais e que se expressam na forma de sintomas são medicalizados, quando uma escuta mais solidária, afetiva e responsável poderia contribuir para o alívio dessas tensões de forma mais humanizada e efetiva.

Se, por um lado, o cuidado em saúde pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de cuidado, o descaso, o abandono e o desamparo podem aumentar o sofrimento. Como resposta a essas questões, vêm sendo apresentadas, no bojo das políticas de saúde, propostas de implementação de práticas que vão além da visão medicalizadora, fundamentadas em princípios tais como, a equidade, a integralidade, a promoção da saúde e a humanização.

Depois de aprofundar a discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença, sugerimos que seja iniciada a reflexão sobre uma importante dimensão do trabalho e da vida, concretizada na relação entre sujeitos que buscam resolver os problemas de saúde: o cuidado.

Para isso, propomos que sejam organizados grupos que elaborem e apresentem dramatizações, ou outras formas de expressão, que reflitam situações de cuidado a partir das experiências dos educandos.

Após as apresentações, os participantes podem debater se houve, na relação de cuidado, fortalecimento da autonomia ou, ao contrário, ampliação da dependência dos sujeitos. Para o debate, os educadores podem propor questões como:

- O que significa cuidar?
- Quais práticas podem propiciar a autonomia ou a dependência dos sujeitos que procuram os serviços de saúde?
- Como a organização do serviço pode favorecer ou desfavorecer a relação de cuidado?

A turma ainda poderá fazer a leitura do texto **Cuidado, autonomia e emancipação** e identificar em suas dramatizações as formas de cuidado que escolheram para representar.

Concepções e práticas de cuidado em saúde

Depois da reflexão inicial feita no momento de discussão da atividade, a turma pode ser dividida em grupos para a leitura do texto **O cuidado em saúde**. O texto é organizado em cinco partes: a primeira é a introdução, a segunda aborda a concepção da medicina científica, a terceira trata das práticas tradicionais e dos saberes populares de saúde, a quarta parte versa sobre as práticas integrativas no SUS e a última aborda as contribuições da educação popular para se repensar o cuidado no campo da saúde. Sugerimos que cada grupo leia, além da introdução e da conclusão, uma das outras partes do texto, sistematizando as ideias centrais e as exemplificando com base na sua vivência. Posteriormente, as sistematizações podem ser apresentadas em plenária, garantindo assim que sejam discutidas as diferentes concepções e práticas de cuidado que organizam o trabalho na saúde.

Para finalizar a atividade, sugerimos a exibição do vídeo *Dona Chica: saberes e fazeres* (2015) – documentário sobre a trajetória de Francisca Angurê, parteira há muitos anos no Ceará.

O cuidado no território

A proposta é que os educandos inicialmente identifiquem e registrem as práticas de cuidado existentes nos territórios, sejam elas práticas populares ou desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Sugerimos que se elabore um roteiro com questões para auxiliar o trabalho. No momento de apresentação das práticas de cuidado, é importante que sejam discutidas e problematizadas as concepções de saúde ali presentes.

Oficina de cuidado

Sugerimos a realização de uma grande Oficina de Cuidado. Nela podem ser experimentadas diferentes práticas, tais como: alongamento, dança, alimentação natural, relaxamento, massagem, entre outras, conforme o interesse dos educandos, que poderão trazer convidados para ajudarem na condução da oficina

Após as experimentações, indicamos que seja feita uma roda para que cada um possa dizer como se sentiu, refletindo também sobre a viabilidade de acontecer algo similar em sua rotina de trabalho: seria possível ou não? Quais seriam os limites e as possibilidades de construção de outras formas de cuidado?

Referências Bibliográficas

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. *O cuidado essencial*. 2003. Disponível em: <http://leonardoboff.com/site/vista/2001-2002/cuidado-ess.htm>. Acesso em: 1 dez. 2016.

DONA Chica: saberes e fazeres. Entrevista, concepção e edição: Luiz Gustavo Lima. Mato Grosso: Aneps, ICHS/UFMT, 2015. 17', color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JW1FizpVhrA>. Acesso em: 26 ago. 2016.

Referências filmicas

ADAPTAÇÃO X inserção. Entrevista com Paulo Freire. São Paulo: TV PUC, 1997. 1'47", color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NBAaJpNIIjc>. Acesso em: 26 ago. 2016.

POBREZA no Brasil. Caminhos da Reportagem. Reportagem: Fernanda Isidoro. TV Brasil, 2011. 53'41", color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TkEYL7L4tuI>. Acesso em: 26 ago. 2016.

A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da educação popular em saúde

Bianca Borges da Silva Leandro

Ao falarmos de processo saúde-doença, estamos falando da vida. O processo saúde-doença acontece em diferentes dimensões, desde o nível celular até o social, envolvendo também questões planetárias, tais como as alterações climáticas (um dos exemplos disso é o aquecimento global). Essas diferentes dimensões relacionam-se umas com as outras e não são independentes: por exemplo, o aquecimento global é produzido por todos nós, sendo fortemente influenciado pelo modo de vida *capitalista*. Em cada uma dessas dimensões, dependendo de quem olha e interpreta, a doença pode ser entendida de uma forma, desde uma alteração celular, um sofrimento, uma representação cultural ou um problema de saúde pública (Sabroza, 2007).

Ao trabalharmos com esse conceito (processo saúde-doença), queremos que vocês entendam que saúde e doença são aspectos da vida humana que estão relacionados de modo dinâmico com as condições de vida das pessoas e dos grupos sociais – não são, necessariamente, faces opostas de uma mesma moeda. O processo saúde-doença acontece ao longo da vida e é influenciado pela lógica de produção econômica, pelos aspectos históricos, sociais, culturais e biológicos, pela forma como se entende a saúde e a doença e pelo desenvolvimento científico da humanidade (Sabroza, 2007). Para tentar ilustrar essa definição vejam, a seguir, o processo saúde-doença da hanseníase nos diferentes níveis de organização da vida humana.

Hanseníase

A hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença milenar. Nos livros de história, há registros de casos antes de Cristo na Índia, China e Egito, e também na Bíblia. A concepção religiosa considerava a hanseníase como um castigo de Deus para os pecadores. As pessoas que tinham essa doença deveriam ser afastadas do convívio social. Pela medicina moderna (científica), foi classificada como uma doença infecciosa crônica, sendo "descoberta" em 1873.

No nível molecular e celular ocorre por conta de uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae*, que ao entrar no organismo inicia uma luta com o sistema imunológico (sistema de defesa) do indivíduo. A transmissão se dá por meio do convívio contínuo com o doente não tratado.

No nível individual a doença torna-se visível por meio de manchas na pele. A pessoa apresenta perda de sensibilidade, perda de pelos e ausência de transpiração. Quando algum nervo é lesionado, há dormência e perda de força muscular na área, podendo causar deformidades nos membros. Muitas dessas situações causam sofrimento para as pessoas adoecidas, principalmente por causa das deformidades no corpo e do preconceito vivenciado no dia a dia.

No nível dos grupos sociais as pessoas acometidas por essa doença vivenciaram, durante muito tempo, diversos preconceitos e foram afastadas do convívio social. Hoje, no Brasil, há um movimento social importante que luta pela reinserção das pessoas acometidas pela hanseníase, conhecido como Movimento de Reintegração dos Portadores de Hanseníase (Morhan).

Na sociedade, é identificada como um problema de saúde pública, sendo considerada um indicador importante para se encontrar desigualdades sociais.

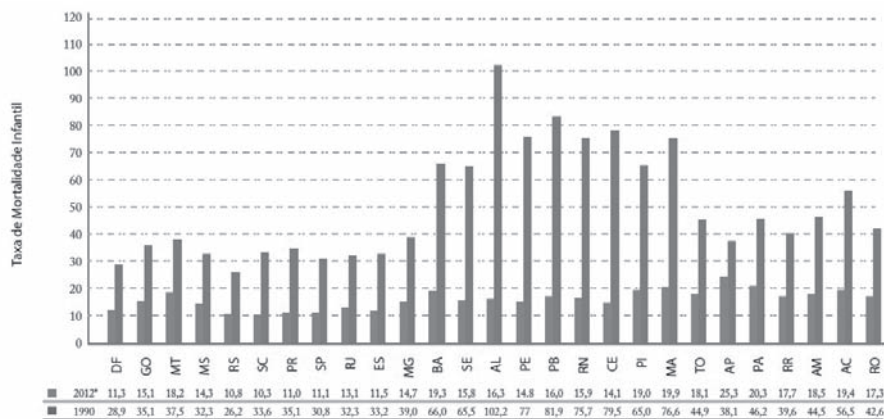
Em termos globais é uma preocupação em todo o mundo. Por isso, o tratamento é oferecido gratuitamente em muitos países. Os países com maiores incidências são os menos desenvolvidos ou com condições precárias de higiene e superpopulação.

Sabemos que todos os dias milhares de pessoas adoecem e morrem no mundo. As doenças do aparelho circulatório, seguidas do câncer e das

causas externas (principalmente a violência e os acidentes de trânsito) são as principais causas de morte da população brasileira. Essa é uma tendência nacional, mas o cenário saúde e doença no Brasil é diverso e desigual. As taxas de mortalidade mudam de acordo com as regiões, estados, cidades, classe social, etnia/raça, sexo e idade. Por exemplo, apesar da importante queda da mortalidade infantil no Brasil, as regiões Nordeste e Norte são as que apresentam os maiores números, e não é por acaso. Essa situação tem fortes raízes no processo histórico de exclusão dessas duas regiões dos avanços sociais e econômicos em nosso país.

O gráfico a seguir mostra os valores da *taxa de mortalidade infantil* para cada estado do Brasil. Observem que mesmo com a importante queda entre 1990 e 2012 ainda há muitas diferenças entre os estados. Vejam os valores para os seus estados e pensem em possíveis explicações para essa realidade.

Gráfico 1. Taxa de mortalidade infantil por unidades da federação – Brasil, 1990 e 2012.



Fonte: Saúde Brasil, 2013.

Hoje, com o avanço tecnológico, vivemos mais. Porém, também sofremos mais com os efeitos prejudiciais que a organização do capitalismo produz na vida planetária. Ainda que tenhamos melhorado, de modo geral, nossos indicadores de saúde, vivemos e morremos de forma desi-

gual. Morrem mais pobres que ricos, morrem mais jovens negros do que jovens brancos.

As causas de morte e de adoecimento possuem seus próprios fatores, mas todas elas estão relacionadas ao modo como organizamos nossa vida, à nossa alimentação, ao nosso local de moradia, ao sedentarismo, ao estresse derivado do trabalho ou da falta de trabalho, à degradação ambiental, à ansiedade produzida na correria do dia a dia, à insegurança diante do desemprego, à violência, à preocupação em relação ao futuro de nossos filhos, ao tempo que dispomos para cuidar de nós e dos outros, e também às tecnologias de saúde que prolongaram a vida. Hoje, a vida da maioria das pessoas está organizada para a necessidade de um consumo excessivo, orientado por um sistema econômico e produtivo que objetiva o acúmulo de riquezas para alguns (poucos) e que tem como efeito a produção de muitos *problemas de saúde* para a população em geral. Um sistema econômico e produtivo que vem tornando a vida cada vez mais desigual.

Desigualdade social

"Pela minoria o mundo é dominado, que vive do lucro, do povo explorado, e tem a sua vida, com luxo e mordomia. O pobre passa fome, e não tem moradia. No mundo capital, é só exploração. Não sustente a burguesia, com sua escravidão. Desigualdade social, desigualdade social, desigualdade social."

Rebitantes

Por isso, ao se discutir o processo saúde-doença, achamos importante refletir sobre o conceito de *problema de saúde*. O problema de saúde pode ser definido como um "incômodo" que ocorre em diferentes âmbitos: individual ou social – que difere de acordo com a visão da pessoa e com a situação que está sendo vivida. O problema de saúde é relativo, o que é problema de saúde para um, pode não ser para outro. Como exemplo, vejam o pequeno relato do município fictício de Tupi:

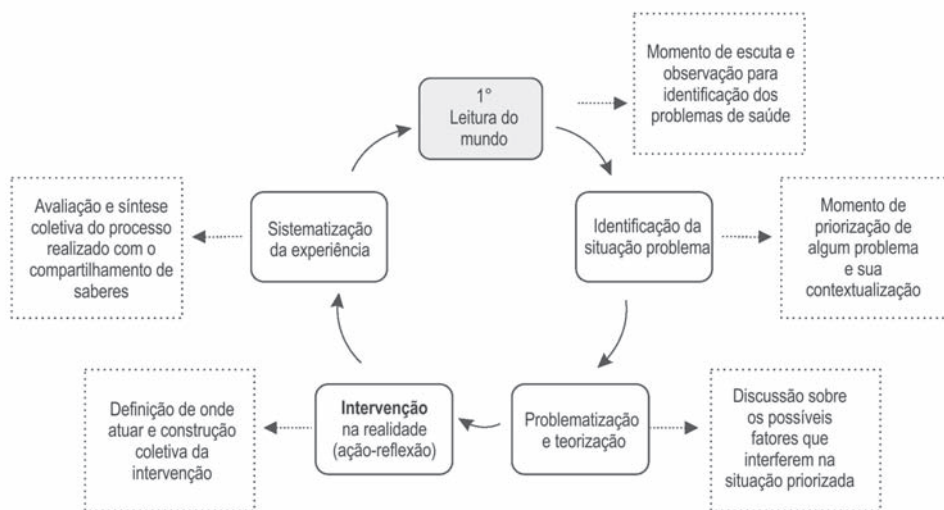
Tupi

Um grupo de estudantes, ao percorrer o pequeno município Tupi (de aproximadamente, 10 mil habitantes), perguntou ao Secretário Municipal de Saúde qual era o problema de saúde da região. Ele mencionou que era a escassez dos recursos financeiros para a saúde e a dificuldade de executar o pouco que se tinha. Ao perguntar para a enfermeira do posto de saúde, ela disse ser a quantidade alta de hipertensos e diabéticos que ela deveria atender. Ao perguntar para a professora da escola municipal, ela citou a baixa educação sanitária da população, principalmente em relação ao descarte do lixo. Os idosos do município disseram ser a falta de médicos. Os adolescentes mencionaram as ruas sem asfalto e a ausência de um espaço para lazer e diversão.

Qual seria o principal problema de saúde para cada um de vocês nas suas comunidades? Seria o mesmo para os seus amigos e familiares? O relato acima mostra como varia a percepção sobre o que gera incômodo em saúde em um mesmo município, para diferentes pessoas e grupos sociais. Essa mesma história também mostra que nem sempre o que se considera um problema de saúde é uma doença. Apesar de, muitas vezes, os problemas de saúde se manifestarem nos indivíduos de forma imediata em doenças, agravos, sofrimentos e mortes, eles também são determinados socialmente, isto é, por fatores políticos, sociais e econômicos.

Hoje, compreendemos que a doença (enquanto um possível problema de saúde) não é só um dano físico ou uma alteração celular, mas está fortemente relacionada com as condições de vida e trabalho dos indivíduos e populações. Foi com base nessa perspectiva que em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde foi definida como

[...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1987)



A lógica dos programas de saúde

Apesar da discussão social sobre a saúde, ainda hoje nas Secretarias de Saúde os serviços são organizados por meio de programas específicos de enfrentamento de doenças, tais como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras.

Tendo em vista este entendimento, a análise do processo saúde-doença precisa considerar: a nossa vida pessoal, o ambiente, a forma de cultivo dos alimentos, a organização do espaço urbano e, de maneira geral, a organização do trabalho – elemento fundamental de estruturação da vida humana. Entender a determinação social da saúde, observando os fatores que resultam em saúde ou em doença, é um passo fundamental para a compreensão dos problemas de saúde de uma sociedade.

A conferência de Alma-Ata

Esta conferência ocorreu no Cazaquistão em 1978 e teve como tema a atenção primária à saúde. Nesse encontro, a saúde foi discutida de forma ampla, e não somente como a ausência de doença. Seu lema foi: *Saúde para todos no ano 2000*, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção da saúde para todos os povos do mundo.

Após a conferência de Alma-Ata, o debate sobre a determinação social em saúde aumentou, por causa da discussão sobre as iniquidades em saúde e a necessidade de reduzi-las. Na música dos Rebitantes, aparece o termo “desigualdade social” e, agora, utilizamos o termo “iniquidade em saúde”. Vocês sabem por que a saúde criou esse conceito? Veja a explicação a seguir:

Iniquidades em saúde

São as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 2000). Segundo Paulo Freire (2001) podem ser entendidas como injustiças desumanizantes. Um exemplo é o maior número de morte materna entre as mulheres negras.

Com esse pano de fundo, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde definiu os determinantes sociais em saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

Foi criada em 2006, com o objetivo de promover estudos sobre os determinantes sociais em saúde, recomendar políticas para a promoção da equidade em saúde, mobilizar setores da sociedade para o debate e posicionamento em torno desse tema e para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Esta comissão trabalhou por dois anos, e alguns dos resultados podem ser vistos em: <http://dssbr.org/site/>.

Para entender esses fatores (os determinantes), é necessário estabelecer uma hierarquia (uma ordem) entre eles. Ou seja, identificar os mais gerais, de natureza social, econômica e política, e os mais individuais, ligados a aspectos biológicos e comportamentais. Apesar dessa definição, é importante entender que a determinação social em saúde não é a simples listagem de fatores que interferem no processo saúde-doença, nem o somatório de todos os determinantes (fatores) identificados. Não é uma simples relação direta de causa e efeito, por exemplo: não é porque uma pessoa é pobre e da raça/cor negra que terá tuberculose. Ou seja, há diversas outras interferências no processo de adoecimento relacionadas com a lógica de organização do modo de vida e da produção econômica. Por isso, os fatores individuais devem ser observados e avaliados em conexão com os outros, a fim de que as pessoas não sejam culpabilizadas por suas doenças. Apesar de semelhanças biológicas entre os corpos das pessoas, a doença e a saúde ocorrem de modo distinto nas diferentes sociedades e nas diferentes classes e grupos sociais (Albuquerque et al., 2014). A vida humana é influenciada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive na da saúde. Nesse sentido, a compreensão da *determinação social em saúde* é importante, pois o ser humano é também um ser produtivo que está submetido a condições determinadas e contextualizadas com as relações sociais que estabelece. Em geral, ninguém fica doente porque quer. Dessa forma, não podemos esquecer que há múltiplas relações que estão por trás do processo saúde-doença (a determinação social da saúde).

Sobre o conceito de determinação social da saúde, é importante saber que ele foi um dos pilares essenciais do pensamento crítico da saúde na América Latina na década de 1970, tendo como dois dos principais estudiosos Jaime Breilh, no Equador, e Sérgio Arouca, no Brasil. Esse conceito foi importante para a fundação da saúde coletiva e a fundamentação do projeto de Reforma Sanitária brasileira que originou o Sistema Único de Saúde – SUS (Moreira, 2013).

Diversos autores tentaram e ainda tentam compreender, por meio de modelos, o processo de determinação social da saúde (Buss e Pellegrini-Filho, 2007). É importante destacar que os modelos (dos mais simples aos mais complexos) sempre possuem limitações, mas são importantes para esquematizarmos explicações e possíveis intervenções sobre a *realidade concreta* – um conceito de Paulo Freire (2007). Neste texto, não queremos fazer uma lista exaustiva de todos eles, mas estabelecer uma ponte com a discussão da educação popular em saúde, trazendo para reflexão o *método Paulo Freire* como uma possibilidade de se entender a determinação social em saúde e identificar os fatores que interferem na saúde. Afinal, segundo o próprio Paulo Freire (2001), temos que ver o mundo como um todo e não somente um pedacinho fechado dele. Observem o esquema síntese a seguir:

No esquema anterior, observem em destaque a palavra *intervenção*. Não é à toa. Trata-se de um conceito que aparece tanto na educação popular, quanto na discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença. Os autores da determinação social defendem a ideia de que os fatores que levam ao adoecimento podem ser alterados por meio de *ações baseadas em informações (intervenções)* (Buss e Pellegrini-Filho, 2007). Nesse sentido, pensar em intervenções significa identificar os pontos por meio dos quais é possível minimizar os fatores que levam às iniquidades em saúde para os indivíduos ou populações. É, nesse ponto, que a *educação popular torna-se estratégica*.

Como dito, o conceito de *intervenção* também é abordado por Paulo Freire (2001) em seus escritos. Ele entende que as pessoas são sujeitos políticos, que não são determinados totalmente pela realidade, mas condicionados, influenciados por ela, e, por isso, individualmente ou em coletivo, podem se tornar protagonistas de uma mudança. Nesse sentido, a *intervenção* é entendida como uma *ação política*. De acordo com Paulo

Freire, o contrário da intervenção é a adequação, a acomodação com a realidade, sem contestá-la:

Se sonhamos com uma sociedade menos agressiva, menos injusta, menos violenta, mais humana, o nosso dever deve ser o de quem, dizendo não a qualquer possibilidade em face dos fatos, defende a capacidade do ser humano de avaliar, de comparar, de acolher, de decidir e, finalmente, de intervir no mundo. (Freire, 2001, p. 323)

E, complementamos, com a possibilidade de entender, refletir, avaliar e intervir no processo saúde-doença, enquanto usuário do SUS, profissional de saúde ou indivíduo.

É por isso que defendemos que as intervenções devem ser elaboradas *junto com a população* e não *para* a população, buscando a autonomia dos indivíduos e grupos. Compreender o processo de saúde-doença de um grupo social para saber como intervir, significa, em primeiro lugar, ouvir esse grupo e problematizar a realidade. Os conceitos e ideais da educação popular em saúde devem servir de referência para as intervenções a serem elaboradas. Por exemplo, no nosso município fictício de Tupi, se tentássemos delimitar o problema de saúde no qual desejaríamos intervir, além de coletarmos dados oficiais e ouvirmos os representantes da comunidade, seria importante propiciarmos momentos de encontro entre eles. Poderíamos aproveitar os espaços de encontro já existentes para que os membros da comunidade dialogassem entre si, aprendendo a estar com o outro, a fazer a análise crítica e, juntos, definir o melhor caminho a ser seguido. Afinal, “não há saber mais ou saber menor, há saberes diferentes” (Freire, 1987, p. 68).

Diante de todo problema de saúde, por mais complexo que seja, existe alguma forma de agir. A forma de entender e atuar sobre o processo saúde-doença deve ser dialogada e territorializada, não há uma receita pré-determinada de como agir.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en&nr_m=iso. Acesso em: 30 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf. Acesso em: 2 set. 2016.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nr_m=iso. Acesso em: 30 set. 2015.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. Carta do direito e do dever de mudar o mundo. In: SOUZA, Ana Inês. *Paulo Freire: vida e obra*. São Paulo: Expressão Popular, 2001. p. 317-326.
- _____. Pacientes impacientes. Apresentação de Ricardo Burg Ceccim. In: 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. p. 32-45. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 29 ago. 2016.
- MOREIRA, Márcia Chaves. *Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira*. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/handle/10074/10000>.

sitorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5569/1/000452446-Texto%2bCompleto-0.pdf. Acesso em: 29 ago. 2016.

SABROZA, Paulo. *Concepções sobre saúde e doença*. Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Saúde. Educação a distância. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=141&ext=.df&titulo=Concep%E7%F5es%20sobre%20Sa%FAde%20e%20Doen%E7a. Acesso em: 29 ago. 2016.

WHITEHEAD, Margaret. *The concepts and principles of equity and health*. EUR/ICP/RPD 414, 7734r.

Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

Referências filmicas e sonoras

DESIGUALDADE social. Composição: Rebitantes. Música, 2'2". Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/rebitantes/desigualdade-social.html>. Acesso em: 29 ago. 2016.

ENSINAR exige o reconhecimento de ser condicionado - Capítulo 2.2. Pedagogia da autonomia. Direção: André Azevedo da Fonseca. Vídeo, 8'52", color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aukGk88kqKQ>. Acesso em: 29 ago. 2016.

Cuidado, autonomia e emancipação

Ronaldo dos Santos Travassos

Quem cuida de quem?

Cuidar, cuidar de si e ser cuidado são atividades inerentes à vida, sendo indispensáveis para a sobrevivência do ser humano e da natureza. O ato de cuidar, portanto, favorece e contribui para tudo que mantém a vida do indivíduo e da coletividade.

O ser humano é um ser de cuidado; O ser nasce com este potencial, portanto, todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam, igualmente, de serem cuidadas. (Waldow, 2008, p. 89)

A relação estabelecida entre o cuidador e quem é cuidado é que define o processo de cuidar. O processo de cuidar tem intencionalidades e objetivos variados dependendo do momento, da situação e da experiência de cada um, consistindo em uma forma de viver, de ser, de se expressar. O ato de cuidar é um compromisso com o *estar no mundo*, de contribuir com o bem-estar geral, com a dignidade humana e com a nossa espiritualidade; é contribuir com a construção da história, do conhecimento, da vida (Coelho, 2005, p. 216). Assim, durante toda a vida e até mesmo quando não houver qualquer enfermidade, o cuidado humano estará sempre presente na forma de viver e na maneira das pessoas se relacionarem.

Outro modo de cuidar – promovendo a autonomia

Determinadas formas de cuidar submetem os indivíduos à dependência de iniciativas técnicas que não promovem a autonomia e os reduzem a corpos biológicos, sem considerarem os aspectos socioculturais. Neste

enfoque, os sujeitos sociais são vistos em uma única dimensão, que restringe o espaço do cuidado a aspectos individuais, o que dificulta qualquer iniciativa de relacionar o individual com o coletivo.

Um modo diferente de cuidar requer a compreensão de que a responsabilidade de cuidar do outro precisa valorizar as características dos sujeitos sociais em relação a seu contexto, sua história, sua cultura, visando estimular a iniciativa e a tomada de decisões das pessoas, fortalecendo a promoção do autocuidado. Portanto, o cuidado deve ser orientado por uma postura que respeite o modo como as pessoas vivem e que permita que os sujeitos possam também se responsabilizar pelo seu próprio cuidado.

Educação popular em saúde: uma proposta de autonomia para o ato de cuidar

Na educação em saúde são frequentes as orientações que recomendam mudanças de comportamento para lograr uma vida saudável. Esse tipo de prática educativa é geralmente autoritária, baseada em critérios técnicos selecionados pelos profissionais de saúde. A informação apresentada, embora aparentemente promova a autonomia individual pela

[...] escolha informada, acaba reduzindo em demasiado as possibilidades da independência pretendida, porque emergem carregadas de “verdades” da ciência, que são difíceis de contrariar. (Oliveira, 2011, p. 186)

Muitas vezes os determinantes sociais e culturais da saúde são negligenciados, individualizando os processos de adoecimento (Oliveira, 2011).

Viver bem se tornou uma exigência hoje, mesmo com os novos riscos que surgem com o desenvolvimento de um mundo cada vez mais complexo. A visão comportamental da educação em saúde concebe o sujeito como alguém que nada sabe sobre a vida saudável, e que não busca saídas. Desta maneira são intensificados os cuidados físicos para viver bem, para se manter saudável, desprezando os saberes e as experiências

acumuladas durante a vida. Ser autônomo nesta perspectiva é se cuidar pelas orientações técnicas, o que significa que a responsabilidade por estar bem é do próprio sujeito ao se proteger contra um estado de risco, seguindo a orientação dos profissionais de saúde a fim de estar em intensiva vigilância com o cuidado do corpo. Podemos perguntar, considerando esta prática: estamos diante de uma prática educativa em saúde de promoção do cuidado, ou os sujeitos estão sob os ditames dos padrões de comportamentos considerados saudáveis?

Para uma educação em saúde que busque o protagonismo do sujeito é necessária a escuta do outro, que é o sujeito do cuidado. Em uma prática de cuidado reflexiva entre quem cuida e quem é cuidado, ambos se tornam conhecedores sensíveis de seus desejos e podem neste ato se colocar um no lugar do outro (Oliveira, 2011), conforme o princípio da amorosidade que orienta a educação popular em saúde.

A convivência com *amorosidade* pressupõe a valorização do afeto como elemento estruturante da busca pela saúde e leva a um vínculo, uma compreensão mútua e uma solidariedade. [...] reafirmando a autonomia e ressignificando o cuidado em saúde. A prática da *amorosidade* pode estabelecer relações de confiança e acolhimento entre as pessoas, possibilita o conhecimento de dimensões importantes para a estruturação dialogada de práticas de cuidado que incorporam aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população. (Bornstein et al., 2013, p. 43-44; grifos nossos)

O ato de cuidar, orientado pelo princípio da amorosidade, será, portanto, construído de forma compartilhada pelos interesses comuns entre quem cuida e o sujeito do cuidado, como forma de promover a autonomia do sujeito com vista à sua emancipação, conforme os princípios que orientam a Política Nacional de Educação Popular em Saúde:

A *emancipação* é um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e dos grupos no sentido da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência, que ainda separam o país que temos do que queremos.

Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos radicalizam o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde na perspectiva do inédito viável. (Bornstein et al., 2013, p. 45; grifos nossos)

Assim, na educação popular em saúde o ato de cuidar está intrinsecamente relacionado à promoção da autonomia, à valorização do pensamento crítico, à reciprocidade e ao encontro entre quem cuida e o sujeito do cuidado.

Referências bibliográficas

- BORNSTEIN, Vera Joana et al. Educação popular em saúde e o protagonismo dos sujeitos sociais. In: SANTOS, Simone Agadir; WIMMER, Gert (org.). *Curso de Educação Popular em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2013, p. 36-47.
- COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar.-abr. 2005.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia Liedens Corrêa. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-188, jan.-fev. 2011.
- WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. *Aquichan*, Chía, Colômbia, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008.

O cuidado em saúde

Grasiele Nespoli

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Cuidar, de forma geral, significa atenção, zelo, responsabilidade. É uma ação fundamental para os laços afetivos que ligam uma família e/ou uma comunidade. Podemos considerar que o cuidado também é marcado por características sociais e históricas, uma vez que é a partir do que entendemos por saúde e por doença que organizamos nossas práticas de cuidado. Processos de adoecimento e práticas de cuidado sempre estiveram presentes nas comunidades humanas. As formas como são entendidos, no entanto, variaram no tempo e no espaço de acordo com as formas de vida e cultura de cada comunidade.

Uma pesquisa rápida em livros sobre comunidades antigas ou mesmo recentes, mas inseridas em culturas diversas da nossa, pode mostrar como distintos povos constroem variadas formas de entender o que é saúde e também produzem, conseqüentemente, diferentes formas de lidar com seus problemas de saúde. É claro que este entendimento recebe a influência dos modos como cada população constrói seu conhecimento e, portanto, não se assemelha aos significados próprios da ciência moderna, que são típicos da nossa cultura ocidental moderna.

Assim, por exemplo, os povos primitivos explicavam a doença com base em uma concepção que hoje chamamos mágica: o doente é vítima de demônios e espíritos malignos e compete ao feiticeiro ou xamã curá-lo, o que nesse contexto significa reintegrá-lo ao universo total do qual ele é parte (Scliar, 2005). No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia, e ainda segue, um percurso diferente, cujo ponto principal são as forças vitais que existem no corpo: essas forças,

[...] quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga) têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia (“chi”, na China; “prana”, na Índia) no corpo. (Scliar, 2007, p. 33)

Essas e outras concepções estão presentes em nossa sociedade. Por sua grande heterogeneidade e complexidade, as sociedades ocidentais atuais convivem com várias formas de entender a saúde e a doença e, conseqüentemente, várias formas de atuar sobre esta última. Entretanto, essas não constituem a forma principal com que lidamos com o processo saúde-doença em nossa cultura. O mundo ocidental tem, hoje, na metodologia científica, sua principal forma de construção e legitimação do conhecimento, e é nela que baseamos nosso entendimento e nossos modos de intervir sobre o adoecimento ou para a manutenção da saúde. A metodologia científica sustenta a concepção de saúde biomédica, que acaba sendo a concepção que dirige a organização e os procedimentos de cuidado nos nossos serviços de saúde.

Nesse sentido, o cuidado, no campo da saúde, acabou sendo circunscrito como uma ação que acontece especialmente em função da doença. Por isso, é comum atribuímos o cuidado aos profissionais da medicina, da enfermagem, da odontologia ou da psicologia, por exemplo. Ainda que o cuidado seja uma prática que extrapole o espaço da clínica e das terapêuticas médicas, é muito importante compreender que, mesmo nesses espaços, distintas concepções de saúde e doença organizam diferentes formas de se cuidar. Com isso, queremos agora refletir sobre algumas concepções de saúde e doença que orientam as práticas de saúde, para assim percebermos que existem disputas nos modos como organizamos o cuidado.

A medicina científica e o modelo biomédico

Como nos mostra Scliar (2007), na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve o entendimento da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. O cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas que administravam, inclusive, o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes.

Depois do período sombrio da Idade Média, marcado pela epidemia da peste negra (a peste bubônica) que dizimou cerca de um terço da população europeia, houve o movimento de renascimento das cidades, das artes e das ciências. Com isso, a partir do século XIV, a concepção cristã

medieval foi questionada, e a medicina, por meio da observação do corpo, isto é, do estudo da anatomia, ressignificou as formas de explicação das doenças. A medicina moderna passou a afirmar que a doença tem uma causa física (natural) e não transcendental. É no corpo que a doença se manifesta, alterando sua forma (morfologia) e seu funcionamento (fisiologia); e é sobre o corpo que a medicina deveria atuar, buscando uma intervenção que pudesse minimizar ou acabar com a patologia, entendida como uma anomalia.

Nesse contexto, o hospital deixou de ser um lugar de asilo e passou a ser um lugar de estudo e de intervenção médica. Os médicos entraram no hospital e começaram a separar os indivíduos de acordo com suas características: aqueles que tossiam deveriam ocupar a mesma ala, aqueles com feridas na pele deveriam ocupar outra ala, aqueles que possuíssem alguma deficiência física deveriam permanecer juntos, em outra ala. Com isso, a medicina moderna passou a classificar as doenças, e logo os indivíduos, de acordo com seus sintomas e sinais. O que era semelhante deveria ser agrupado, o que era diferente deveria ser separado. O hospital passou a ser então uma instituição terapêutica: espaço privilegiado de intervenção da clínica médica que, cada vez mais, se especializou.

Por sua vez, com o crescimento das cidades e do trabalho fabril, observou-se que as doenças também possuíam causas externas, relativas à forma como organizávamos o espaço físico e social. Aglomerados de casas, falta de rede de saneamento, lugares úmidos e sem ventilação, como as fábricas da época, passaram a ser considerados mais perigosos e insalubres. Nesse sentido, era preciso intervir também no corpo social.

Assim como as funções do corpo precisam ser integradas, também devem ser integradas as funções sociais, o que é papel do Estado. Cabe a ele prover os bens e serviços necessários para toda a sociedade. Entre esses serviços, está o cuidado da saúde pública. (Scliar, 2007, p. 47)

A saúde e o controle da população passaram a ser um problema para o fortalecimento do Estado e o saber médico tornou-se um importante aliado na busca de se intervir sobre essas questões. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgiu, por exemplo, o con-

trole de informações relacionadas à saúde, organizando o campo de estudo quantitativo das doenças na população, a epidemiologia. Nesse contexto, a medicina passou a considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos no processo saúde-doença da população, intervindo via autoridade governamental, não só sobre os ambientes urbanos, mas também sobre os costumes das famílias.

Com a ascensão do conhecimento científico e o desenvolvimento do olhar epidemiológico, esse processo deu aos médicos o direito de dizer a todos como devem se comportar. Além disso, o desenvolvimento das pesquisas biológicas permitiu a identificação de fatores etiológicos das doenças (os agentes que as causam) dando segurança às intervenções curativas dos médicos.

Podemos sublinhar três características importantes do saber médico que passaram a ser a base das ações de saúde tanto no corpo dos indivíduos, quanto no corpo social:

- 1) Em função da forma como se organiza a metodologia científica, focada na explicação da doença em sua dimensão puramente biológica, a saúde é reduzida a um funcionamento mecânico e o corpo é tratado em partes cada vez menores. Como consequência inevitável do aprofundamento no conhecimento dos pedaços do corpo, aparecem as superespecializações, tornando cada vez mais difícil para o médico ter uma visão integral dos pacientes;
- 2) A partir de dados estatísticos, são delimitadas situações de risco à saúde e constroem-se protocolos de atendimento comuns para cada tipo de doença ou agravo, ignorando-se os contextos sociais e as singularidades dos sujeitos;
- 3) As bases tecnicistas do saber médico fortalecem a dependência tecnológica nos processos de cuidado, do diagnóstico à terapêutica, descaracterizando o exame clínico e a relação médico-paciente. Além disso, favorecem o complexo médico-industrial da saúde e sua lógica eminentemente capitalista.

Com isso, o cuidado no âmbito das práticas médicas modernas se reduz a uma intervenção física ou química sobre o corpo, como uma cirurgia ou a

prescrição de um medicamento, ou a uma intervenção sobre o espaço, como a abertura de uma rua ou a retirada de cortiços, cemitérios e matadouros, lugares considerados insalubres e perigosos, do centro de uma cidade. O modelo biomédico, ao longo do tempo, fortaleceu a medicalização da vida e uma lógica que intensifica o uso de tecnologias nos processos de cuidado. Além disso, é caracterizado por ser um modelo curativista e hospitalocêntrico que age, muitas vezes, quando a doença já está avançada e por meio de tecnologias que elevam o custo do sistema de saúde.

As práticas tradicionais e os saberes populares

Entre os índios Sarrumã, que vivem na região da fronteira entre Brasil e Venezuela, o conceito de morte por causa natural ou mesmo por acidente praticamente inexistente: sempre resulta da maldição de um inimigo. Ou, então, conduta imprudente: se alguém come um animal tabu, o espírito desse animal vingava-se provocando doença e morte. (Scliar, 2005, p. 14)

Diferentemente do saber da medicina científica moderna, que se caracteriza por uma forma sistemática de produção de conhecimento que busca explicar, por métodos controlados, as causas dos fenômenos da saúde e da doença, os saberes e práticas tradicionais e populares de cuidado nascem de forma espontânea, com base em experiências que organizam formas de cuidado. Os saberes e práticas de cuidado são tradicionais e populares porque se originam em culturas de diferentes povos, comunidades e grupos sociais.

Existem muitas medicinas mundo afora, para além da hegemônica, como a medicina tradicional chinesa, a medicina indiana Ayurveda, a medicina Unani do sul asiático, a homeopatia e as diferentes medicinas indígenas. Cada medicina tem seus próprios fundamentos e filosofia, isto é, seu próprio sistema de compreensão e de atuação sobre os problemas de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a medicina tradicional se refere às práticas, abordagens e crenças que incorporam produtos de

origem vegetal, animal e mineral, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados isoladamente ou em combinação e que visam tratar, diagnosticar e prevenir doenças ou manter o bem-estar.

No Brasil, conservamos saberes e práticas que possuem origem na medicina tradicional indígena, mas também misturamos saberes oriundos de outras culturas, africanas e europeias, gerando o que podemos chamar de práticas populares de cuidado. Podemos considerar que as práticas de medicina popular resultam

[...] de uma enorme mistura de informações, especialmente sobre as virtudes dos produtos naturais e inúmeros procedimentos de cura que foram se incorporando no conhecimento da população ao longo do tempo e que representam um conhecimento disseminado e impossível de ser reconhecido quanto a sua origem. (Di Stasi, 2007, p. 60-61)

Rituais de cura como rezas, feitiços, benzeduras, simpatias e uso de plantas medicinais são comuns em nossas populações. Quem nunca tomou ou ouviu falar da eficácia do chá de erva-doce para aliviar a cólica, ou de quebra-pedra para acabar com o cálculo renal? Ou colocou arruda em casa para “espantar maus olhados”? Ou orou para a saúde de uma pessoa querida? Ou ouviu falar de uma simpatia para acabar com as verrugas?

As práticas populares consideram que o processo de adoecimento possui dimensão física, social e espiritual, e mostram que o cuidado não é próprio dos profissionais de saúde, e sim uma prática que acontece na relação entre os homens – homens que vivem em diferentes territórios, como os caçaras da Mata Atlântica, os ribeirinhos do Norte, os quilombolas, os assentados e acampados do movimento de trabalhadores sem-terra que se espalham pelo país.

Um conhecimento comum nas práticas tradicionais e populares de cuidado é o uso de recursos naturais nos processos de tratamento e cura das doenças, especialmente o uso das plantas. O saber sobre as plantas se consolidou com as experiências com a natureza “realizadas pelo homem em seu próprio corpo” (Di Stasi, 2007, p. 64). Pela experiência o homem associou o sabor amargo ao remédio (Scliar, 2005) e soube que a

dose é o limite entre o remédio e o veneno; em excesso as plantas podem se tornar tóxicas e danosas.

Outra prática popular importante foi preservada, por séculos, pelas parteiras e pelos índios: o parto natural. É impressionante como prevalece hoje, especialmente no Brasil, o parto por cesariana. O resultado da pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, publicada em 2014, mostrou que 98% dos partos acontecem em hospitais e que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, embora o parto devesse ser tratado como um acontecimento natural da vida. A pesquisa afirma que esse tipo de parto é muitas vezes desnecessário e expressa a hipermedicalização da maternidade. A medicina científica desnaturalizou o parto. Hoje o ato de nascer está cercado por procedimentos técnicos e equipamentos usados supostamente para aumentar a segurança da mãe e do bebê, mas antes da hegemonia da medicina científica, o parto fazia parte do cotidiano das famílias e eram as parteiras, geralmente mulheres, que cuidavam do nascimento.

O quantitativo de cesarianas que acontecem no Brasil e o uso excessivo de medicamentos sintéticos, isto é, produzidos artificialmente em laboratórios, revelam a hegemonia da medicina científica que se consolidou na segunda metade do século XX. Nesse contexto, as práticas populares foram duramente combatidas e interpretadas pelos médicos como charlatanismo ou fruto da ignorância das classes pobres. Seus praticantes, chamados genericamente de bruxos e feiticeiros, foram perseguidos e criminalizados, principalmente nas grandes cidades.

A medicina científica tentou retirar esses saberes da população e disseminar hábitos e práticas próprios de sua racionalidade tecnológica e hospitalar, reservando o exercício das práticas de tratamento e cura aos médicos formados e reconhecidos pelo Estado. Porém, as práticas populares de saúde resistiram porque são valorizadas pela população por seus efeitos benéficos para a saúde e por estarem integradas à vida comunitária.

A ciência, todavia, passou a investigar e a explicar os mecanismos de funcionamento e os efeitos dessas práticas no processo saúde-doença. Enquanto pajés, curandeiros e benzedeiros elaboram explicações mágicas e religiosas sobre seus rituais, cientistas os interpretam como fenômenos que operam por mecanismos *psicológicos* (como a indução hipnótica ou a autossugestão), *bioquímicos* (como aqueles decorrentes do

uso de plantas medicinais), e/ou *físicos* (como o banho de sol, o uso de águas minerais ou determinado exercício corporal). Com o tempo, houve uma alteração da visão sobre os saberes tradicionais e populares e alguns passaram a ser reconhecidos e incorporados pela medicina científica, o que inclusive assegurou sua legitimidade perante a população (Carvalho, 2005).

Decerto, a medicina científica se mantém hegemônica, mas as práticas populares de cuidado ocupam um lugar importante e possuem valor inestimável, por isso, precisamos reconhecê-las. Reconhecer os saberes tradicionais e populares é uma forma de retomar a relação do homem com a natureza e com todos os demais aspectos que organizam a vida nos territórios. Os índios têm muito a nos ensinar sobre as plantas medicinais e seus rituais de pajelança. As parteiras muito a nos dizer sobre a experiência do nascimento. Os benzedeiros e raizeiros, sobre rezas e raízes. Os religiosos, sobre como a experiência espiritual ajuda a construir sentidos e significados para a vida e como mobiliza os sujeitos para a “difícil tarefa de reorganização do viver exigida para a conquista da saúde” (Vasconcelos, 2009, p. 325).

Práticas integrativas e complementares de saúde

Um movimento importante de valorização das práticas tradicionais de cuidado foi inaugurado no final dos anos 1970, quando a OMS instituiu o Programa de Medicina Tradicional que propunha a integração das práticas tradicionais e complementares nos sistemas de saúde. Nesse momento, a OMS reconheceu que

[...] grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, tendo em vista que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas. (Brasil, 2006, p. 11)

Vale lembrar que o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, registrou o discurso sobre a importância de se introduzirem

as práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, “possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (Brasil, 1986, p. 11).

O processo de reconhecimento e valorização das medicinas tradicionais teve como importante marco a publicação, em 2002, da Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (Pnaspi), que prevê a “adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde” (Brasil, 2002, p. 6). A Pnaspi considera que:

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde. (Brasil, 2002, p. 17)

Nesse sentido, os trabalhadores da saúde não devem simplesmente transferir conhecimentos e tecnologias biomédicas, e sim reconhecer e integrar os saberes dos povos indígenas na organização dos serviços e ações de saúde, como “o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional” (Brasil, 2002, p. 18).

Outro avanço aconteceu em 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que

[...] atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia. (Brasil, 2006a, p. 4)

A PNPIC contempla sistemas complexos e recursos terapêuticos de medicina tradicional e complementar. Esta última “se refere ao conjunto de práticas de cuidado em saúde que não são parte da tradição própria do país e não são integradas dentro do sistema de saúde dominante” (Brasil, 2012, p. 18). Esses sistemas primam por uma “visão ampliada do processo saúde-doença” e voltam-se para “a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (Brasil, 2006a, p. 13).

Práticas integrativas e complementares
<p>Medicina tradicional chinesa</p> <p>Caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso e a observação da face e da língua, em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).</p>
<p>Homeopatia</p> <p>Sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C., a homeopatia foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras <i>Organon da arte de curar e Doenças Crônicas</i>. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoît Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.</p>

<p>Fitoterapia</p> <p>É uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal" (Brasil, 2006a). O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para o tratamento de diferentes doenças.</p>
<p>Termalismo</p> <p>Compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.</p>
<p>Crenoterapia</p> <p>Consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.</p>
<p>Medicina Antroposófica (MA)</p> <p>Apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do parecer nº 21/1993 do Conselho Federal de Medicina, em 23 de novembro de 1993. Entre os recursos que acompanham essa abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrada ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.</p>

Fonte: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (2006 a).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, publicada também em 2006, incentiva o uso de plantas medicinais oriundo de saberes populares, com o objetivo de

[...] garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. (Brasil, 2006b, p. 20)

A política afirma que o Brasil possui rica biodiversidade e um amplo potencial para pesquisas capazes de gerar conhecimentos e métodos terapêuticos para a solução de muitas doenças. De suas diretrizes, ressalta-se a de “promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros” (Brasil, 2006b, p. 28).

Na sequência, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em 2008; uma lista que reúne 71 espécies que possuem potencial terapêutico, em 2009; e a Farmácia Viva,¹ em 2010, que

[...] no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, realizará todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos. (Brasil, 2012, p. 31)

O desafio do SUS agora é implementar essas políticas e integrar as práticas tradicionais e populares de *cuidado* no cotidiano dos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de assistência, como uma forma de minimizar o processo de medicalização e tecnificação produzido pela biomedicina, recuperando a relação do homem com as práticas naturais de cuidado.

¹ "As Farmácias Vivas foram concebidas há quase três décadas como um projeto da Universidade Federal do Ceará (UFC), a partir dos ideais do professor Dr. Francisco José de Abreu Matos de promover a assistência social farmacêutica às comunidades, baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), com ênfase àquelas voltadas aos cuidados primários em saúde, e diante da observação de que boa parte da população do Nordeste do Brasil não tinha acesso aos serviços de saúde, utilizando plantas da flora local como único recurso terapêutico" (Brasil, 2012, p. 99).

A importância da educação popular para repensar o cuidado em saúde

Um dos fundamentos da educação popular em saúde é o reconhecimento do valor dos saberes populares – e para reconhecer é preciso antes conhecer. Conhecer não significa simplesmente assimilar e aceitar, mas estranhar, questionar e, se possível e necessário for, transformar. Porém, transformar construindo junto outros saberes e não trazendo outros saberes prontos e ditando formas de comportamento. Para Paulo Freire:

A sabedoria parte da ignorância. Não há ignorantes absolutos. Se num grupo de camponeses conversarmos sobre colheitas, devemos ficar atentos para a possibilidade de eles saberem muito mais do que nós... O saber se faz através de uma superação constante. O saber superado já é uma ignorância. Todo ser humano tem em si o testemunho do novo saber que já anuncia. Todo saber traz consigo sua própria superação. Portanto, não há saber nem ignorância absoluta: há somente uma relativização do saber ou da ignorância. (1979, p. 15)

Nesse sentido, as ações de educação popular devem promover relações entre os saberes científicos, tradicionais e populares, de forma a compreender cada um no seu contexto de uso e experimentação. É fundamental fortalecer o cuidado como uma prática integrativa. Todo saber deve ser conhecido, questionado e reconhecido na medida em que promove cuidado. Nessa perspectiva, a educação popular deve ser considerada

[...] uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular. [...] Neste sentido, a educação popular tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo na superação do biologicismo, autoritarismo do doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e

da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais, que dominam na medicina atual. É, assim, um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população. (Vasconcelos, 2009, p. 326-327)

Além disso, devemos considerar que as práticas integrativas e complementares podem enriquecer a dimensão do cuidado nos processos terapêuticos, elaborando outras leituras sobre as doenças e as formas de se promover saúde. Essas leituras podem ser incentivadas pelas ações de educação popular nos territórios, nos quais podemos promover a integração das práticas de cuidado.

Vale pensar, principalmente, o cuidado como uma prática que deve ser estendida para todo o território. O cuidado não pode ser uma resposta somente às doenças, é preciso compreendê-lo como uma ação cotidiana que envolve todos os trabalhadores da saúde. O cuidado acontece em diversos espaços: nas visitas domiciliares, nas praças, nas ruas, nas igrejas, centros comunitários... Não é uma ação restrita ao espaço do consultório. Enquanto trabalhadores da saúde, devemos cuidar do outro, de nós e de tudo o que nos envolve.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 29 mar. 2016.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Funasa, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalidade e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo – 1950 a 1980*. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

DI STASI, Luiz Claudio. *Plantas medicinais: verdades e mentiras*. São Paulo: Editora Unesp, 2007.

FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Traditional medicine*. Genebra: WHO, [s.d.]. Disponível em: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/. Acesso em: 30 ago. 2016.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social – trajetória da saúde pública*. São Paulo: Editora Senac SP, 2005.

_____. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

VASCONCELOS, Eymard. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Caderno Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009.

Reflexão sobre a experiência do processo formativo

“Sou feito de retalhos. Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior... Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... que me tornam mais pessoa, mais humano, mais completo.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigado a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias. E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de ‘nós’”.

Cora Coralina

Após o processo formativo, consideramos de grande importância que os educandos e educadores dediquem-se à reflexão sobre o que foi vivenciado coletivamente. Entendemos que o propósito aqui – muito mais do que uma avaliação que gire em torno dos conteúdos apresentados, como um fim em si mesma – é permitir que os participantes possam debater a experiência formativa como um todo e como ela contribuiu para a reflexão e as possíveis transformações da prática profissional a partir da perspectiva da educação popular em saúde. Para tanto, sugerimos que sejam retomadas as expectativas iniciais dos educandos, e que seja realizado um evento no qual possam confluír diversas histórias, práticas e

saberes compartilhados e construídos coletivamente ao longo do período de formação.

Sugestão de atividades

Carta sobre a experiência

Se no início do processo formativo foi solicitada a elaboração de uma carta de expectativas, agora, chegando ao final, é importante retomá-la para pensar se as expectativas iniciais foram alcançadas. Por isso, sugerimos a elaboração de uma nova carta relatando toda a experiência vivida, o que foi identificado como favorável e o que foi desfavorável. Esperamos que ela colabore para a avaliação do conhecimento compartilhado e consolidado, em especial sobre a relevância dele para sua prática profissional e formação humana.

Avaliação da trajetória do processo formativo

A avaliação é uma etapa fundamental do processo pedagógico. Ela pode ser processual, realizada em momentos pactuados, possibilitando uma reflexão sobre o que foi feito até então e garantindo que a trajetória formativa siga de acordo com a proposta pedagógica. Quando feita ao final, deve contemplar uma leitura de toda a experiência. De forma geral, avaliar implica atribuir valores ao que estamos fazendo. Nesse sentido, propomos que a forma de avaliação seja construída coletivamente e que considere aspectos como:

- Trajetória formativa;
- Material didático;
- Relação entre educador e educando;
- Relação entre os educandos;
- Organização das atividades, comunicação e pactuações;

- Relação entre os conteúdos abordados e o processo de trabalho;
- Sequência de atividades;
- Material de apoio.

Mostra de experiências de educação popular

No momento de encerramento, sugerimos que seja realizada uma mostra local, regional ou estadual, cujo tema pode ser escolhido pelos participantes. É importante que o evento seja organizado tomando como referência os trabalhos realizados ao longo da trajetória formativa. Podem compor a mostra: manifestações culturais, alimentação e gastronomia, práticas populares de cuidado, atividades educativas, registros imagéticos, fotográficos e audiovisuais, entre outros elementos que educandos e educadores considerem pertinentes e significativos.

Algumas orientações para o planejamento da mostra:

- A mostra deve revelar a diversidade de experiências da educação popular em saúde, seja no cuidado, na formação, na gestão, na participação ou no controle social;
- É importante garantir o debate entre as experiências e as práticas;
- A organização deve ser compartilhada, desde seu planejamento até sua implantação;
- Devem ser definidos e mobilizados parceiros, não só para garantir os instrumentos para a realização da mostra, mas também para que participem dela atores sociais para além daqueles que fizeram parte das atividades, fortalecendo o diálogo com as experiências e instituições da gestão, da formação e do controle social, entre outros;
- É preciso pensar estratégias de comunicação e divulgação para que haja a mobilização pretendida dos conjuntos de trabalhadores e atores implicados com a saúde;

- Devem ser definidas formas de registro e sistematização do evento, por meio de fotos, filmagens, relatório e outros instrumentos.

Biografias:

Bianca Borges da Silva Leandro

Sanitarista, bacharel em Saúde Coletiva (UFRJ), técnica de nível médio em Gestão em Serviços de Saúde (EPSJV/Fiocruz) e Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Atualmente é tecnologista em saúde pública na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e pesquisadora-colaboradora do Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos da Ensp/Fiocruz.

Cátia Guimarães

Jornalista, especialista em Comunicação e Saúde, Mestre em Comunicação e Cultura e Doutora em Serviço Social. Servidora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Atua no setor de comunicação, com jornalismo público.

Elomar Castilho Barilli

Bióloga, Mestre em Engenharia Biomédica (Coppe/UFRJ) e Doutora em Sistemas Computacionais em Engenharia (Coppe/UFRJ). É especialista em Gestão do Conhecimento e Inteligência Empresarial (Crie/Coppe/UFRJ) e em Planejamento e Gestão de Educação a Distância (UFF/UAB). Foi responsável pelo Núcleo de Avaliação e Pesquisa do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdPopSus), realizado em parceria com o Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e a Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Atualmente é pesquisadora titular em Saúde Pública da Fiocruz, atuando na Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância e como docente do curso de pós-graduação stricto sensu em saúde pública, coordenando a disciplina Introdução às Práticas Docentes em Saúde Coletiva na Ensp/Fiocruz. É parecerista da revista Trabalho, Educação e Saúde (EPSJV/Fiocruz) e da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (Fapema).

Etel Matiello

Educadora popular, cozinheira e aromaterapeuta, com graduação em Nutrição, especialização em Saúde da Família e mestrado em Saúde Pública (Universidade Federal de Santa Catarina). É tecnologista no Ministério da Saúde, educadora e apoiadora do Coletivo de Saúde do MST e da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde desde 2003.

Eymard Mourão Vasconcelos

Médico, especialista em saúde pública e medicina interna, Mestre em educação, Doutor em medicina tropical e Pós-doutor em saúde pública. Coordenador nacional da Rede de Educação Popular e Saúde. Pesquisador do Projeto de Pesquisa e Extensão VEPOP-SUS - Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS.

Gracia Maria de Miranda Gondim

Arquiteta Urbanista, Doutora em Ciências da Saúde (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora em Saúde Pública na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Docente do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (EPSJV/Fiocruz), e pesquisadora convidada da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como docente, reflete e escreve sobre: território e saúde, territorialização em saúde, vigilância em saúde e modelos de atenção.

Grasiele Nespoli

Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e em Comunicação em Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj) e Doutora em Educação em Ciências e Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (Nutes/UFRJ). Pesquisadora em Saúde Pública do Laboratório de Educação Profissional em Atenção em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

(EPSJV/Fiocruz) e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss/CNPq).

Ieda Barbosa

Enfermeira e Obstetra pela Universidade do Rio de Janeiro, e Mestre em Políticas Públicas e Formação Humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Atualmente é tecnologista da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Tem experiência na área de Ciência Política, com ênfase em Políticas Públicas, atuando principalmente na coordenação, ensino e formação de técnicos na área de saúde.

Irene Leonore Goldschmidt

Farmacêutica Bioquímica, com especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e mestrado em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), trabalha com formação de trabalhadores técnicos de saúde desde 2002. Participou da coordenação estadual do EdPopSUS 1 no Rio de Janeiro e agora integra a coordenação nacional do EdPopSUS 2.

Islany Costa Alencar

Nutricionista, graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado, pela UFPB/Cefor/SES-PB. Mestranda em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, na linha de pesquisa em Educação Popular da UFPB. Coordenadora da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop).

Julio Alberto Wong-Un

Médico. Mestre e Doutor em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde e Sociedade, da Universidade Federal Fluminense (UFF). Idealizador do Blog Rua Balsa das 10. Coordenador do Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Abrasco.

Luanda de Oliveira Lima

Socióloga (IFCS/UFRJ) e Mestre em Sociologia e Antropologia pelo PPGSA/UFRJ; especialista em Gênero e Sexualidade pelo IMS/Uerj. Participou do Núcleo de Avaliação e Pesquisa do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdPopSus), realizado em parceria com o Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/ Fiocruz) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Atuou como professora do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde da EPSJV/Fiocruz. Trabalhou como avaliadora educacional na Gerência de Pesquisa e Avaliação do Senac/DN. É integrante da Aneps-RJ e coordenadora estadual do Ed-PopSUS II no Estado do Rio de Janeiro.

Márcio Sacramento

Biólogo, com doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente. Atualmente é pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e professor da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro. Tem experiência nas áreas de Educação e Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e Meio Ambiente.

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos

Médico, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professor do Departamento de Promoção de Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), aluno de doutorado do Curso de Pós-Graduação em Educação da UFPB, linha de pesquisa Educação Popular.

Marísia Oliveira da Silva

Psicóloga, Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora do Departamento de Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Coordenadora do Projeto de Extensão Para Além da Psicologia Clínica Clássica.

Maurício Monken

Geógrafo (Uerj), Especialista em Impactos Ambientais (Coppe/UFRJ), Mestre em Planejamento Urbano e Regional (Ippur/UFRJ) e Doutor em Ciências da Saúde (Ensp/Fiocruz). Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Pedro Cruz

Graduado em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com mestrado e doutorado em Educação, ambos na linha Educação Popular da UFPB. Professor Adjunto-A do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Coordenador do grupo de pesquisa em Extensão Popular - Extelar (CNPq/UFPB) e do grupo de pesquisa Inéditos Viáveis em Educação Popular (GIV), sendo ainda membro do grupo de pesquisa Educação Popular em Saúde (CNPq/UFPB). É associado da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), na qual é membro do grupo de trabalho de Educação Popular em Saúde. Trabalha na coordenação do programa de extensão Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (Pinab), do DPS/CCM e DN/CCS da UFPB. A ênfase de sua atuação se dá na área de educação popular, promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional em comunidades, bem como na extensão popular e formação universitária em saúde. Tem experiência na área de Extensão Universitária e Nutrição em Saúde Pública, com ênfase em educação popular e saúde.

Ronaldo dos Santos Travassos

Pedagogo, especialista em Educação em Saúde Pública. Mestre e Doutor em Educação. Professor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e coordenador nacional do EdPopSUS 2.

Vera Joana Bornstein

Assistente Social, Mestre em Administração em Saúde, Doutora em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Professora-pesquisadora na Escola

Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Coordenadora nacional e membro do comitê gestor do EdPopSUS 2. Participante da Aneps-RJ, do Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Abrasco e da Rede de Educação Popular em Saúde.

Este livro foi impresso pela Gráfica e Editora
Formulários Contínuos e Etiquetas F&F, para
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em
janeiro de 2017. Utilizaram-se as fontes Lido STF CE e Han-
dlee na composição, papel Offset LD 90g/m² para o miolo e
Triplex LD 250 g/m² para a capa.