

SÉRIE EDUCAÇÃO POPULAR & SAÚDE

EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE

*Dispositivos pedagógicos e práticas
lúdicas de aprendizagem na saúde:
a caixa de ferramentas nas
relações de ensino e aprendizagem*



Organizadores:
Vanderléia Laodete Pulga
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Oswaldo Peralta Bonetti
Etel Matiello
Alcindo Antônio Ferla

editora



redeunida

Vanderléia Laodete Pulga
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Osvaldo Peralta Bonetti
Etel Matiolo
Alcindo Antônio Ferla
ORGANIZADORES

Série Educação Popular & Saúde

EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE

Dispositivos pedagógicos e práticas
lúdicas de aprendizagem na saúde:
a caixa de ferramentas nas
relações de ensino e aprendizagem

1ª Edição
Porto Alegre
2020

editora

redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Ángel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Héider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres
Gabriel Calazans Baptista

A Série Educação Popular & Saúde é destinada à publicação de textos autorais com narrativas, ensaios teóricos e empíricos, pesquisas, relatos reflexivos e analíticos de experiências, assim como reflexões com diversidade de linguagens, no âmbito da saúde, das políticas públicas, da educação e do trabalho em saúde e dos movimentos sociais.

A produção teórica que compõem os livros deverá contribuir para a reflexão sobre as conexões entre a educação popular e a formação em saúde, a indução de práticas colaborativas e do caráter interprofissional na formação e no trabalho em saúde e a qualificação das iniciativas de formação no Sistema Único de Saúde (SUS). As análises deverão abordar o estado da arte do conhecimento científico e, também, o cotidiano, com ênfases no instituído (o que já está no escopo do conhecimento válido) e, também, no cotidiano (os saberes que fazem artesanias para resolver os problemas do dia-a-dia) e que tem desfechos e resultados construtivos. As produções deverão observar os seguintes eixos: bases e referenciais teórico conceituais e metodológicos da interface educação popular & saúde; dimensões da educação popular e saúde e as múltiplas linguagens; educação popular e saúde e a integralidade do cuidado; Educação Popular e Saúde e gestão participativa, participação e controle social.

A Educação Popular em Saúde mobiliza a produção compartilhada de conhecimentos para transformar situações ou problemas que, por sua vez, suscitam questionamentos, indagações para promover o diálogo entre as perguntas que surgem do cotidiano e as construções em diversas formas de conhecimento. Conecta territórios de afeto e luta no compartilhamento de saberes e práticas na construção e transformação para um país e mundo nos quais as diversidades sejam ouvidas na produção de comuns que cuidam de todos os seres no planeta. Tece redes dialógicas de afeto, implicação e amorosidade, de articulação, organização, lutas e produção de saberes e conhecimentos que emergem do cotidiano das experiências e de processos vividos em diálogo com outros saberes historicamente acumulados, na perspectiva de produções inovadoras para a compreensão, análise e resolução de situações limites, a fim de construir os inéditos viáveis para suas superações. Promove o encontro, a articulação dialética e a mediação entre os saberes populares e científicos, propiciando novas possibilidades, saberes e desafios. Propõe modos de viver e produzir conhecimentos, valorizando e reconhecendo as experiências de vida das pessoas, seus saberes, culturas e modos de cuidado, integrando o conhecimento científico numa perspectiva ética e crítica, não colonizadora.

Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Arte da Capa

Julie Rossato Fagundes e Marcelo Araújo

Arte Interna

Julie Rossato Fagundes

Revisão

Gigi Castro

Responsáveis pela Série

Vanderléia Laodete Pulga, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Vera Lúcia de Azevedo Dantas, José Ivo dos Santos Pedrosa.

Projeto Educação Popular, Equidade e Saúde

Capacitação e Mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

Apoio

Ministério da Saúde

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

P981d	Pulga, Vanderléia Laodete (org.) <i>et al.</i> Educação Popular, Equidade e Saúde - Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem / Organizadores: Vanderléia Laodete Pulga, Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Osvaldo Peralta Bonetti, Etel Matielo e Alcindo Antônio Ferla. -- 1. ed. -- Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2020. 307 p. : il. -- (Série Educação Popular & Saúde) ISBN: 978-65-87180-01-4 DOI: 10.18310/9786587180014 1. Aprendizagem na Saúde. 2. Educação Popular. 3. Equidade. 4. Saúde Coletiva. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.
20-30180002	CDD 613:370.115 CDU 614:372.832

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Saúde; Educação popular, Educação para responsabilidade social
2. Saúde Pública; educação e cidadania.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br





PREFÁCIO I

EDUCAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: UMA CAIXA DE FERRAMENTAS PARA NOVAS SAÚDES, MAIS VIDAS E OUTROS MUNDOS VIÁVEIS

Alcindo Antônio Ferla
Maria Luiza Jaeger

Prefaciар este livro nos é muito prazeroso e motivo de muito orgulho com a iniciativa. Aprendemos muito com a leitura dos textos que o compõe. Mas, antes, aprendemos muito com suas autoras e seus autores. As pessoas que registraram seus pensamentos e os estão compartilhando aqui pertencem àquelas que têm presença constante nas nossas vidas, por amorosidade e compartilhamento de diversos percursos, sempre na defesa de cada vida, de todas as formas de existência, de um sistema de saúde que saiba cuidar, de uma formação técnica e profissional que mobilize razão e emoção, técnica e vínculo, ética e responsabilidade sobre o cuidado. O cuidado aqui não se resume às ações e procedimentos que o adoecimento e/ou o risco requerem. Significa tornar possível a existência plena de cada um, em cada momento de sua vida. E, definitivamente, existir com plenitude exige muitas saúdes. Ou seja, foi intenso e muito feliz nosso encontro com cada uma e cada um dos autores nos seus textos, nas lembranças que nos evocaram, no *esperançamento* que nos produziram.

O *esperançamento* freireano, aquele que ativa o sonho e a vontade de lutar, que tira do lugar de inércia e acende o desejo de transformar o mundo. Mas é também o *esperançar* como dimensão ontológica: “Eu sou esperançoso porque não posso deixar de ser esperançoso como ser humano” (FREIRE, 2018). Ter esperança de mundos melhores e lutar por eles é parte da nossa existência, como humanos. Renovamos nossa capacidade de produzir novas vidas, mais justas. Mas renovamos também nossa indignação com a omissão e os fascismos que vivemos no cotidiano. Com o esvaziamento dos direitos das pessoas e coletividades, com a asfixia que a maquinaria do governo e de parte da sociedade impõe às pessoas por decorrência da sua condição econômica, da sua raça, da sua etnia, das características próprias de sua cultura e da sua ancestralidade. Os fascismos que povoam nosso cotidiano, que se projetam sobre

*“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo *esperançar*; porque tem gente que tem esperança do verbo *esperar*. E esperança do verbo *esperar* não é esperança, é *espera*. *Esperançar* é se levantar, *esperançar* é ir atrás, *esperançar* é construir, *esperançar* é não desistir”!*

(Paulo Freire)

as diferenças do viver, produzindo políticas da morte, como necropolítica (MBEMBE, 2016), em que submeter ao sofrimento e à morte produz gozo àqueles que o fazem, frente a uma apatia imobilizante da sociedade como um todo.

Por isso, a artesanaria da esperança é fundamental. A esperança é ontológica, inclui a luta determinada e pode ser produzida: “A esperança não floresce na apatia. Cabe ao pedagogo, ao filósofo, ao político, aos que estão compreendendo a razão de ser da apatia das massas — e às vezes da apatia de si mesmos — a briga pela esperança” (FREIRE, 2018). A esperança é aprendizagem, não como erudição, mas como produção de autonomia. A aprendizagem como condição de autonomia é produção de si, da relação pedagógica e da imagem do outro e do mundo em que vivemos. Pedagogia da autonomia é produção de liberdade (FREIRE, 2001). Essa é uma liberdade compartilhada. Também é freireana a expressão de que ensinar e aprender mantêm entre si relações de dialogicidade: aprendemos ao ensinar e ensinamos ao aprender. Nas palavras do próprio Freire: “Eu sou responsável na minha prática educativa no sentido de ajudar-me e ajudar os outros a ser mais. E não é possível ser mais sem libertação. Então, a pedagogia da libertação é profundamente responsável” (FREIRE, 2016).

Nos capítulos do livro, há uma aliança forte entre o lúdico e o pedagógico, como dispositivos de uma “caixa de ferramentas” para os fazeres da Educação Popular. Esse é um aspecto importante e mobilizador. Pensar teorias, saberes, conceitos e métodos como “ferramentas” de uma “caixa de aquisições” que se vai organizando ao longo da vida, ora acrescentando novas que foram sendo produzidas no caminho, ora dispensando algumas que não têm mais uso e pesam no percurso, é uma imagem interessante para pensar numa educação libertária e libertadora. As aquisições da caixa de ferramentas (teorias, conceitos...) são para funcionar! Os saberes e os fazeres da vida são assim. Numa conversa sobre os intelectuais e o poder, Michel Foucault e Gilles Deleuze (FOUCAULT, 1986) dizem dessa “caixa de ferramentas” que articula, mas que também pode ajudar a desarticular as relações entre o conhecimento da ciência e o poder que ele exerce no cotidiano, com uma formulação sobre a teoria e a prática. As teorias (os conhecimentos, os saberes, as técnicas...) são como uma caixa de ferramentas: “É preciso que sirva, é preciso que funcione” (p. 71). Teorias e práticas alcançam sempre seus limites, como se fossem muros, e uma precisa da outra para explodir o muro e seguir adiante. Há relações de transversalidade entre as teorias e as práticas.

Entre outros resultados, a articulação entre os saberes e práticas — ou o uso

adequado das ferramentas armazenadas na caixa, para manter a imagem que já está construída — produz efeitos na produção de novas linguagens. A descolonização da linguagem é fundamental para a aprendizagem como diálogo. Para pensar em formas de emancipação e liberdade, portanto para pensar na fecundação da democracia na sua dimensão institucional e de relações, é preciso inventar formas de dizer o que se quer dizer. A linguagem não é isenta. Paulo Freire utiliza-se do debate para falar da libertação do lugar da professora, que não é “tia”, não por estar impedida de incluir amorosidade e acolhimento no seu trabalho, mas por não colonizar o trabalho. A linguagem é relevante na produção estética da aprendizagem e das relações cotidianas, e isso não inclui apenas as palavras pronunciadas:

“Em primeiro lugar, a gente tem de reconhecer que a linguagem é uma produção social, com uma presença individual nessa produção social. Segundo, é precisamente por isso que a linguagem é corpo ideológico. Não é possível pensar em linguagem sem ideologia e sem poder. Terceiro, a própria gramática nasce historicamente como uma regulamentação do poderoso, de quem tem poder” (FREIRE, 2016).

Assim, o lúdico e o pedagógico, neste livro, não são exatamente ferramentas isoladas. Diríamos que compõem compartimentos em que diversas ferramentas são armazenadas para serem sacadas, no seu tempo, e postas a funcionar. E funcionam, nas experiências relatadas e nas reflexões registradas no livro, para produzir novos mundos onde as existências de pessoas e coletivos caibam com mais inteireza.

Na primeira parte do livro, as ferramentas lúdicas e pedagógicas são postas a quebrar muros, intensivamente: aprender saúde para produzir equidade, aprender em redes colaborativas, aprender no fazer cotidiano, aprender na reflexão sobre a prática, aprender com comunidades quilombolas, aprender a descolonizar o olhar sobre as comunidades quilombolas, aprender novas formas de ser profissional de saúde, particularmente de ser médico com formação interprofissional, aprender novas formas de ensinar medicina e atuar em equipe multiprofissional e, portanto, aprender a borrar as fronteiras entre as profissões, aprender como descoberta em novas trilhas, fazer redes de saberes da ciência vigente e de saberes populares para subjetivar novos profissionais da saúde, a formação e o trabalho da docência em saúde coletiva. Tantos temas interessantes, tantas abordagens de inovação no

sentido de inventar o que faz diferença no cuidado em saúde e no convívio em coletivos, que vale muito a pena ler cada um dos capítulos.

A segunda parte do livro não é menos relevante ou intensa. Ela trata da questão específica do cuidado em saúde, mas do cuidado que se quer integral, como diz nossa diretriz ética e política do Sistema Único de Saúde. Nos capítulos que a compõem, as ferramentas postas a funcionar são igualmente atuais e relevantes: o triângulo entre cuidado, inovação e aprendizagem coletiva é mobilizado pela educação popular; a saúde da comunidade toma o formato do diálogo, da interculturalidade e de uma agricultura sustentável; os diálogos produzem saúde e bem viver; a esperança e a “alegria” agenciam saúdes das pessoas e dos ecossistemas que elas compõem; a espiritualidade é posta em diálogo com a saúde mental em caminhadas por liberdade; a arte da amizade produzindo relações, novas saúdes e formas libertárias de existir.

O livro é um esforço de atravessar fronteiras, com textos de diversas localidades e países, formando uma rede internacional de resistência em boas lutas e em pensamentos de liberdade. Novas saúdes são postas em circulação e tornam-se disponíveis para o compartilhar, como convém ao conhecimento que se produz, que não vale como objeto de produção mas como convite aos diálogos. E um diálogo construtivo e produtivo, que quer produzir mundos melhores, mais equânimes e democráticos. Onde o trabalho no interior dos sistemas e serviços de saúde sejam, ao mesmo tempo, cuidado, conversação, troca, aprendizado e transformação. Para fazer novos mundos, precisamos de novas experiências e de novas aprendizagens, que sejam generosas com a diversidade mas implacáveis com a injustiça e com os fascismos do cotidiano. Com todos eles.

O livro que chega até você é assim: suavidade, ludicidade, diversidade, cor, amorosidade, aprendizagem, saúde. Mas não se engane: ele também é luta e resistência!

Desejamos uma leitura prazerosa, como foi quando lemos os originais. E um bom encontro, como tivemos com autoras e autores tão queridos e tão presentes nas nossas vidas.

Referências:

- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- _____. Nós podemos reinventar o mundo. Entrevista com Moacir Gadotti, em 1993. Publicado em *Nova Escola*, 07 de março de 2018. [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/266/paulo-freire-nos-podemos-reinventar-o-mundo>. Acesso em: 13 de março de 2020
- MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. *Arte & Ensaios, Revista do PPGAV/EBA/UFRJ*, n. 32, dezembro de 2016, p. 122-151. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 13 de março de 2020.



PREFÁCIO II

EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE

Júlio Cesar Stobbe

A história da humanidade sempre ocorreu com movimentos oscilatórios, às vezes, aos saltos, outras, em retrocessos. Aparentemente, no momento, com grande fragilidade na saúde, mas também na garantia de direitos mínimos conquistados com grandes lutas no mundo todo, vários países experimentam uma tendência ao retrocesso de direitos básicos — e, no Brasil, isso não é diferente.

Agravando nosso momento histórico, debruça-se sobre os rincões do mundo, a pandemia pelo SARS-CoV-2. Nossas gerações nunca haviam enfrentado tamanho desafio. Quando a globalização nos levou rapidamente para o mundo, esse veio até nossos lares, através do vírus, de uma forma avassaladora.

A Organização Mundial da Saúde tem realizado um trabalho de vital importância como Instituição norteadora e balizadora de conflitos em nível mundial. Nessa árdua tarefa, seu Diretor tem citado a importância da *equidade*. Talvez, em nossa caminhada como espécie, esse item nunca tenha sido tão importante — isso quer dizer, se não tivermos *equidade*, não teremos controle da pandemia, pois novos focos surgirão e tudo recomeçará. Mesmo que tenhamos vacinas, essa deverá ser distribuída de forma equânime para evitar novos focos da doença. Assim, está posta a premência da *equidade* para vencermos, de forma coletiva, esse desafio.

O enfrentamento dos obstáculos da capilaridade da informação são fundamentais para que as medidas gerais de contenção da pandemia sejam efetivas. Afinal, o que muitos têm dificuldade de entender é que o cuidado, através de medidas educativas, está ocasionando um resultado maior, em termos de eficácia, do que medicações — exceto, é claro, os casos graves, que demandam os devidos cuidados em termos da alopatia e medidas invasivas, mas que ocorrem numa minoria dos afetados. Teremos, sem dúvida, um aprendizado a duras penas para levar para a sala de aula como prática, e sua variabilidade de exemplos, por todos os nossos dias.

É de fundamental importância as mãos de cada um desses bravos batalhadores em saúde que compõe essa obra para desnudar ao mundo a importância das ações de Educação Popular, Equidade e Saúde que nos trouxeram até aqui e, que nessa obra, coletiva como suas ações, demonstram ao mundo seu primoroso trabalho.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1 ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 14p
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Conferência mundial sobre Promoção da Saúde> Carta de Curitiba Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5211:carta-de-curitiba-sobre-promocao-da-saude-e-equidade&Itemid=839. Acesso em 13 de março de 2020.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Recomendações da OPAS. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 13 de março de 2020.



SUMÁRIO

PREFÁCIO I- EDUCAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: UMA CAIXA DE FERRAMENTAS PARA NOVAS SAÚDES, MAIS VIDAS E OUTROS MUNDOS VIÁVEIS.....	7
<i>Alcindo Antônio Ferla e Maria Luiza Jaeger</i>	
PREFÁCIO II - EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE.....	11
<i>Júlio Cesar Stobbe</i>	
INTRODUÇÃO - EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE DISPOSITIVOS PEDAGÓGICOS E PRÁTICAS LÚDICAS DE APRENDIZAGEM NA SAÚDE: A CAIXA DE FERRAMENTAS NAS RELAÇÕES DE ENSINO E APRENDIZAGEM	15
<i>Vanderléia Laodete Pulga, Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Osvaldo Peralta Bonetti, Etel Matielo, Alcindo Antônio Ferla</i>	
SESSÃO I: PRÁTICAS E DISPOSITIVOS PEDAGÓGICOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA EDUCAÇÃO POPULAR	21
EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE: TECENDO REDES COLABORATIVAS DE FORMAÇÃO, CUIDADO E PARTICIPAÇÃO EM DEFESA DA VIDA, DA SAÚDE E DO SUS.....	22
<i>Vanderléia Laodete Pulga, Shana Ginar da Silva, Zuleide Maria Ignácio, Solange Toderro Von Onçay, Julie Rossato Fagundes, Elisabete Cristina Hammes, Adriana Remião Luzardo, Antônio Marcos de Almeida</i>	
LA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS: REFLEXIONAR CRÍTICAMENTE PARA ENRIQUECER LOS PROCESOS DE LAS PRÁCTICAS	49
<i>Oscar Jara H</i>	
A PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE NAS EXPERIÊNCIAS DE INTERAÇÃO PEDAGÓGICA COM AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS.....	56
<i>Vanderléia Laodete Pulga, Ralf Amaral Santos, Iury Daron, Luana De Bem Giareta, Raquel Buffon, Rita Tatiane da Silva Miranda, Fernanda Souza de Oliveira, Simone Zanetti</i>	
A EQUIDADE EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES SOBRE O CURSO DE MEDICINA EM PARNAÍBA, PIAUÍ, BRASIL	82
<i>José Ivo dos Santos Pedrosa</i>	
A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: CONSTRUINDO NOVAS INSTITUCIONALIDADES	108
<i>Osvaldo Peralta Bonetti, Etel Matielo, Gislei Knierim Siqueira, Virgínia da Silva Correa</i>	
INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS: TRILHAS, DESCOBERTAS E DESAFIOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....	134
<i>Vanderléia Laodete Pulga, Fabiana Schneider, Fernanda Mattioni</i>	



REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DOCENTE NA SAÚDE COLETIVA NO ATUAL CONTEXTO BRASILEIRO	159
<i>Israel Coutinho Sampaio Lima, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Sofia Dionizio Santos, Dayze Djanira Furtado de Galiza, Diógenes Farias Gomes, Maria Rocineide Ferreira da Silva</i>	
FORMAÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA PARA ESTUDANTES DAS ÁREAS DA SAÚDE: UM ENCONTRO ENTRE A EDUCAÇÃO POPULAR E A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	176
<i>Helena Maria Scherlowski Leal David</i>	
SESSÃO II: CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE E INTERCULTURALIDADE	195
EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE: TECENDO REDES DE CUIDADOS, INOVAÇÕES E APRENDIZAGENS COLETIVAS.....	196
<i>Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Vanderléia Laodete Pulga</i>	
DIÁLOGO DE SABERES PARA LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE SALUD COMUNITARIA: INTERCULTURALIDAD Y AGROECOLOGÍA.....	221
<i>Vivian Tatiana Camacho Hinojosa</i>	
DIÁLOGOS POR BEM VIVER: RODAS E CONVERSAS COM CUIDADORES POPULARES DE PARINTINS, AMAZONAS.....	237
<i>Maria de Fátima Guedes Araújo</i>	
ESPERANZA Y ALEGREMI: UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA SALUD DE LOS ECOSISTEMAS.....	252
<i>Sandra Isabel Payán Gómez, Julio Alberto Monsalvo</i>	
TRILHANDO CAMINHOS PARA O CUIDADO INTEGRAL: ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL	261
<i>José Ribamar Fernandes Saraiva Junior; Aline Magnus Ritt Saraiva</i>	
LA AMISTOSOFÍA Y EL ARTE DE LA AMISTAD	279
<i>Luis Weinstein</i>	
SOBRE AUTORES E AUTORAS	299

INTRODUÇÃO

EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE

DISPOSITIVOS PEDAGÓGICOS E PRÁTICAS LÚDICAS DE APRENDIZAGEM NA SAÚDE: A CAIXA DE FERRAMENTAS NAS RELAÇÕES DE ENSINO E APRENDIZAGEM

Vanderléia Laodete Pulga
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Oswaldo Peralta Bonetti
Etel Matiello
Alcindo Antônio Ferla

A organização deste livro se deu pelo reconhecimento da relevância da experiência desenvolvida pela Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo/RS (UFFS/PF), no âmbito da extensão em educação popular e saúde, através de diversos projetos e programas, em parceria com outros *campi* dessa universidade e com entidades e organizações nacionais, regionais e internacionais.

A materialização desta obra foi impulsionada por meio do Projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: Capacitação e Mobilização de Atores Sociais para o Fortalecimento do SUS” com recursos oriundos do Ministério da Saúde, na perspectiva da implementação da Política Nacional de Educação Popular e Saúde (PNEPS/SUS)¹.

Freire nos convida ao desenvolvimento da extensão como comunicação, diálogo, interação entre sujeitos que produzem conhecimentos a partir da práxis comprometida com a transformação da realidade, das relações e que requer uma busca constante. Implica invenção e reinvenção. “E é como sujeito, e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer” (FREIRE, 1988, p. 27).

¹ O referido Projeto teve apoio do Ministério da Saúde. Sua implantação foi através da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo (UFFS/PF), coordenado por Vanderléia Laodete Pulga e o Comitê Gestor. A execução financeira foi realizada pela Fundação de Apoio à Educação, Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (FUNTEF/PR).

Assim, partimos da compreensão de que, ao fazer algo, há um determinado saber que orienta o agir, o saber de experiência feito, como define Freire (2008), que está presente no imaginário e no cotidiano das culturas populares, e que, ao ser colocado em reflexão, em diálogo com outros saberes, produz novos olhares, sentidos e conhecimentos.

De modo que, nessa interação e construção compartilhada de conhecimentos, saberes e práticas, esse trabalho teve o protagonismo popular de diferentes atores sociais que, no diálogo aberto com os saberes científicos e técnicos, possibilitou a transformação de todos os envolvidos, com base no *“trabalho popular segundo a idéia de mutirão, de apoio mútuo, de solidariedade”* (VALLA, 1998, p. 17).

Consideramos de grande importância a sistematização dessa experiência por meio de um processo em múltiplas dimensões, assim como trazer experiências nacionais e internacionais que dialogam nessa perspectiva da educação popular em saúde.

Nesse sentido, essa experiência, analisada e sistematizada desvela redes que vêm sendo tecidas em movimento junto às ações no cotidiano do SUS, seus territórios, serviços, equipes e comunidades como dispositivo pedagógico de desenvolvimento do trabalho, da formação, da atenção à saúde, da participação e do controle social, tendo a Educação Popular em Saúde e a Equidade como temática transversal no conjunto de textos que compõem o livro.

A coletânea agrupa registros de experiências no desenvolvimento do cuidado, formação, trabalho e participação social em saúde no cotidiano do sistema de saúde como campo de produção de saberes que tomou as práticas de educação popular e de educação permanente desenvolvidas como objetos de análise, pelo fato destas dizerem de processos que vêm transformando realidades, relações e os sujeitos implicados nessa construção. As experiências vivenciadas têm uma pluralidade de dimensões que extrapolam as reflexões aqui postas e indicam novas possibilidades de diálogos e formulações.

Poderíamos caracterizar, então, esse processo de sistematização em curso, que parte compõe dessa obra, como desenvolvimento de pesquisa-interação-formação participativa para desenvolvimento de tecnologias em saúde, uma vez que qualificou as práticas e produziu novas metodologias e tecnologias para o

sistema de saúde, assim como para processos formativos, de participação e cuidado integral à saúde.

Como rede em expansão, ainda sobre esse processo, ele se desenvolveu por uma articulação científico-popular constituída por trabalhadores dos serviços de saúde, por conselheiros, estudantes, residentes, movimentos e organizações populares, docentes e pesquisadores de diversas regiões do Brasil que trazem as concepções e práticas da educação popular em saúde como base. Aliadas a isso, experiências de pesquisadores(as) de países da América Latina que têm atuação comunitária e social se conectaram a essa rede e trazem um pouco de suas reflexões nessa obra.

Esse processo se assemelha ao trabalho das abelhas, em que o poder é disseminado através da colmeia e as decisões diárias são tomadas consensualmente através de estímulos químicos, visuais, auditivos e táteis. A incrível cooperação observada entre as abelhas de uma colmeia é explicada pelo compartilhamento de seus genes. Além do saboroso mel, graças ao seu trabalho de coleta de pólen e néctar, voando de flor em flor, as abelhas polinizam as flores e promovem a sua reprodução cruzada. Além de permitir a reprodução das plantas, esse trabalho também resulta na produção de frutos de melhor qualidade e maior número de sementes. Todo esse processo resulta na base de toda uma cadeia alimentar fundamental para a sobrevivência.

Assim, sabores e saberes caminham na mesma direção de saciar as necessidades de fome e de beleza; de alimento e de sabedoria. Desse modo, aí está o convite para a leitura dessa obra que busca apresentar dispositivos pedagógicos e práticas para a construção de saberes.

As reflexões desta obra foram produzidas e finalizadas pelos autores, submetidas à avaliação por pares — e aqueles que concluíram o processo de seleção, compõem a coletânea.

Os diferentes manuscritos foram inseridos em duas seções do livro.

A primeira seção, *“Práticas e Dispositivos Pedagógicos na Formação em Saúde a partir da Educação Popular”*, agrupa 8 capítulos.

O capítulo inicial da seção é *“Educação Popular, Equidade, Saúde: Tecendo redes colaborativas de formação, cuidado e participação em defesa da vida, da Saúde e do SUS”* — este apresenta a sistematização geral do Projeto de extensão desenvolvido, suas múltiplas potencialidades e a fortaleza do trabalho em rede.

Em seguida, um dos autores considerado referência internacional na área de sistematização de experiências nos apresenta com as reflexões sobre “La sistematización de experiencias: reflexionar críticamente para enriquecer los procesos de las prácticas” — que nos desafia à produção de conhecimentos que emergem das experiências do cotidiano.

E, no exercício de sistematização com as comunidades remanescentes de quilombos, apresenta-se o capítulo “A Promoção da equidade em saúde nas experiências de interação pedagógica com as comunidades quilombolas” — uma interação entre diferentes saberes, atores e culturas na formação médica e multiprofissional em saúde da UFFS/PF.

Na sequência, o capítulo “A equidade em saúde na formação médica: reflexões sobre o curso de Medicina em Parnaíba, Piauí, Brasil” nos desafia a reflexões sobre como a equidade pode ser transversal aos processos de formação médica.

Seguindo a leitura do livro, temos mais uma reflexão sobre a formação na saúde pelo viés da equidade, com o tema: “A Educação Popular em Saúde na Formação Multiprofissional em Saúde: construindo novas institucionalidades”. Neste apresenta-se uma experiência inovadora da Fiocruz Brasília, com o diferencial para atuação no campo e nas florestas.

No mesmo caminho das inovações da formação de especialistas em saúde, através do capítulo sobre “Interação Ensino-Serviço-Comunidade na Formação Profissional no SUS: Trilhas, Descobertas e Desafios da Descentralização de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde”, deparamo-nos com análises que expressam o processo singular de interiorização de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Rio Grande do Sul.

Percorrendo as trilhas da formação em saúde, a contribuição que vem do Ceará apresentando “Reflexões sobre a Formação Docente na Saúde Coletiva no Atual Contexto Brasileiro” nos desafia a repensar a pós-graduação em Saúde Coletiva.

Para fechar a sessão, percorremos o Sudeste e encontramos nas reflexões trazidas a sistematização de um processo pedagógico de abrangência nacional e inovador sobre “Formação Histórica e Política para Estudantes das Áreas da Saúde: um encontro entre a educação popular e a educação profissional”.

Já a Seção II, “Cuidado Integral em Saúde e Interculturalidade”, tem seis capítulos.

Para iniciar a seção, temos “Educação Popular e Saúde: Tecendo Redes de Cuidado, Inovações e Aprendizagens Coletivas” — que nos faz refletir sobre as práticas populares e integrativas de cuidado em saúde, a partir dos processos de formação em rede.

Na sequência, uma experiência da Bolívia nos apresenta com suas reflexões sobre “Diálogos de Saberes para la construcción social de Salud Comunitaria: Interculturalidad y Agroecología”.

Na mesma trilha das abordagens interculturais, os saberes dos povos da Amazônia vêm compartilhados sob o tema “Diálogos por Bem Viver”.

Nesse *caminar* latinoamericano, trazemos a experiência da Argentina: “Esperanza y Alegría. Una propuesta pedagógica para la salud de los ecosistemas”.

Seguindo a obra, temos as reflexões sobre “Trilhando Caminhos para o Cuidado Integral: Espiritualidade e Saúde Mental” — uma análise da temática por uma vasta revisão de literatura, possibilitando-nos a compreensão dessa temática complexa e presente no cotidiano do cuidado com a vida e a saúde das pessoas.

Por fim, uma linda passagem pelo Chile nas reflexões sobre “La amistosofía y el arte de la amistad”, de forma poético-literária de escrever e refletir sobre a vida e a saúde.

A leitura de textos de tamanha intensidade não requer somente a consciência: demanda-nos também o afeto. E reitera o convite: “*A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria*” (FREIRE, 1999, p. 160).

Com a sabedoria e a delicadeza, então, de quem tece redes, de quem saboreia o mel, convidamos cada leitor e leitora a estar entregues à busca aberta e a experimentar saberes e sabores que emergem das práticas e do *saber de experiência feito* (FREIRE), e compartilhamos este livro como quem, na construção em processo que é a atuação na área da saúde em todos os âmbitos, abre uma caixa de ferramentas — sendo as nossas, agora ofertadas, essas de ações educativas, de cuidado, de participação e de gestão, no intuito de fortalecer a defesa da vida e o SUS.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS/SUS). Brasília, 2013.

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

_____. SABER – erudito/saber popular/saber de experiência. *Dicionário Paulo Freire*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998.

SESSÃO I:

PRÁTICAS E DISPOSITIVOS PEDAGÓGICOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA EDUCAÇÃO POPULAR

EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE: TECENDO REDES COLABORATIVAS DE FORMAÇÃO, CUIDADO E PARTICIPAÇÃO EM DEFESA DA VIDA, DA SAÚDE E DO SUS²

Vanderléia Laodete Pulga
Shana Ginar da Silva
Zuleide Maria Ignácio
Solange Todero Von Onçay
Julie Rossato Fagundes
Elisabete Cristina Hammes
Adriana Remião Luzardo
Antônio Marcos de Almeida

Introdução

As reflexões que aqui se apresentam pretendem traduzir, mesmo que de modo sucinto, elementos centrais da implementação de um dos processos vivenciados na área da educação popular em saúde, através do *Projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS”*, elaborado e executado no âmbito do *Campus Passo Fundo*, RS, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/PF), com apoio do Ministério da Saúde e em parceria com várias entidades e organizações do Rio Grande do Sul, da Região Sul e de diferentes localidades do Norte ao Sul do Brasil.

Este conjunto de ações formativas teve seu foco voltado para o Sistema Único de Saúde (SUS) e os seus desafios de interiorização e de atenção integral à saúde da população, em consonância com seus princípios e diretrizes, transversalizando ações de implementação das políticas de equidade, de educação popular e de educação permanente, articuladas às redes de atenção à saúde.

² Coordenação do Projeto: Vanderléia Laodete Pulga e demais integrantes do Comitê Gestor do Projeto: Antônio Marcos de Almeida, Shana Ginar da Silva, Zuleide Maria Ignácio, Elisabete Cristina Hammes, Solange Todero Von Onçay, Julie Rossato Fagundes. Discentes de medicina bolsistas: Alessandra Tomazeli, Amanda Caroline Damas Tabora, Brenda Barbeta, Camila Vieira Viana (até 08/19), Carolina Baptista dos Santos, Dionara Donatto Lucas, Letícia Moreira Cunha, Maria Eduarda Lemes Mora, Ralf Amaral Santos, Sabrina Aguiar de Souza, Tainara Tonatto, Valeska Barimacker. Estudantes de medicina voluntários/as: Luana De Bem Giareta, Iury Daron, Raquel Buffon, Thiago Emanuel Rodrigues Novaes, Nathanael Alves de Lima, Jackson Pagno Lunelli, Thais Bresolin, Janaína Cossetin, Guilherme Somavilla, Ana Carolina Morigi da Cruz Silveira, Beatriz Albuquerque Bernardi, Cláudia Menoncin, Elen Alves de Oliveira, Eva Brenda Santos Silva, Juliana Grasielle dos Santos, Fernanda Corrallo, Rayanne Allig de Albuquerque. Outros/as colaboradores/as voluntários/as: Adriana Maria Mezdari, Ramão Rogério de Vargas Lucas, Vanderléia Dartora.

Assim, o SUS é uma política de Estado, sendo uma conquista do povo brasileiro, uma das principais políticas sociais do país de reconhecimento mundial por ter um sistema universal de atenção à saúde, construída pelas três esferas de governos — federal, estadual e municipal — e promove atenção integral à saúde em todos os âmbitos vislumbrando a formação de redes de atenção. É um sistema que promove e reconhece a importância da formação de profissionais da saúde e de seus processos de educação permanente no cotidiano dos serviços.

A participação social na saúde é uma marca da relevância social que perpassa a trajetória das políticas de saúde no Brasil com dois momentos mais expressivos: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e a 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 2019, em Brasília-DF — ambas com o tema “Democracia e Saúde”, com a forte mobilização social na defesa da democracia como valor fundamental da sociedade e a defesa do direito à saúde e à vida.

A capacitação e qualificação dos trabalhadores que estão atuando — conselheiros de saúde, atores sociais, estudantes — é fundamental para a promoção da saúde, o cuidado integral e o fortalecimento do controle social do SUS. Com isso, várias iniciativas estão em construção visando promover a integração ensino-serviço, a partir de uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de cuidado à saúde da população, a partir da aproximação entre academia e serviços públicos de saúde. Nesse sentido, trata-se aqui da produção que emerge de um resgate coletivo de experiências vivenciadas na implementação dessas políticas com o objetivo de evidenciar as potencialidades e os desafios da Saúde Coletiva, a partir de ações de extensão referenciadas na Educação Popular em Saúde (FREIRE, P. 2000; BONDIA, J. L., 2002).

Assim, baseadas em Dantas:

Podemos pensar a saúde coletiva, portanto, no contexto da produção de um processo emancipatório dos sujeitos sociais, como espaço de transformação ancorado na complexa realidade dos serviços públicos de saúde, promotor dos diálogos entre estes serviços e os movimentos sociais. Situamos, assim, inicialmente, a educação popular em saúde como um braço do movimento popular, na luta pelo direito à saúde e à vida (DANTAS, 2009, p. 60).

Esta proposta de sistematização está embasada na construção de conhecimentos, a partir da interação dos saberes já sistematizados, com aqueles das comunidades onde acontecem as práticas de saúde. No entender de Vasconcelos (2016):

A Educação Popular é uma proposta teórica e prática de condução de processos pedagógicos, consolidada na América Latina a partir da década de 1960, que foi muito importante para a formação de lideranças do movimento político que tomou a frente do processo de criação do SUS e da luta por seu aprimoramento. Vem orientando inúmeras práticas de atenção em saúde e ações de movimentos sociais que se relacionam com os serviços, buscando sua ampliação, seu aperfeiçoamento e sua construção cotidiana de modo integrado à dinâmica comunitária, de modo valorativo dos saberes, das práticas e das prioridades das pessoas em seus contextos territoriais. Recentemente, passou a se ocupar, também, com o repensar da formação dos profissionais de saúde (VASCONCELOS, E.M.; CRUZ, P.; PRADO, E.V. 2016, p.1).

Para essa análise crítico-reflexiva sobre o vivido, buscamos referência na sistematização de experiências apresentada por Jara (2012):

A sistematização de experiências produz conhecimentos e aprendizagens significativas que possibilitam apropriar-se criticamente das experiências vividas (seus saberes e sentimentos), compreendê-las teoricamente e orientá-las para o futuro, com uma perspectiva transformadora (JARA, 2012, p. 84).

Dessa forma, a Coordenação do projeto e seu Comitê Gestor traçaram o processo e realizaram a sistematização da experiência vivenciada, que aqui se apresenta em eixos temáticos como parte das categorias empíricas que emergiram da análise sobre o vivido, tendo como base os registros fotográficos, vídeos, relatórios, diários de campo de cada um dos componentes deste processo, assim como as memórias vivas da implicação individual e coletiva dos autores e autoras.

1. EDUCAÇÃO POPULAR, EQUIDADE E SAÚDE: UM PROCESSO EM REDE

A vida se faz em rede. A palavra rede é originada do latim *retis*, que significa o entrelaçamento de fios que, no seu conjunto, formam um tecido. Essa metáfora traz a imagem da rede como composição de fios que são tecidos, de

pontos que se conectam, de fios que se entrelaçam — e possibilita a analogia ao processo vivenciado, o qual entrelaça a educação popular e a equidade com a saúde para a promoção e defesa da vida.

Nessa perspectiva, a Educação Popular em Saúde tem sua trajetória permeada e entrelaçada nas redes de atenção à saúde junto ao SUS e na grande teia de participação social envolvendo uma diversidade de atores sociais. Cabe destacar que as práticas educativas de cuidado, de gestão participativa e de controle social com base na educação popular em saúde vêm sendo realizadas desde o início das atividades da UFFS em Passo Fundo, porém não somente neste *campus*. Senso assim, a UFFS é uma das instituições federais de ensino *multicampi*, que nasceu na implantação da política de expansão do ensino superior no Brasil em 2009 — e abrange os três Estados da Região Sul, ou mais precisamente: o Sudoeste do Paraná (em Realeza e Laranjeiras do Sul), Oeste de Santa Catarina (Sede em Chapecó) e Norte-Noroeste do Rio Grande do Sul (em Erechim, Cerro Largo e Passo Fundo). Quanto ao *campus* de Passo Fundo, espaço formativo de onde se irradiou o projeto aqui registrado, sua criação deu-se a partir da inclusão da UFFS no Plano de Expansão das Escolas Médicas em 2012, iniciando suas atividades com o Curso de Medicina em 2013 e, posteriormente, aprofundando os processos formativos com a inclusão dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde.

Orientados pelo caráter social que pauta as ações desta universidade, e tendo como potencialidade de ação a participação em um processo de apoio financeiro voltado à construção de estratégias do Ministério da Saúde para a implementação da Política Nacional de Educação Popular e Saúde, foi viabilizado o projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: Capacitação e Mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”, buscando desenvolver um processo de capacitação de atores sociais através da promoção de espaços coletivos de educação permanente e popular congregando estudantes, trabalhadores(as), conselheiros(as) de saúde e comunidade usuária, visando o aprofundamento de temáticas voltadas à promoção da saúde, integralidade, equidade e participação, considerando os contextos locais de saúde, a defesa do SUS e de suas políticas.

Nessa perspectiva, o projeto também buscou atender objetivos específicos, tais como: capacitar atores sociais para a qualificação do Sistema Único de Saúde

e processos que promovam o vínculo, a responsabilidade e o compromisso com as comunidades, grupos sociais populares, gestores e trabalhadores do SUS com os processos de formação de trabalhadores(as) do SUS. Além disso, uma das intenções do projeto foi proporcionar o debate interdisciplinar das práticas participativas e de análise crítica dos principais temas e desafios relacionados à gestão participativa na saúde, de forma a desenvolver processos de articulação em rede de atores e instituições, para o planejamento e desenvolvimento de projetos de apreensão, aprendizagem e fortalecimento do SUS.

Outro foco do projeto foi a contribuição para o desencadeamento de estratégias de educação permanente em rede de formadores institucionais, gestores dos serviços de saúde e gestores do SUS, de forma a potencializar ações e atores sociais envolvidos no cotidiano da produção de saúde. Também foram viabilizados vários espaços para expressões artísticas, culturais e de práticas integrativas em saúde, além de atividades técnico-científicas que contribuíram com a qualificação das práticas de cuidado e protagonismo popular no controle social do SUS.

A necessidade de fomentar a participação e a equidade dos diferentes atores do processo de produção de saúde (estudantes, trabalhadores e usuários do SUS), para a qualificação do cuidado e efetiva participação popular nos processos de gestão e controle social do SUS foi contemplada de forma a ampliar o pertencimento destes diferentes atores na construção do Sistema Único de Saúde, enriquecendo as práticas a partir de suas particularidades, singularidades e disposição para o diálogo e construção coletiva.

Outra expressão marcante dessa construção coletiva foi a promoção e educação em saúde nas escolas com processos interativos e de mobilização de estudantes sobre a saúde e cidadania, de forma a impulsionar o processo de comunicação em saúde por meio da capacitação de comunicadores, da produção de mídias, programas de rádio e de divulgação do SUS, e de ações de educação e promoção à saúde.

O desenvolvimento deste projeto envolveu educadores, atores sociais, trabalhadores(as) da saúde, estudantes do ensino fundamental, técnico e de graduação, gestores, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, comunidade usuária do SUS, em número de aproximadamente cinco mil pessoas

nas atividades de capacitação e de mais de vinte mil pessoas com as ações de comunicação, divulgação e utilização de mídias e ferramentas de comunicação.

Importa ainda dizer que o projeto teve abrangência na Região Sul do Brasil, envolvendo os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, chegando aos mais diversos municípios desses estados. Priorizou, por sua vez, ações na região norte do Rio Grande do Sul, mas efetivamente teve alcance nacional por meio de ações que envolveram mulheres rurais das diversas regiões do Brasil; do processo de realização das Conferências de Saúde; da produção articulada aos Grupos de Trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva; assim como teve alcance internacional através do *I Colóquio Internacional de Educação Popular e Saúde*. Destaca-se ainda a produção de livros e de outras ferramentas de comunicação do referido projeto, como o filme “SUS PENSE”.

Esse processo articulou, de forma interdisciplinar, eixos transversais como Formação, Comunicação e Mobilização — e buscou elucidar os elementos da educação popular em saúde e da educação permanente, as quais propõem que a transformação das práticas deve estar baseada na reflexão crítica sobre o cotidiano profissional da saúde na rede de serviços, permitindo-lhes aprender e ensinar de forma permanente, interagindo com o quadrilátero: Formação, Gestão, Atenção e Controle Social, adotando como metodologia a problematização dos processos de trabalho (CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M., 2004).

O percurso metodológico exigiu a interação de diversos saberes e uma variedade de dinâmicas e práticas pedagógicas, lúdicas, vivências interativas, de forma a propiciar a inclusão dos diversos sujeitos do processo de aprendizagem, buscando torná-los protagonistas na construção de novos saberes e práticas. As ações foram potencializadas através da composição de diversas tecnologias leves ou relacionais — como dinâmicas participativas, exposições dialogadas, rodas de conversa, exposições/feiras de práticas, atividades grupais e de produção coletiva —, entendendo a comunicação como elemento estruturante do sucesso desta iniciativa, visto que é possível ampliar o acesso à informação, promover o diálogo e a troca de saberes e experiências entre o público envolvido com o projeto. Estas ações são fundamentais para reduzir iniquidades e promover transformações sociais necessárias para a qualidade de vida, que foi um dos eixos transversais do projeto.

A proposta metodológica teve o envolvimento dos Conselhos de Saúde de cada região e dos movimentos sociais e populares locais. O processo considerou necessária uma articulação política local que possa fortalecer a noção de intersetorialidade, integralidade, equidade e universalidade — e, principalmente, da participação popular.

Todo o processo teve o engajamento direto de acadêmicos dos cursos da saúde, docentes e técnicos da UFFS, lideranças sociais e conselheiros de saúde das mais variadas regiões, educadores(as), docentes e pesquisadores(as) de diversas regiões do país nas múltiplas ações realizadas, assim como um coletivo gestor estruturou-se para fazer o gerenciamento dos processos de implementação do projeto tanto financeira, administrativa como metodologicamente, com a preocupação quanto aos processos e resultados. Essa construção deu-se através de oficinas e reuniões de planejamento, monitoramento, avaliação e sistematização do trabalho. Das ações vinculadas a metas, podemos destacar: a realização de *Curso de Educação Popular e Saúde* e a realização de *Encontros Estaduais de Educação Popular em Saúde* nos estados da região Sul do Brasil, que envolveram centenas de participantes e articularam-se aos processos de realização das Conferências de Saúde.

Destacaram-se, também, a realização de *Oficinas Temáticas de Capacitação em Promoção da Equidade na Saúde* e a realização de *Curso de Capacitação de Comunicadores em Saúde* para desenvolvimento do Programa “Saúde no Ar” para rádios e outras mídias

Com a realização de *Oficinas Nacionais de Saúde das Mulheres do Campo e Floresta* demarcou-se a força da equidade de gênero e de território no contexto do SUS, e com a realização do *Curso de Aperfeiçoamento em Práticas de Cuidado e Saúde*, mobilizou-se diversos atores do SUS. As ações de Educação, Promoção de Saúde e *Feiras de Saúde nas Escolas e/ou Unidades de Saúde* atingiram uma parcela significativa da população da cidade, assim como a produção de materiais de comunicação e mídias. A elaboração dessa obra e da “Série Educação Popular e Saúde” demarca o início de um novo ciclo de implementação dessas concepções e práticas no cotidiano do SUS e dos diversos atores sociais e institucionais.

2. TECENDO FIOS DE AÇÕES EM REDE COLABORATIVA, DIALÓGICA, EDUCATIVA E POPULAR

As ações do projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: Capacitação e Mobilização de Atores Sociais para fortalecimento do SUS” abordaram de forma multi e transdisciplinar a Educação Popular em Saúde, respeitando o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular no SUS preconizados pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS/SUS).

A diversidade de contextos e de atores envolvidos permitiu tocar diferentes dimensões (políticas, sociais, culturais, formativas, humanas) com um olhar cuidadoso sobre cada uma delas, promovendo uma profunda interação de saberes populares e científicos entre profissionais de saúde, agentes políticos, pesquisadores, estudantes, representantes de movimentos sociais e de diferentes setores da sociedade.

Oliveira (2015) orienta que “movimentar-se em direção à cultura popular não é reduzi-la a estratégia pedagógica, no seu sentido mais estreito, mas tomá-la como estratégia política” (p. 142). Essa dimensão político-organizativa esteve presente em todos os espaços e contextos do projeto, estabelecendo diálogos e conexões sobre a urgente situação de nossas políticas públicas de saúde, com destaque para os *Encontros Estaduais de Educação Popular e Saúde* realizados nos três estados do Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), consolidados em espaços de troca e de amplos debates acerca da responsabilidade e do compromisso de cada sujeito com o Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive oportunizando a realização da Conferência Nacional Livre de Educação Popular e Saúde e de oficinas junto à 16ª Conferência Nacional de Saúde na Tenda Paulo Freire.

As atividades realizadas pelo projeto propiciaram ainda a inclusão e o resgate de saberes populares e ancestrais, promovendo a equidade e a integração de indígenas, quilombolas, população do campo e da floresta, população negra, imigrantes, entre outros, resgatando a consciência coletiva e o pertencimento desses grupos ao contexto da saúde coletiva, ocupando-se de forma intrínseca das dimensões histórico-sócio-cultural da Educação Popular. Foram promovidos encontros, debates, visitas técnicas e muitas outras oportunidades de participação

social e de defesa da saúde e da vida. Quatro (4) oficinas nacionais com mulheres camponesas foram realizadas, abordando de forma central a temática da saúde das mulheres do campo e da floresta.

A dimensão ético-formativa teve papel central ao longo de todo o desenvolvimento do projeto, buscando ampliar e consolidar as bases que fundamentam a Educação Popular em Saúde, em uma constante de conhecimentos teórico-práticos, de pensar e de experimentar, de acolher e de problematizar, de buscar diretrizes e metodologias que permitissem a produção de um conhecimento orgânico, ressaltando a importância da diversidade de experiências, saberes e práticas dos sujeitos.

Com esse compromisso, foram realizadas vinte e quatro (24) oficinas, abordando as temáticas da Formação de Equipes de Saúde, da Promoção da Equidade no Cuidado em Saúde e na Formação Ensino-Serviço-Comunidade, da Formação de Preceptoria, Tutoria e Docência no SUS, além de cursos de Capacitação de Comunicadores em Saúde, Formação de Facilitadores em Educação Popular em Saúde, e do Aperfeiçoamento em Práticas de Cuidado e Educação Popular e Saúde — e da produção de materiais de comunicação voltados à orientação da população em práticas de saúde.

Permeando todas as demais, a dimensão humana, de cuidado, foi precípua em todos os espaços e momentos de desenvolvimento do projeto, ao valorizar a dimensão subjetiva de cada indivíduo, de todos que se dedicaram a conhecer e a compreender a saúde em sua integralidade, que colocaram seu saber à disposição, unindo forças e estreitando laços em uma grande rede de solidariedade e de respeito à vida.

Na busca de ampliar a compreensão de saúde e de humanização de suas práticas, o projeto perpassou pelos princípios estabelecidos na Política Nacional de Educação Popular em Saúde, buscando integrar conhecimentos e fomentar processos de transformação por meio de permanente diálogo, incorporando cuidado, respeito e amorosidade em uma construção compartilhada de conhecimentos.

Corroborando com Cruz (2018, p.20), reitera-se que “a Educação Popular em Saúde envolve um conjunto de princípios orientadores de trabalhos sociais, de práticas profissionais e de ações populares construídas para envolver as pessoas, sensibilizá-las, mobilizá-las e articular espaços de diálogo, negociação

e compartilhamento de experiências”. Essa construção em rede colaborativa possibilitou vivências e produções que extrapolam as categorias empíricas sistematizadas aqui e que traduzem as teias de um tecer coletivo.

2.1. A Promoção da Equidade em Saúde e seus Diferentes Atores

A Educação Popular em Saúde tem um papel fundamental na promoção da equidade por demandar um cenário de múltiplas realidades traduzidas pelas políticas de equidade em saúde, que representam um conjunto de estratégias que foram sendo incorporadas nas práticas de saúde a partir da visibilidade e importância dada às populações vulneráveis e suas necessidades de saúde.

Dessa forma, as políticas públicas no SUS foram ganhando força nos últimos 30 anos, com a inclusão dos diferentes atores sociais e de suas inúmeras demandas. Para citar algumas: População Negra, População Quilombola, População Indígena, LGBTQI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), Pessoas em Situação de Rua, População Privada de Liberdade, Populações Tradicionais, Pessoas com Doenças Raras, Populações que Vivem nas Periferias, Mulheres, Jovens, Idosos, Pessoas com Necessidade Especiais, População Cigana, População do Campo, Floresta e Cerrado, entre outras.

Não restam dúvidas de que as conquistas de direitos no acesso e qualidade dos serviços para os grupos considerados vulneráveis é um avanço conquistado pelos movimentos sociais dentro dos espaços de debates promovidos no âmbito dos conselhos, conferências e participação social nas três esferas de gestão. Para Siqueira *et al.* (2017), essas políticas levaram tempo para serem implementadas, tendo em vista desafios como a sensibilização de gestores e a pactuação de responsabilidades, bem como a forma de garantir o financiamento para que se realizassem.

As políticas para a Promoção de Equidade no Brasil são resultado de processos simultâneos: por um lado, o desenvolvimento dos movimentos sociais nos últimos cinquenta anos, e a consolidação do processo democrático que se seguiu ao fim dos governos militares. Por outro, o esforço realizado pelo governo federal para assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso a bens e serviços aos grupos vulneráveis (SIQUEIRA *et al.*, 2017, p. 1398).

Nesse contexto, a participação social tem sido imprescindível, pois ela permite que representantes dos grupos vulneráveis possam participar dos espaços de deliberação quanto à formulação e implementação das políticas que possam garantir os direitos das minorias. Assim, a participação social torna-se um dispositivo capaz de promover saúde quando realiza *advocacy* por melhores condições de vida e oportunidades para aqueles que são invisibilizados.

Assim, com esse projeto foi possível a oferta de ferramentas que possibilitaram espaço e voz a esses grupos, promovendo debates, oficinas, entre outras atividades, tendo diversos desses sujeitos como protagonistas através da realização de oficinas temáticas de promoção da equidade, que foram realizadas com essas populações, e dos desdobramentos advindos a partir das oficinas.

O acesso de populações vulneráveis ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade (BRASIL, 2013).

2.2. A integração ensino-serviço-comunidade na formação de profissionais de saúde

Desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080/90³ e suas bases normativas, destaca-se o papel ordenador do SUS na formação de profissionais para a saúde pautado na integralidade do cuidado. Nesse cenário, o histórico dos programas e iniciativas instituídas no Brasil, com vistas à articulação ensino-serviço-comunidade, assinalam para a necessidade do fortalecimento do cuidado integrado com centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e maior participação e representação dos diferentes atores que compõe o SUS (DIAS et al., 2013).

Nos últimos vinte anos, visando a consolidação das ações do trabalho multiprofissional e interdisciplinar e buscando uma aproximação das instituições formativas às necessidades da Atenção Primária em Saúde, diversas iniciativas têm sido estabelecidas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da

Educação. Frente a esse contexto, instituições de ensino superior e movimentos de controle social têm incitado o debate e a construção de uma política de orientação das práticas formativas de profissionais da saúde, que envolve a integração ensino-serviço-comunidade.

A aplicação desse processo visa o desenvolvimento de novas práticas de atenção e de experiências pedagógicas que contribuam para formação de profissionais de saúde, dialogadas com os princípios e as necessidades do SUS. Uma formação centrada e direcionada ao intercâmbio de saberes — e na possibilidade de uma melhor assistência ao usuário, implicando um novo modo de ensinar, aprender e fazer (FERREIRA *et al.*, 2012).

Nos territórios do “trabalho vivo em ato” nos processos de trabalho em saúde, utilizam-se tecnologias duras, leve-duras e leves e são espaços privilegiados de construção de novos modos de cuidar, fazer, refletir (MERHY, 2002). Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde ganha força e expressão em Política que fundamenta os processos de trabalho em saúde como processos educativos e produtores de cuidado em saúde, de gestão, de formação, de controle social, com a produção de conhecimentos dos processos de trabalho (CECCIME FEUERWERKER, 2004). É processo que interage e acontece no sistema de saúde onde se aprende cuidando da saúde das pessoas, permeado pelas bases da educação permanente, educação por competências e educação popular em saúde num sistema em rede como saúde-escola (BARRETO, ANDRADE e LOIOLA, 2006).

Assim, o trabalho multiprofissional e sua interação social se fortalecem, pois, contribui para pactuações e intervenções que considerem modos de vida e a integralidade da atenção à saúde da população (PEDUZZI, 2010, pp. 161-177). Inserido em um universo em constante processo de transformação, aponta para a necessidade de reorientar as relações entre instituições de ensino, profissionais de saúde e comunidade — e de redefinir processos formativos de modo a produzir um cuidado integral e humanizado à população.

Com o propósito de qualificar o processo formativo e contribuir para o desenvolvimento de competências didático-pedagógicas relacionadas à tutoria e à preceptoria no SUS, e como parte das ações desse Projeto, foram realizadas sete (7) oficinas de formação com a preceptoria, tutoria, docência e equipes das Unidades de Saúde São José Operário e Santa Rita do município de Marau, RS, e do Programa

³ Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

de Residência Multiprofissional da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, RS — atingindo no total um público de mais de 100 participantes. As oficinas tiveram como temática principal a promoção da equidade no cuidado e a integração ensino-serviço-comunidade na formação de profissionais de saúde.

Nas oficinas foram aprofundadas questões relativas à integração ensino-serviço-gestão-população; pesquisa-intervenção-formação-população; formação didática de professores e preceptores/tutores; clínica e território (escuta clínica e escuta território e usuário-guia); ferramentas de acolhimento e tecnologias leves, escuta qualificada, articulação em rede; ciência-pensamento-criação; interprofissionalidade e avaliação.

As ações do Projeto serviram como dispositivos potencializadores da relação entre ensino-serviço-comunidade, permitindo a composição dialogada entre docentes e profissionais de saúde em ações e discussões compartilhadas, a pactuação de um compromisso coletivo de enfrentamento conjunto de problemas de saúde e de uma construção da atenção integral na rede de serviços e cuidado a partir da qualificação da formação dos diferentes atores do SUS. Além disso, contribuiu no exercício da interdisciplinaridade que fortalece e legitima o mundo do trabalho como espaço produtor de saberes, pelo desenvolvimento de melhores práticas e pela formação de profissionais no contexto real dos serviços de saúde.

2.3 Educação Popular em Saúde nas Escolas



Ao incorporar o tema da saúde nas escolas, estas assumem o desafio de promover ações educativas em saúde que levam à reflexão sobre o que é ter uma vida saudável. É por meio dessa reflexão, a partir da realidade, que as pessoas vão descobrindo que é impossível falar de saúde sem pensar nas condições de moradia, de trabalho, na alimentação, na educação, nos serviços de saúde, no lazer, na forma como nos relacionamos com as pessoas, na forma como protegemos a natureza e o meio ambiente, na força da nossa organização, na decisão política — enfim, nas condições de vida

da comunidade, do território vivo que ali se apresenta. Esse processo, por sua vez, traz desafios para o Sistema Único de Saúde, para as equipes de saúde e sua interação com a educação. Assim, a escola pode assumir o compromisso com a saúde e a vida das pessoas da sua comunidade.

Segundo experiências relatadas por Raimondi e colaboradores (2018), a Educação Popular em Saúde nas escolas leva em consideração as pessoas, estudantes, como seres detentores de saberes, os quais podem contribuir de forma relevante com a educação em saúde. Assim, é fundamental buscar a interação de saberes ao atuar “com” as pessoas e não na lógica de fazer “para” os sujeitos (Raimondi et al., 2018). Dessa forma, quando a escola se transforma em um espaço de produção de saúde, muitas atividades podem ser desencadeadas pela comunidade escolar, tais como: aulas interdisciplinares, visitas às comunidades, palestras, estudos, seminários, dentre outras. Podem ser atividades educativas abordando os temas como saúde, cidadania e Sistema Único de Saúde (SUS), hábitos e alimentação saudáveis, atividades lúdicas, arte e saúde, orientações. Além disso, pode-se atuar junto aos conselhos locais e/ou municipais de saúde, sempre planejando coletivamente.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), no texto sobre saúde na escola, é mencionado que a escola deve ser um espaço de relações para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, interferindo diretamente na produção social da saúde. A escola é um dos espaços sociais importantes, tendo em vista a possibilidade de construção do conhecimento em saúde pelos diversos atores sociais que podem potencializar a produção de saúde e de cuidados nas comunidades.

Com essa perspectiva, o projeto realizou uma variedade de ações educativas junto às escolas, desde atividades educativas de arte e saúde com os palhaços, ações lúdicas inspiradas no “hospital do Ursinho”, palestras, jogos, Cine Saúde, cursos, oficinas — e a realização de mais de vinte (20) *Feiras de Saúde* em escolas, envolvendo centenas de pessoas em algumas, e mais de mil (1.000) participantes em outras, pois foram espaços de promoção, educação e cuidado em saúde.

As *Feiras de Saúde* foram momentos privilegiados para somar e compartilhar saberes, sabores, vivências, conhecimentos das mais variadas áreas da saúde e engajando todas as Ligas Acadêmicas da Medicina, as Residências em

Saúde, além das produções populares e comunitárias, envolvendo o conjunto de atores da comunidade escolar em cada território.

Atuamos em *Feiras de Saúde* em escolas de educação infantil, escolas de ensino fundamental e médio e em comunidades de periferia urbana, indígenas, quilombolas, de assentamentos da reforma agrária, de áreas rurais, dentre outras. Foram feitas *Feiras* em escolas públicas municipais, estaduais e também filantrópicas; *Feiras de Saúde da Mulher, de Pessoas com deficiências; de Saúde do Trabalhador(a); Feiras de Saúde e Alimentação saudável ecológica; Feira das Profissões*, dentre outras.

Nas *Feiras de Saúde*, cada um(a) age e interage no tempo de forma leve, fluída, no movimento aberto a construir novas possibilidades de ser e agir com os outros. Nessas interações todos ganham, ninguém perde nada, pois ao compartilhar o que cada um(a) traz, não se perde o que se tem: só se acrescenta, enriquece, recria e se fortalece.

2.4 Saúde, Mulheres Camponesas, Agroecologia

O Projeto: “Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de atores sociais para fortalecimento do SUS” alicerçou-se de forma a protagonizar as Mulheres Camponesas do Brasil e da América Latina. O mesmo seguiu nas trilhas do legado deixado pelo projeto antecessor, “Promoção da Autonomia e Saúde das Mulheres Rurais e a Prática Agroecológica”, realizado entre 2016 e 2018, o qual foi precursor de caminhos junto ao Ministério da Saúde, possibilitando uma importante rede de relações. Deste projeto, entre tantos produtos gerados, têm-se a obra “Mulheres Camponesas: semeando agroecologia, colhendo saúde e autonomia” (PULGA *et al*, 2018), a qual é composta com elaboração das próprias mulheres camponesas que, junto a outras pesquisadoras, elucidam seus saberes e formas de produzir agroecologia, partilhando sabedorias, práticas, conceitos em favor da saúde, da agroecologia e de relações mais humanizadas.

Destaca-se que o reconhecimento aos saberes tradicionais, às manifestações culturais, aos saberes sociais e ancestrais acumulados e repassados de geração em geração, à cooperação, bem como à valorização e ao cuidado com a vida, subjacentes às formas tradicionais de organização social, são traços

essenciais da agroecologia, que integram a diversidade cultural, buscando novos elos com o novo — e fazem parte de um mundo emergente na construção de projetos sustentáveis, espaço integralmente de novas relações com a participação que não é possível se dar sem a presença protagonista das mulheres. Assim, as mulheres reconstróem e ressignificam a cultura e os valores — e mutuamente constroem conhecimento e autonomia.

Nesta perspectiva transformadora, há uma efervescência de posições diante do contexto ambiental e de iniciativas que se materializam e se multiplicam nos espaços do campo e urbanos, cabendo destacar a sistemática produção de alimentos saudáveis produzidos de forma regenerada com a natureza, potencializando processos ecológicos. Conforme identificam Tardin e Hadich (2020, p. 78): “Um movimento amplo, diverso, ativo, crítico, combativo, com uma motivação de fundo comum [...]”.

No horizonte da agroecologia e saúde, as mulheres lutam e reconstróem suas relações. Criam, recriam, inventam formas mais humanizadas de lidar com a vida, sendo elas responsáveis por uma grande parcela do alimento limpo e saudável. Possuem papel essencial no cuidado com a semente, no cultivo da horta, nas práticas de saúde preventiva, nas práticas de cuidados integrativos ou na proposição de novas metas, a partir das questões locais, concretas, buscando nas organizações, ou fora delas, alternativas. Mostram, com suas formas de mobilidade social, como a solidariedade inspira e fortalece laços, quando se trata de fortalecer iniciativas sustentáveis, de promover a saúde de sua família, de trocar experiência para que a vida seja promovida.

Essas atitudes são, sobretudo, ecos de cuidado fundamental à humanidade e à vida. Vozes diferentes que se contrapõem à lógica neoliberal, mercadológica. Modos-de-ser, de viver, que humanizam e autoconstroem as pessoas como sujeitos, com o respeito à Mãe Terra, às culturas, aos valores, aos sonhos e à sustentabilidade, com o reconhecimento a cada ser na sua relação com a biodiversidade no Planeta.

Dentre suas metas, substanciaram-se no projeto por potencializar oficinas temáticas de saúde que produziram práticas e reflexões da concretude da vida das camponesas, dentre as quais destacam-se: a agroecologia, a saúde integral, a produção de alimentos saudáveis, o SUS e a Política Nacional de Saúde para a população do campo, floresta e águas — em especial, das mulheres.

2.5. A Arte e a Saúde na Promoção da Vida



Segundo Ray Lima:

A arte, enquanto dimensão humana, tem um potencial imenso na produção do viver — e, conseqüentemente, nos processos de produção de saúde das pessoas e das coletividades. Esta dimensão vem ganhando força no campo das práticas de saúde e, também, nos processos de formação de trabalhadores(as) da saúde. Em todas as regiões do Brasil, no SUS e em espaços de formação, encontram-se experiências desta natureza. Para o projeto, também foi adotada essa prática, promovendo a inserção e o engajamento dos estudantes para construção de processos de formação, educação e promoção da saúde a partir da arte e da cultura.

(..) arte transita no terreno do desequilíbrio e equilíbrio do ser e atua como forte elemento disparador de processos para a elaboração de ambientes saudáveis, de ninhos vitais, propondo constituir relações de alta qualidade onde ninguém perde. A arte, é claro, não resolvendo por si só os problemas individuais e coletivos do mundo, problematiza, discute, ajudando a despertar no ser humano reflexões que reorientem suas relações consigo mesmo e com o outro e apontem caminhos de superação de suas próprias limitações de ser incompleto e inacabado, como diz Paulo Freire. Uma arte capaz de reconstituir no ser dimensões ocultadas ou oprimidas pelas lógicas desumanizantes e pragmatistas que confundem o viver bem com acúmulo de capital (LIMA, 2009, pp.5-54).

Também foram realizadas ações que vinham sendo desenvolvidas no Projeto “Arte Promovendo Saúde & Saúde Fazendo Arte” — referência e articulação com as experiências existentes nos mais diversos espaços de saúde no Brasil que integram a arte, a cultura e a saúde e vêm se constituindo como espaços mais criativos e movimentados, tanto em seus territórios de ação como em Congressos da área da Saúde. Estas experiências reúnem apresentação de intervenções, vídeos, atividades artísticas e culturais e

práticas de cuidado em saúde — e vêm contribuindo para a reflexão de temas relevantes na área da Saúde.

É notório o respeito às culturas na produção e promoção da saúde — e, neste sentido, a arte surge como uma questão de grande influência. Para Dantas (2010), as expressões artísticas como espaço de criação e problematização representam, também, a possibilidade da emergência do lúdico, do simbólico, trazendo à cena outros elementos além da verbalização — e permitindo expressar o cotidiano em seus conflitos, contradições e potências. Diz, ainda, que por sua capacidade de permanecer vinculada às fontes da vida e da morte das comunidades, envolve a criação de laços solidários e comprometidos com a libertação, constituindo-se como elo que articula saberes diferenciados, sensibiliza os diferentes atores envolvidos e exprime as representações que o ser humano elabora com respaldo na sua leitura do mundo, na perspectiva de conhecer e intervir sobre a realidade.

Nesta perspectiva, o trabalho deu continuidade aos processos de construção coletiva fundamentados na concepção e prática pedagógica de Paulo Freire — e no campo da Educação Popular e Permanente em Saúde, que articula dialeticamente ensino-pesquisa-extensão, buscando a integração entre ensino-serviço-comunidade. Assim, foram realizadas oficinas, círculos de cultura e intervenções artístico-culturais com estudantes, com trabalhadores(as) do SUS em unidades básicas de saúde e hospitalares, em escolas de educação infantil ensino básico, fundamental e médio, com lideranças das comunidades rurais, urbanas, quilombolas e indígenas em seus espaços.

O projeto também integrou ações previstas nos Programas de Extensão “Formação de Atores Sociais a partir da Educação Popular em Saúde” e “Arte Promovendo Saúde & Saúde Fazendo Arte”, em um conjunto de ações e atividades articuladas, visando a qualificação de atores sociais para atuação no Sistema Único de Saúde a partir da Educação Popular em Saúde. Esses programas estão vigentes desde 2014, promovendo capacitação por meio de seminários *Saúde e Cidadania dos Trabalhadores*, cursos de facilitadores, atuação conjunta na formação de agentes comunitários de saúde, oficinas para debate da equidade no SUS — e ações de educação popular em saúde e de arte e cultura para a promoção da saúde e da vida. Todo esse processo foi essencialmente educativo e formador dos estudantes da UFFS e de escolas públicas, assim como com atores sociais que interagem na saúde.

2.6. A Educação Popular em Saúde no fortalecimento da participação e controle social do SUS

Com o referido projeto, também se reiterou a importância de fortalecer a participação popular no controle social ao direito universal à saúde, haja visto o momento adverso que o país vivencia, de total desmantelamento dos direitos e das políticas públicas. Fruto das lutas intensificadas na década de 1980, culminando com a criação do SUS, constituiu-se uma significativa mudança no modelo vigente de controle social em vigor a partir da Constituição Federal de 1988 (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Sendo o SUS a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do controle social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica de saúde de nº 8.142/90, os conselhos e as conferências de saúde. Destaca, ainda, as audiências públicas e outros mecanismos de audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (CONASS, 2011; BARBOSA, 2009; COSSETIN, 2010).

A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal, em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS, pressupondo: descentralização, integralidade e a participação da comunidade. “Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira” (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013; BRASIL, 2006). Controle social, em nosso país, se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (ARANTES *et al.*, 2007).

Garantir a participação política, o respeito, o reconhecimento das organizações da sociedade e dos atores e interlocutores legítimos nos processos de gestão e controle das políticas públicas é ainda um desafio a ser consolidado. Criar e fortalecer instrumentos institucionais e jurídicos que garantam a participação dos mais diversos representantes, nos conselhos, fóruns, em todas as esferas, fortalecendo redes de órgãos e colegiados é essencial neste momento. Neste sentido, urge garantir também a inclusão das questões de gênero e das gerações mais jovens nos diversos segmentos.

Neste bojo, deu-se o desenvolvimento do projeto, tornando-se instrumento de reiteração da importância do SUS e da importância do controle social. Foram inúmeras vivências, trocas, diálogos, oficinas, seminários, reuniões em Conselhos, pautas de lutas que se aproximaram às ações do projeto e que reafirmaram a importância do SUS.

Pensar no SUS, conhecer o SUS, lutar pelo SUS, salvar o SUS, “SUS PENSE”! Foi tanto SUS que nasce, assim, entre tantos produtos, um filme curta metragem, com linguagem lúdica, envolvente, que é capaz de atingir todos os públicos e explicita a presença do SUS nas inúmeras dimensões de nosso cotidiano. Como este, muitos produtos, processos e sujeitos foram se constituindo, em especial no forjar da luta por não perder conquistas históricas, fruto do engajamento de milhões de brasileiros.

Destaca-se, ainda, o “Marco de referência da educação popular nas políticas públicas”⁴ — que foi institucionalizado num momento em que o país vivia avanços em termos democráticos, em que o governo dialogava organicamente com as organizações da sociedade civil e os movimentos sociais. O mesmo deu base popular e demarcou a metodologia potencializadora da diretriz constitucional do direito à saúde “como um direito de todos”, conforme Art. 196 da Constituição.

Vivemos outros dias, porém os fundamentos, enraizados, seguem sendo referência, pois incorporaram princípios e a movimentação dialética da *práxis* que permite refletir sobre os avanços e embates necessários. O projeto em questão cumpriu o papel de afirmar a identidade e a concepção do SUS, que segue resistindo com o mesmo propósito e fundamentos. Vivenciando com muito vigor essa discussão, também se nutriu deste campo e ajudou a fortalecer essa luta. Fez-se presente em reuniões e Conselhos de Saúde, reuniões intersetoriais, contribuiu com a participação dos municípios na representação da 16ª Conferência Nacional de Saúde, fortaleceu o papel do controle social — e permitiu que muitos reaprendessem a importância das políticas públicas, das representações participativas e da garantia dessas conquistas.

Ratificar a importância desses espaços — tais como as pré-conferências preparatórias à Conferência Nacional, os Conselhos municipais de saúde, as ações de organizações populares, as ações voluntárias que emergem frente às necessidades imediatas e a força dos movimentos sociais — permitiu, sobremaneira, irradiar

⁴ Em maio de 2014, resultado de um amplo debate, o governo brasileiro publicou a Portaria no Diário Oficial da União com o “Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas”, formalizando a Educação Popular como política pública. O marco de referência foi publicado em documento pela Secretaria-Geral da Presidência da República sem estar paginado, seguido apenas do ano de publicação.

ações e fortalecer os rumos e os passos centrais do trabalho, empoderando contextos, diversidades, práticas, atores e sujeitos.

Fortalecer vozes, resistir, organizar, articular, criar, construir, reconstruir foram verbos comungados por todos, em especial diante das pautas de retiradas de direitos, do subfinanciamento do SUS, entre tantas outras, latentes. Muitos atores sociais reaprenderam a força do controle social, a necessidade de participação cidadã, de ativar o movimento comunitário, reafirmar os espaços instituídos, explicitar direitos, lutar pela diversidade, equidade, humanidade, deixando, sem dúvidas, mais portas abertas e a certeza de que há ainda muito por fazer.

2.7. A Extensão como comunicação popular

Comungando com Freire, entendemos que a construção do conhecimento exige “uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção” (FREIRE, 1921-1997, p.6). A esse conceito de conhecimento emancipador, Freire, no clássico livro “Extensão ou Comunicação?”, escrito entre 1921-1997, traz os fundamentos de uma extensão universitária que corrobora com o mesmo, concebendo a extensão como comunicação. Mais que transmitir conhecimento, ou tornar-se invasão cultural de um mundo alheio, é preciso trocar, de forma mútua, os conhecimentos, partilhar saberes e vivências em interação com os sujeitos envolvidos. Freire é duro quando indaga o papel universitário da extensão, que se pretende propaganda, não permitindo aos sujeitos outro lugar que não o de receptores, ou seja, a pretensão de fazer do outro um “depósito de um conhecimento bancário” a ser recebido mecanicamente, como algo “superior” (o conhecimento técnico). Anuncia o educador; o conceito de *conhecimento* verdadeiramente se dá quando envolvido às situações concretas.



[...] no processo de aprendizagem, só aprende verdadeiramente aquele que se apropria do aprendido, transformando-o em apreendido, com o que pode, por isso mesmo, reinventá-lo; aquele que é capaz de aplicar o aprendido-apreendido a situações existenciais concretas (CHONCHOL *in* FREIRE, 1992, p. 13)

O aprendizado obtido no diálogo entre o conhecimento acadêmico e o conhecimento popular gerou um encontro fértil, produzindo sínteses entre os diversos saberes, propiciando maior envolvimento dos estudantes mas, sobretudo, leitura de realidade, pertença, compromisso com a saúde pública, sensibilidade e ética profissional. A valorização do saber popular demonstrou caminhos possíveis para a extensão-comunicação, a qual deveria deixar de ser um terceiro tripé da universidade para ser um método fundamental para a realização do ensino e da pesquisa.

Neste paradigma, sabemos que temos muito a avançar, porém aprendemos que se formos capazes de nos inserir na realidade, será mais fácil construir ações e conhecimento a serviço da mesma. E isso é também um aprendizado que não se dá senão no bojo da ação, do fazer-pensar a prática. Um projeto como este se torna uma espécie de filtro da realidade e também de nossos processos formativos universitários. Uma incursão que teve do Núcleo da Coordenação um olhar sempre vigilante sob o viés *práxico*, que envolvia o desenvolvimento da ação e a análise, reflexão e a recondução adequada aos próximos passos.

Por isso, ratificamos que a metodologia não é uma pauta de instrução e, sim, a capacidade de unificar prática e teoria, conceitos, representação, paradigmas — enfim, a capacidade de pensar a realidade em cada contexto e no seu devido momento histórico. A ação do projeto no aporte da operacionalização das políticas públicas atuou para promover o desenvolvimento social, sendo base de atuação para garantia do acesso aos direitos fundamentais. Por isso, dentre as estratégias de ação coordenadas foi preciso ser considerado o processo de articulação com a gestão, as equipes técnicas e os diferentes atores sociais como estratégia a integrar o trabalho de forma permanente ao contexto. Esta é uma abordagem diferenciada quando comparada às propostas que podem ser consideradas tradicionais, que geralmente se centram na transferência de conhecimento e técnicas. O método busca a autonomia dos sujeitos envolvidos diante da consciência coletiva, da apropriação de acúmulos, elementos da realidade e proposição de novas possibilidades.

Esta concepção de Extensão, atualmente, ganha vigor no contexto universitário: após dez anos de luta, intensificou-se na academia e no Conselho Nacional de Educação (CNE), culminando com a RESOLUÇÃO N° 7, de 18 de dezembro de 2018, que estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e a curricularização da Extensão, sendo que 10% de ações de extensão devem estar institucionalizadas nos cursos de graduação. Este processo já permite ensaios e pode servir de referência à academia.

APRENDIZADOS E DESAFIOS

O projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: Capacitação e Mobilização de Atores Sociais para o Fortalecimento do SUS” permitiu à extensão universitária materializar-se como tal, por constituir-se como uma ação sólida vinculada a uma estratégia de intervenção da realidade e a serviço da mesma. Pode-se afirmar que, no âmago do projeto, encontra-se o claro viés de contribuir com os contextos em interação, numa tentativa de diálogo entre o ensino e pesquisa, com propósito de construir ações e conhecimentos empoderadores e de potencializar as políticas públicas de cuidado com a saúde, com o humano, reconhecendo a alteridade e as representações próprias de cada sujeito e de cada contexto. O processo de formação, potencializado pelo projeto, possibilitou a aprendizagem significativa pelos sujeitos nele envolvidos, incentivando a cogestão de coletivos, qualificando a ação e proporcionando o empoderamento e protagonismo dos sujeitos, empregando uma metodologia participativa para estimular a capacidade criativa dos sujeitos envolvidos.

Diante disso, foi necessária uma prática cuidadosa de gestão do projeto, havendo articulação, análise no confronto das diretrizes, dos princípios e estratégias metodológicas, como também na interface com os resultados e a identidade dos grupos envolvidos. Este processo foi sendo submetido ao crivo dos gestores públicos e dos segmentos diversos que iam sendo envolvidos no percurso, no ensejo de realização partilhada com os espaços em construção. A gestão do projeto foi desafiadora também por disputar a atenção da gestão acadêmica frente às demandas oriundas de outros projetos, situação que nos impôs paciência e resiliência, demonstrando a necessidade de um setor para a gestão de projetos dentro da UFFS que possa auxiliar de forma eficiente os docentes

proponentes de projetos institucionais. Cabe destacar que grande parte das ações teve a participação de estudantes do curso de Medicina da UFFS *Campus* Passo Fundo — e também algumas contribuições de vários outros cursos, envolvendo inclusive estudantes, docentes e técnicos de três *campi* da UFFS (Passo Fundo, Erechim, Chapecó). Avalia-se que as atividades desenvolvidas pelos doze (12) bolsistas e outros voluntários do projeto constituíram-se em uma ação formativa envolvendo intrinsecamente extensão, pesquisa e ensino. Este foi outro fator que demandou uma prática dialógica no planejamento, no diálogo com os setores, no acompanhamento e suporte de modo geral, pois estudantes transformaram-se em pesquisadores mas, acima de tudo, em interventores/transformadores da realidade, ratificando a ideia de Oliveira (2015) de que a Educação Popular e Saúde buscam dialogar e alimentar-se da epistemologia da cultura popular à da cultura acadêmica, preponderante no cuidado à saúde institucionalizada.

Seguimos coletivamente ensinando-aprendendo-edificando-proliferando, com sensível olhar às reais demandas e às convocações latentes que a vida faz à ciência, à extensão, ao conhecimento emancipatório. Os potenciais que emergem do povo, dos saberes culturais, da memória, da história, são, acima de tudo, preceitos que irradiam e anunciam uma sociedade e um mundo possíveis, mais humanizado e promotor de vida e alegria.

Constituir-se como um dispositivo pedagógico de desenvolvimento do trabalho, de formação, de atenção à saúde, de participação e do controle social foi o que nos mobilizou, tendo a Educação Popular em Saúde e a Equidade como temáticas que fundaram a transversalização do trabalho e como “ferramentas” para os fazeres da Educação Popular. Esse é um aspecto importante e mobilizador: trazer saberes, conceitos e métodos como “ferramentas”, não em seu sentido instrumental mas ontológico, de inacabamento e busca de ser mais — uma *caixa* que oferece múltiplas possibilidades e dispositivos que podem ser acionados nos diversos momentos de trabalho, ao mesmo tempo em que podemos somá-la ao que existe. Essas novas aprendizagens nessa *caixa*, ao longo da vida, têm sido exercício cotidiano de produção, construção de saberes, relações e novos sentidos ao cuidado com a saúde e a vida.

Por fim, deixamos aqui esse processo como um testemunho, por nos vermos construindo resistências e um rastro de esperança protagonizadora de *vida*

longa ao SUS! Consideramos que esta experiência — potencializada, analisada, sistematizada — contribui com a construção de um mundo e de uma sociedade mais equânimes, que almejamos, ao tecer compromissos com o momento presente desde que este projeto se fez rede, tecido em movimento, reavivando ações no contexto do SUS, quer em territórios, quer em serviços, quer junto a equipes e/ou junto às comunidades. Que nosso esforço possa continuar reverberando na efetivação e consolidação do direito à saúde, no sentido mais amplo, e ao SUS, como preconiza a Constituição em vigência no Brasil!

Referências:

- AGOSTINI, C. Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in Mexico City, 1890s–1920s. *American Journal of Public Health (AJPH)*. 2006; 96(1): 52-61.
- ARANTES, C. I. S *et al.* O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007. [Links]
- BARBOSA, A. M. G. Políticas de Saúde e Participação Social. *Revista Profissão Docente*, Uberaba, v. 9, n. 21, p. 41-69, jan./jul. 2009. [Links]
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica no. 24*. Tema: Saúde na Escola. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. *Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)*. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html Acesso em 28 fevereiro de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011. [Links]
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, jan./ jun. 2004. [Links]
- CHONCHOL, J. Prefácio. In FREIRE, Paulo. *Extensão ou Comunicação?* 1ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- COSSETIN, A. *Controle Social na Estratégia de Saúde da Família: avaliação participativa das ações em Saúde Mental*. 2010.155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. [Links]
- CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. Educação popular em saúde, seus caminhos e desafios na realidade atual brasileira. In Grupo Temático de Educação Popular em saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Org.). *Educação Popular em Saúde: desafios atuais*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2018.
- DANTAS, Vera Lucia de Azevedo. *Dialogismo e Arte na Gestão em Saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza-CE*. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Ceará). 2009. 322 p.
- DIAS, H.S., Lima, L.D., Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva* 2013; 18(6):1613-24.
- FERREIRA, J.B.; FOSTER, A.C.; SANTOS, J.S. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36(1 Supl 1):127-33.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Indignação: Cartas Pedagógicas e Outros Escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- LIMA, Ray. Um Pouco Mais De História Não Faz Mal A Ninguém – Vida Que Segue, História Que Continua... In *Saúde e Educação: uma relação possível e necessária*. Salto para o futuro. Secretaria de Educação a Distância - Ministério da Educação Ano XIX boletim 17. Novembro/2009.
- LINHARES, Ângela. Três Histórias para um Começo de Conversa sobre Arte e Saúde. Linguagens e Tecnologias. In *Saúde e Educação: uma relação possível e necessária*. Salto para o futuro. Secretaria de Educação a Distância - Ministério da Educação Ano XIX boletim 17. Novembro/2009.
- MONTEIRO, D. Agrossistema. In CALDART, R. S. (org) *et.al. Dicionário da Educação do Campo*. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012. pp. 67-73.
- MACHADO, K. Saúde e as bases de uma educação popular. Publicado em *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*. 2018. <http://www.epsjv.fiocruz.br>
- MERHY, E. E. Saúde. *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- MÉSZÁROS I. *A Educação para Além do Capital*. Boitempo Editorial. 2005; p.67.
- OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Educação em Saúde e Educação Popular e Saúde: Do que estamos falando? In: BRAYNER, Flávio (Org.). *Educação Popular: Novas abordagens, novos combates, novas perspectivas*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2015.
- PEDUZZI M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., BARROS, M.E.B. (organizadores). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010. p. 161-77
- PULGA, V.L. (org.) *et al. Mulheres Camponesas: semeando agroecologia, colhendo saúde e autonomia*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018
- RAIMONDI, G.A.; PAULINO, D.B.; MENDES NETO, J.P.; DINIZ, L.F.; ROSA, G.F.C. LIMIRIO JUNIOR, V.; OLIVEIRA, L.N. & LEONARDI, C.B.G. Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2018; 42 (2) : 73-78.
- ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013 <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2013.v37n96/139-147/pt> <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>
- SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane & MOTTA José Inácio Jardim. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério



LA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS: REFLEXIONAR CRÍTICAMENTE PARA ENRIQUECER LOS PROCESOS DE LAS PRÁCTICAS

Oscar Jara H.

- da Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Maio [citado 2020 mar.20]; 22(5): 1397-1397. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232017002501397&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>.
- TARDIN, J.M.; HADICH, C.L.A. Relação Ser Humano e Natureza: potencialidades à Educação em Agroecologia no Ensino Básico Médio. In: GOULART, A.J. ...[et al] *Diálogos sobre educação do Campo, resistência emancipação social e humana: um chamamento para reflexão no/do cenário educacional*. Curitiba: Apris, 2020.
- UFFS, Plano de Desenvolvimento Institucional da Universidade Federal da Fronteira Sul 2019-2023. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/institucional/a_uffs/a_instituicao/plano_de_desenvolvimento_institucional Acesso em 24/02/2020
- WELCH, R., McMAHON, S., WRIGHT, J. The medicalisation of food pedagogies in primary schools and popular culture: a case for awakening subjugated knowledges. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*. 2012; 33(5): 713-728.
- 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)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 835-838, dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400835&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 fevereiro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0767>.

Los nuevos desafíos de la producción de conocimiento que enfrentamos a partir del reconocimiento de la complejidad de las nuevas situaciones que el contexto actual nos presenta, exigen cada vez más el renovar los enfoques y las metodologías con las que trabajamos. Por un lado, la exigencia de impulsar procesos de democratización del conocimiento tanto en cuanto a su producción, como a su circulación, lo que implica reconocer la importancia de contar con miradas diversas desde prácticas diversas realizadas por sujetos diversos. Por otro lado, la exigencia de hurgar con mayor profundidad y rigurosidad en la novedad de los fenómenos producidos por situaciones inéditas, lo que implica desarrollar la capacidad de trascender lo descriptivo y narrativo para generar desde allí un ejercicio interpretativo y teórico que no signifique la aplicación mecánica de marcos conceptuales predefinidos y que, además, tenga como componente la vitalidad de la fuerza emocional. Esta apertura al sentipensamiento personal y colectivo significa, definitivamente, una ruptura radical con el positivismo tradicional y el apego a sus reglas metodológicas y también un distanciamiento crítico de la producción individualista y encapsulada que han caracterizado el trabajo académico predominante.

Se trata, entonces, de volver la mirada a la fuente de origen de estos procesos renovados de producción de conocimientos: nuestras experiencias. Es en ellas, sobre ellas y desde ellas que podemos enfrentar estos nuevos desafíos, construyendo apuestas epistemológicas y metodológicas pertinentes. Una de las propuestas que ha tomado mayor relevancia en los últimos tiempos es la de la **Sistematización de Experiencias**.

La Sistematización de Experiencias, como propuesta de producción de conocimiento sobre y desde prácticas educativas, organizativas y de procesos sociales comunitarios se ha ido convirtiendo desde los años noventa del siglo pasado en un enfoque de mucho interés en muchos ámbitos tanto académicos

como no académicos, en entidades públicas, en movimientos sociales, organismos no gubernamentales o agencias de cooperación internacional.

La formación en teoría y metodología de sistematización de experiencias en todos estos ámbitos, tiene su punto de partida en las propias necesidades y motivaciones planteadas a sus protagonistas por los proyectos y programas que ejecutan. Se parte de la convicción que hay una riqueza de enseñanzas en las experiencias concretas que no necesariamente estamos convirtiendo en aprendizajes ni en conocimiento. El activismo o la preocupación centrada en la mera ejecución de los proyectos, aparece como el principal obstáculo para generar y construir esos aprendizajes, a los cuales hay que dedicar un esfuerzo reflexivo sistemático y ordenado. Claro, muchas veces el tiempo que se requiere para hacerlo no está considerado en los planes y también hace falta orientaciones metodológicas y herramientas técnicas que lo posibiliten.

Desde ese doble punto de partida: la convicción de que las experiencias encierran múltiples y ricos aprendizajes que es necesario identificar, descubrir y explicitar, y la necesidad de contar con orientaciones y herramientas para hacerlo, hemos ido explorando rutas posibles y viables para sistematizar las experiencias, que están marcando el rumbo de procesos de formación y capacitación que realizamos en Costa Rica como en otros países.

Presentamos a continuación el abordaje conceptual y metodológico con el que hemos venido trabajando, así como algunas reflexiones propositivas en torno a las pistas que se van abriendo en el ámbito académico respecto a la importancia y viabilidad de este enfoque de producción de conocimientos desde las prácticas.

Qué entendemos por *Sistematización de Experiencias*

Desde el punto de vista conceptual, se hace necesario diferenciar lo que se entiende comúnmente como “sistematización”: ordenar, clasificar, catalogar datos e informaciones dispersas, con el concepto de “*Sistematización de Experiencias*” como interpretación crítica de los procesos vividos, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, posibilita identificar aprendizajes significativos que deben comunicarse y compartirse para alimentar la propia experiencia o para inspirar a otras en una perspectiva transformadora. Esta segunda acepción vinculada siempre

a “experiencias” implica un ejercicio intelectual de múltiples tareas: registro, descripción, reconstrucción, análisis, síntesis, interpretación, comunicación. En definitiva, implica realizar un proceso de teorización a partir de las experiencias vividas que exige un procedimiento riguroso y, por eso, sistemático.

Los procesos de formación en teoría y metodología de la sistematización de experiencias que hemos estado impulsando en varios lugares, se realizan desde un enfoque de Educación Popular, es decir desde una perspectiva educativa liberadora, horizontal, dialógica que busca construir un conocimiento transformador y desarrollar capacidades para el cambio social y personal a partir de ello. Supone un ejercicio de teorización desde la práctica comprometido con procesos transformadores en los cuales se refuerza nuestro quehacer como sujetos protagonistas de una Historia a construir, basándonos en los intereses, necesidades, aspiraciones y propuestas de las mayorías populares que sufren asimetrías en nuestras sociedades. Por eso, las sistematizaciones de experiencias tienen un doble signo de compromiso con los sectores oprimidos, marginados, excluidos o discriminados de nuestras sociedades: por un lado, porque estos programas y proyectos significan compromiso universitario con esas problemáticas para buscar contribuir a cómo superarlas y porque sistematizarlos para generar aprendizajes significativos, fortalece la comprensión crítica y propositiva por parte de las personas que son los sujetos participantes. Esto último lleva a promover un diálogo de saberes entre los saberes populares y los conocimientos académicos o teóricos, que se entrelazan en los procesos de formación dinamizando, a la vez, la dimensión investigativa y posibilitando enriquecer la dimensión docente.

Algunos aspectos claves de la concepción con la que trabajamos¹ son:

- Ubica la Sistematización de Experiencias como una interpretación que tiene como base el ordenamiento y reconstrucción de lo acontecido. Es decir que es el resultado de un esfuerzo complejo de ubicación, descripción, narración, clasificación de elementos, análisis y reflexión en torno a la experiencia vivida.
- En esta interpretación se busca identificar la lógica del proceso: dónde, cómo y por qué los distintos factores de la experiencia se relacionaron de determinada manera a lo largo de la experiencia; cuáles fueron los factores más activos y determinantes y cuáles los más dependientes o secundarios: qué continuidades,

¹ Esta propuesta teórica y metodológica está contenida y detallada en Jara, O. (2012). Muchos ejemplos y otras modalidades pueden encontrarse en la Biblioteca Virtual del CEAAL (ver bibliografía).

discontinuidades, contradicciones y rupturas se dieron en el proceso y por qué se dieron. Qué fases o etapas ha tenido la experiencia y por qué fue posible pasar de una a otra.

- La interpretación produce conocimientos críticos y aprendizajes significativos, desde la particularidad de lo vivido en las experiencias y por parte de quienes las han vivido. Esto implica, muchas veces, que logremos percibir dimensiones y perspectivas inéditas que estaban presentes en nuestras experiencias, pero no las habíamos percibido ni reconocido.

- La Sistematización de Experiencias permite — entonces — apropiarnos críticamente del sentido de la experiencia, no porque éste ya existiera de antemano, sino como un “hacer nuestro” el sentido de nuestra práctica. Por ello viene a ser una construcción crítica y consciente del sentido de la experiencia, lo que posibilita no sólo comprenderla en sus fundamentos y tramas invisibles, sino también darnos pistas para su orientación transformadora hacia el futuro.

Lo anterior implica que reafirmamos que somos sujetos de la Historia y no simplemente objetos que actuamos en ella, como propone Paulo Freire². La Sistematización de Experiencias se convierte en condición de posibilidad para que podamos comprender teóricamente — con un nivel de abstracción y generalización mayor — la particularidad de las experiencias y podamos asumirlas en nuestras manos con una intencionalidad transformadora.

Por ello es que la Sistematización de Experiencias puede contribuir a reforzar el compromiso transformador del quehacer social y político, aportando a la producción de un conocimiento nutrido de la riqueza de la realidad económica, social, política y cultural en la que las organizaciones, universidades e instancias están insertas y contribuyendo a que los procesos de cambio social tengan como protagonistas a los sectores sociales de las comunidades con las que se trabaja, apoyando proyectos de gestión local y de incidencia social de alcances diversos.

Esta concepción de Sistematización de Experiencias rompe con tradicionales esquemas de intervención extensionista en los que se pretendía “llevar el saber académico a las comunidades”, para más bien construir un conocimiento académico nutrido del diálogo de saberes producido en las experiencias. De ahí que se exija también una metodología coherente con esta visión.

2 Freire, P. (1996) Pedagogía da Autonomia, São Paulo, Paz e Terra. p.85.

Una propuesta metodológica flexible y viable para hacer posible la sistematización

En los procesos de formación en Sistematización de Experiencias que hemos coordinado en los últimos años, se han ido siguiendo los momentos (no “pasos” en un sentido lineal, ni de aplicación de receta) de una propuesta metodológica que, partiendo de esa experiencia vivida, en primer lugar, formula un **Plan de Sistematización** en el que es importante:

Delimitar el objeto o experiencia a sistematizar (en tiempo y lugar), identificando la práctica concreta, sus actores y condiciones y el período que servirá de base para construir los aprendizajes.

Definir un objetivo preciso a alcanzar como resultado de esta sistematización.

Precisar un eje en torno a los aspectos centrales de la experiencia que nos interesan más y, por tanto, se convierten en un hilo conductor para leer la experiencia.

Identificar las fuentes de información con que se cuenta: los registros documentales, fotográficos, sonoros, audiovisuales etc. y los que habría que conseguir para abordar un conocimiento a fondo del proceso de la experiencia transcurrida.

Formular los procedimientos, técnicas y actividades a realizar, determinando responsabilidades, fechas y productos, así como prever un presupuesto que permita solventar todo el proceso de sistematización.

Una vez elaborado el plan, viene toda una etapa de **Recuperación del proceso vivido**, de mirar la experiencia como proceso utilizando los registros y fuentes, de identificar sus etapas, actores, interrelaciones. Para ello, habrá que ordenar la información y también hacer una reconstrucción histórica con base en el eje de sistematización formulado.

Esta recuperación del proceso es la base para hacer entonces toda una labor de análisis de diferentes aspectos por separado y también de realizar síntesis e interrelaciones entre los elementos encontrados. Es el momento clave y sustantivo de la **Interpretación crítica del proceso vivido**. Allí, normalmente, surgen hallazgos de

diverso tipo que no habíamos percibido cuando ocurrieron o que ahora son visibles por haber relacionado aspectos diversos que ocurrieron durante la experiencia. Este momento, que se caracteriza por posibilitar una “toma de distancia” sobre lo vivido para mirarlo críticamente y que nos permite tener un mirar panorámico y de conjunto, crea las condiciones para ya no sólo hacer una descripción o una narración de lo ocurrido, sino para construir una interpretación de fondo. De esta manera se abre — desde la reconstrucción del proceso vivido — un momento específico de teorización, de abstracción, de comprensión de causas, factores comunes y diferentes, tensiones y contradicciones que marcaron dicho proceso y lo definieron. Ello nos permite derivar, por tanto, hacia la formulación de conclusiones, aprendizajes y recomendaciones.

Finalmente, estas formulaciones deben ser comunicadas, compartidas, puestas al debate para ir generando consensos y orientaciones, para plantear propuestas y líneas de acción para el futuro. Aquí es donde la sistematización de experiencias posibilita no solamente “apropiarse de la experiencia pasada”, sino apuntar a “apropiarse del futuro” orientando con mayor capacidad y proyección lo que se plantea y recomienda hacer.

Siguiendo esta ruta a través de talleres presenciales y ejercicios individuales y colectivos orientados virtualmente a través de una plataforma informática educativa (Moodle), con apoyo de materiales de lectura y audiovisuales, cada equipo o persona que inició el proceso algunos meses antes planteándose el interés y necesidad por sistematizar una determinada experiencia de Acción Social, concluye redactando un artículo académico que sintetiza los resultados de su proceso de sistematización. También, a partir de todo lo realizado en esta sistematización de la experiencia, algunos equipos o personas, utilizando las fotografías, grabaciones, vídeos y matrices de recuperación del proceso, elaboran otro tipo de productos comunicativos, sea para compartirlo con colegas que trabajan en proyectos similares, o sea para compartirlo con las personas de las comunidades con las que se trabajó u otras con experiencias semejantes.

Cada producto de sistematización implica un intenso trabajo de ordenamiento, reflexión, aprendizaje y de intercambio. Muchos de ellos son elaborados también con las personas de las comunidades con las que se ha venido trabajando, de tal forma que sus voces y sus saberes se expresan y comparten por medio de ellos.

Pistas que van abriendo nuevas rutas

Pese a que ya hay un camino andado de varios años en este campo, cada nueva experiencia de formación genera aprendizajes diferentes, aborda problemáticas innovadoras y exige variables metodológicas adecuadas a condiciones inéditas, así como profundizar en nuevas temáticas. De esta manera se van poco a poco superando las tendencias al activismo que no deja tiempo para la reflexión; a la elaboración de informes puramente descriptivos y narrativos que no incorporan reflexiones críticas; a la distancia entre el diálogo de saberes que se produce en las experiencias de organización y participación social y los conocimientos producidos en procesos investigativos. Asimismo, está siendo creciente la cantidad de proyectos que incorporan desde su planeación momentos específicos y recursos humanos y materiales destinados a la sistematización de las prácticas como ejercicio interpretativo crítico estrechamente vinculado a la marcha de los proyectos y no como una tarea externa, puntual o posterior.

Cada nueva experiencia de formación y capacitación en Sistematización de Experiencias es, en realidad, un incentivo y una oportunidad maravillosa de aprendizaje para quienes las estamos proponiendo. Seguimos, por ello, aprendiendo y compartiendo aprendizajes como los que hemos querido abordar en este artículo. Esperamos que sea también un incentivo para incorporar esta dimensión en el quehacer extensionista, no como una actividad aislada, sino como un ejercicio permanente que contribuya a reforzar los esfuerzos por una universidad comprometida y coherente frente a los desafíos de nuestras sociedades.

Referencias:

- Biblioteca Virtual de Sistematización de Experiencias- CEAAL, Consejo de Educación Popular de América Latina y el Caribe. <http://ceaal.org/v3/bibliovplas/>
- FREIRE, P. (1996) *Pedagogía da Autonomia*, São Paulo, Paz e Terra.
- JARA, O. (2012) *La Sistematización de Experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles*. San José: CEP Alforja, CEAAL, Oxfam Intermon.

A PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE NAS EXPERIÊNCIAS DE INTERAÇÃO PEDAGÓGICA COM AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Vanderléia Laodete Pulga
 Ralf Amaral Santos
 Iury Daron
 Luana de Bem Giareta
 Raquel Buffon
 Rita Tatiane da Silva Miranda
 Fernanda Souza de Oliveira
 Simone Zanetti

Introdução

A formação dos profissionais da saúde e sua inserção social e comunitária é um dos desafios emergentes e tema presente nos processos e dispositivos de mudanças nos cursos da área da saúde.

Nessa perspectiva, a Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo (UFFS/PF), desde 2013, quando este foi criado, através do curso de medicina e, posteriormente, com as residências em saúde, especialmente a multiprofissional, vem realizando um processo de interação junto às comunidades quilombolas, indígenas, de assentamentos rurais, de ocupações em periferias urbanas, dentre outras, através das vivências/imersões no Sistema Único de Saúde (SUS), seus serviços, equipes, territórios e comunidades.

Esse processo acontece vinculado ao componente curricular de saúde coletiva, em que são realizadas ações educativas, de promoção e cuidado da saúde e de interação entre a universidade e as comunidades. Na residência multiprofissional, se dá em ações vinculadas à prática profissional e aos seminários integrados. Vem sendo construído e aperfeiçoado junto com as comunidades envolvidas e suas Associações Comunitárias, com as equipes e a gestão municipal de saúde do município de Sertão/RS e as entidades parceiras dessas comunidades como a Cáritas, a Pastoral da Saúde, o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul - Campus Sertão., a Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN), a Universidade de Passo Fundo e a Emater. Essa

construção se aperfeiçoou à medida que buscou articulação dialética do ensino com a extensão popular e a pesquisa, assim como a integração ensino-serviço-comunidade.

As reflexões aqui trazidas compõem um conjunto de saberes que emergem de experiências vivenciadas por acadêmicos de medicina, docentes, lideranças quilombolas e de entidades parceiras — com base em relatos de experiências, construção de narrativas, análise de portfólios, diários de campo e registros em relatórios das atividades realizadas junto às comunidades quilombolas de Arvinha e Mormaça no município de Sertão, Rio Grande do Sul.

Essa construção compartilhada compõe um mosaico de saberes singulares em diálogo com os desafios contemporâneos da formação na saúde, entrelaçados pelas tessituras dos valores e dinâmicas da educação popular em saúde e com o objetivo de evidenciar como as vivências e interações educativas com as comunidades quilombolas contribuem na formação médica e multiprofissional em saúde, ao mesmo tempo em que, na interação, todos os envolvidos se transformam e estabelecem novos saberes e possibilidades do inédito viável, conforme destaca Freire:

O 'inédito-viável' é na realidade, pois, uma coisa que era inédita, ainda não claramente conhecida e vivida, mas quando se torna um 'percebido destacado' pelos que pensam utopicamente, o problema não é mais um sonho, ele pode se tornar realidade (FREIRE, 2014a, p. 225).

A metodologia utilizada se constituiu na articulação de várias ferramentas de produção de conhecimentos a partir das práticas significativas, com relatos de experiência, utilização dos registros em portfólios e diários de campo dos engajados na escrita deste texto, pelas narrativas e pela sistematização embasada em Oscar Jara (2013).

Concordamos com o autor acima citado que a produção do conhecimento sobre o vivido deve se fazer com participação ativa de quem constrói os processos, de modo a oportunizar o compartilhar de necessidades, anseios, valores e saberes (JARA, 2006).

Tomamos como base o conceito de experiência apresentado por Jorge Larrosa Bondía:

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. (...) A palavra experiência vem do latim *experiri*, provar (experimentar). A experiência é em primeiro lugar um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova. O sujeito da experiência tem algo desse ser fascinante que se expõe atravessando um espaço indeterminado e perigoso, pondo-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião (BONDIA, J. L., 2002, p. 21).

Assim, como a experiência é o vivido que traz suas singularidades, dinamicidade e intersubjetividades, ao evidenciarem-se as produções que emergem desses processos e travessias, carrega-se essas especificidades e os aprendizados se dão tanto nas experiências exitosas ou de alegria e prazer como também em experiências frustrantes, sofridas ou não exitosas que, se colocadas em reflexão e análise, ganham novos sentidos. Desse modo, podemos todos nós sermos transformados por tais experiências ao longo do percurso, sempre aberto à busca de “ser mais”, conscientes da finitude e inacabamento do humano (FREIRE, 2015b).

Nas experiências de interação com as comunidades remanescentes de quilombos, os caminhos trilhados conjuntamente têm produzido transformações em todos os sujeitos envolvidos, desde gestores públicos, acadêmicos, residentes, docentes, profissionais da saúde e integrantes dessas comunidades. As experiências desafiam a produção do novo, tanto do ponto de vista da travessia e do perigo, como da abertura e da exposição, da receptividade e da transformação — e da paixão, conforme nos aponta o autor:

Se a experiência é o que nos acontece, e se o sujeito da experiência é um território de passagem, então a experiência é uma paixão. (...) funda também uma ordem epistemológica e uma ordem ética. O sujeito passional tem também sua própria força, e essa força se expressa produtivamente em forma de saber e em forma de práxis. O que ocorre é que se trata de um saber distinto do saber científico e do saber da informação, e de uma práxis distinta daquela da técnica e do trabalho. O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana. De fato, a experiência é uma espécie de mediação entre ambos (BONDIA, 2002, p. 22).

A produção de sentidos ao viver e os saberes que emergiram nas pessoas envolvidas nos processos de interação pedagógica de estudantes e residentes da UFFS junto a essas comunidades é muito maior do que a capacidade de traduzi-la nesse texto, que tem seu foco e suas limitações.

Entretanto, o desafio de escrever as reflexões que seguem, a várias mãos, foi o de ter essa diversidade presente na autoria — que se deu a partir da definição conjunta dos objetivos e metodologia e, em seguida, da elaboração de forma compartilhada.

Assim, o texto está estruturado inicialmente com uma breve contextualização sobre a promoção da equidade em saúde da população negra e quilombola; segue-se a trajetória histórica das comunidades de remanescentes de quilombos de Arvinha e Mormaça; depois vem a análise da formação médica e multiprofissional em saúde inserida no SUS e nas Comunidades Quilombolas com a educação popular; e, por fim, aportamos os aprendizados, desafios e considerações.

1. Contextualização da Promoção da Equidade em Saúde da População Negra e Quilombola

Desde 1988, a Constituição Federal, em seu Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT/CF), garante que *aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos*”.

De acordo com o Decreto 4.887/2003, os **quilombos** são:

grupos étnico-raciais segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (Art. 2º do Decreto 4887, de 20/11/2003).

As comunidades quilombolas no Brasil são múltiplas e variadas e se encontram distribuídas em todo o território nacional. Em algumas regiões, elas são mais numerosas que em outras. Há comunidades quilombolas rurais e outras, urbanas — que se constituem por meio de fortes laços de parentesco e herança familiar; que receberam as terras como doação e que se organizaram coletivamente e adquiriram a terra.

O termo quilombo ganhou um novo significado e passou a ser sinônimo de luta por direitos. Sobretudo pelo direito a ser reconhecido e não apenas fazer parte de um passado a ser lembrado. As mobilizações e a formação de associações quilombolas permitiram aos afrodescendentes recompor e reescrever uma narrativa única sobre sua história, em que o quilombo se constituiu em um projeto de afirmação de liberdade, de desejo de acolhimento na sociedade brasileira, tentativa de fazer a passagem da cidadania negada para a emancipação possível (FIABANI, 2018).

Para os quilombolas, pensar em território é considerar um pedaço de terra como algo de uso de todos da comunidade, pois a terra é entendida como de uso coletivo e algo que faz parte deles mesmos, uma necessidade cultural e política da comunidade que está ligada ao direito que possuem de se distinguirem e se diferenciarem das outras comunidades e de decidirem seu próprio destino. Eles vivem em territórios que podemos chamar de tradicionais: *“Os territórios tradicionais são espaços necessários à reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária(...).”* (Artigo 3, da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, instituída pelo Decreto 6.040 de 07 de fevereiro de 2007).

As comunidades quilombolas integram a população rural brasileira, que se caracteriza por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade.

Assim, a riqueza deste Brasil rural vai além de seus recursos naturais, pois se encontra também na diversidade de sua gente, representada pelas populações tradicionais quilombolas, por povos indígenas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas e do pantanal, pelas comunidades ribeirinhas, pelas vilas litorâneas de pescadores artesanais e dos manguezais e pelas mulheres quebradeiras de coco babaçu das florestas de palmares (BRASIL, 2012a).

Ao mesmo tempo em que foram se construindo as conquistas de demarcação dos territórios quilombolas, a saúde foi se consolidando como um dos direitos inerentes à condição de cidadania. Mais do que um direito social, há

uma tendência cada vez mais perceptível de se considerar o direito à saúde como um direito humano.

Trata-se, ainda, de um direito ampliado, incluindo não somente cuidados médicos, mas também determinantes como: acesso à água potável, saneamento adequado, segurança alimentar, nutrição, boas condições ocupacionais e acesso à informação e educação em saúde. Dessa forma, a sociedade foi dando espaço a valores sociais, garantidos na base constitucional brasileira e no Sistema Único de Saúde, como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social.

A equidade, particularmente, é um elemento conceitual que vem se consolidando ao longo do tempo, tendo sempre o cuidado de compreender as diferenças, as necessidades e as particularidades dos distintos grupos sociais. No Brasil, tem-se procurado exaustivamente no campo da saúde coletiva, superar as desigualdades através de formulação de políticas públicas equânimes, incorporando às mesmas as diferenças e diversidades de base étnico-culturais.

Com o SUS, que institucionalizou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, apesar de todo empenho na sua implantação, ainda perdura, fruto de uma sociedade desigual, a iniquidade decorrente de fatores como condição social, desinformação, diferenciais de escolaridade ou ainda presença de privilégios e discriminação.

Desse modo, a igualdade no acesso aos serviços de saúde não é suficiente para reduzir as desigualdades no adoecer e no morrer entre os distintos grupos sociais. Essa discrepância tem sido considerada fundamental na formulação de políticas públicas, ao lidar com necessidades diferentes, determinadas pela diversidade de sexo, idade, raça, renda, acesso a bens e serviços — e, ainda, de características culturais de grupos e indivíduos.

Diante disso, as comunidades quilombolas têm o direito de acesso à atenção integral à saúde pelo Sistema Único de Saúde nos seus municípios, com todas as ações que respondam às suas necessidades, especificidades e singularidades.

O reconhecimento institucional dessas fragilidades de acesso e do agravamento das problemáticas de saúde da população negra resultou na construção coletiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), Portaria nº992/2009. No caso específico das Comunidades Quilombolas, as mesmas enfrentam, além do

racismo, os condicionantes sociais das desigualdades históricas produtoras do visível empobrecimento e vulnerabilidades que marcam seu cotidiano de vida.

Além disso, decorrente de lutas sociais do movimento negro e articulação com o setor público, ainda em 2006 os municípios que continham comunidades quilombolas receberam um acréscimo nos repasses do Ministério da Saúde, justamente para o enfrentamento dessas desigualdades e para a promoção efetiva da saúde dessas populações. Essa parcela da população brasileira também é referenciada na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Portaria nº 2.866/2011.

Essas ferramentas institucionais, orientadoras dos serviços desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde, reforçam a perspectiva do respeito dos saberes e práticas das comunidades nos processos de planejamento e execução da ampliação da oferta e do acesso à saúde no SUS.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais — em destaque, o vigente racismo — que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras.

A implementação dessas estratégias e políticas de equidade depende do cumprimento das responsabilidades dos gestores municipais, estaduais e federais, do fortalecimento do controle social sobre as aplicações dos recursos e das políticas e da capacitação dos profissionais de saúde, a fim de que atuem em prol da melhoria das condições de saúde da população negra a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde. Tudo isso se articula direta e indiretamente com as comunidades e com a necessária mobilização popular das conquistas já garantidas para sua efetivação.

A partir dessa política é preciso reconhecer e assumir a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população — precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos

índices de violência, assim como doenças específicas a esta população, como é o caso da anemia falciforme, dentre outras que evidenciam a necessidade de um olhar atento e diferenciado dos profissionais de saúde no cuidado às pessoas negras.

Esta política reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS — governos federal, estadual e municipal — na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para a redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

2. A trajetória histórica das Comunidades Remanescentes de Quilombos de Arvinha e Mormaça em Sertão/RS

O Rio Grande do Sul tem Comunidades Remanescentes de Quilombos. Apesar da quase inexistência de referenciais que apresentem a trajetória histórica dessas Comunidades Remanescentes de Quilombos, Arvinha e Mormaça, localizadas na área rural dos municípios de Coxilha e Sertão, norte do Estado do Rio Grande do Sul, tiveram em 2004 o reconhecimento como comunidades remanescentes pela Fundação Cultural Palmares.

Arvinha e Mormaça são comunidades que lutam pela manutenção e recuperação dos espaços geográficos que hoje ocupam, pois têm o propósito de um processo de trabalho autônomo e livre das famílias que as constituem.

É importante dizer que além da falta de registros históricos, em 2013, quando iniciou-se a interação entre a UFFS e essas duas comunidades, nem mesmo seus habitantes conheciam profundamente sua história — e não reconheciam a importância disso.

Iniciamos essa construção desafiando as pessoas mais idosas a contar suas histórias em narrativas orais, quando fazíamos as vivências com mais de 30 estudantes de medicina e residentes em saúde, e nas atividades de extensão, como forma de nos conhecermos melhor.

Então, cada participante da roda de conversa inicial contava um pouco de sua vida, de onde vinha, o que trazia de saberes e de sabores dos seus recantos de

origem, e, assim, cada integrante da comunidade também se sentia bem em contar sua trajetória e seus costumes — e tipos de comida próprios dessas comunidades.

Por várias vezes, as lideranças locais convidavam os mais idosos para contar detalhes dessa trajetória. Optamos por desafiar duas lideranças dessas comunidades a trazerem aqui a memória viva construída pelas narrativas orais dessas duas comunidades¹.

Assim, trazemos a história da Comunidade Quilombola da Arvinha na fala de uma das autoras deste capítulo:

Falar da história da minha comunidade da Arvinha é falar de uma árvore. Ela é o símbolo da comunidade. No alto de uma coxilha havia uma mangueira de encerrar o gado de propriedade do Senhor Francisco de Barros Miranda. Então, um palanque mestre de cambará dessa mangueira brotou e se transformou em uma “arvinha”, como o povo mesmo diz.

Aquela coxilha era lugar de passagem dos tropeiros que iam levar seu gado para outros estados e que costumavam parar por ali na arvinha, para descansar ou para pernoitar. Foram eles que começaram a chamar aquele lugar de Invernadinha da Arvinha, por causa da árvore que brotou e cresceu e que depois ficou só Arvinha.

A Arvinha tem muitas outras histórias que aconteceram por mais de cem anos. Até hoje nossa comunidade busca preservar esse patrimônio. Se você ir lá e perguntar para alguém, é certo que vão te contar uma história dessa árvore, porque tem muitas.

Mas a nossa mãe velha, que começou nosso quilombo, foi a Dona Cezarina. Ela era minha tataravó. Foi uma moça escravizada pelo seu Francisco de Barros Miranda. Era um senhor que tinha muitas terras aqui na nossa comunidade da Arvinha e comprou a Cezarina para trabalhar pra ele.

Contam que ela era uma negrinha muito bonita e, por isso, ele acabou querendo ter um caso com ela. Isso durou muito tempo. Ela acabou engravidando desse sinhô Francisco — e com ele, ela teve cinco filhos que eram a Dona Silvana, o Quirino e a Quirina que eram gêmeos, o Antônio e a Leonor.

¹ Merece agradecimento a Técnica em Assuntos Educacionais Vanda Aparecida Fávero Pino do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul - Campus Sertão pelas contribuições na construção das narrativas e da revisão do capítulo.

Eu também sou gêmea, como o Tio Quirino e a Tia Quirina. Acho que isso puxa. Na verdade, sou trigêmea e minha mãe teve outros irmãos meus que são gêmeos. Dizem os antigos que o tio Quirino morreu muito velho, com muito mais de cem anos. Porém este sinhô Miranda, pra não ter compromisso com os filhos que teve com a Dona Cezarina, fez ela casar com um escravo da fazenda dele para o escravo criar os seus filhos como se não fossem do patrão.

Assim o tempo foi passando, a dona Cezarina foi ficando velha e o sinhô acabou não querendo mais ela em sua casa, porque ele disse que ela não servia nem pro serviço de casa e nem para se deitar com ele.

E o tempo foi passando ainda mais e ela não ganhou nada de recompensa de seu trabalho e nem para os seus filhos. O que ela ganhava de seu serviço era um prato de comida. Então ela pensou que pelo menos ela queria os direitos de seus filhos terem onde morarem.

E tanto insistiu que acabou ganhando os direitos de seus filhos que é a terra aqui da Comunidade Quilombola da Arvinha, que resiste até hoje com a luta de Dona Cezarina, que é a minha tataravó, e da Dona Silvana, que é minha bisavó.

E essa é nossa história de ancestralidade que passa de geração a geração. Eu sou a Rita Tatiane da Silva Miranda: mãe, agricultora, estudante, pesquisadora, contadora de histórias, mulher negra e quilombola com muito orgulho!

No caso específico da Comunidade da Arvinha, os marcos históricos nos remetem ao Brasil Colonial em períodos de escravidão, em que os negros serviam aos senhores — donos das propriedades —, e ao papel que as mulheres negras escravas desenvolviam nas senzalas, que era o de realizar todas as tarefas domésticas, bem como cuidar dos filhos da família do fazendeiro e, muitas vezes, serem submetidas aos desejos sexuais do senhor da fazenda, sem nenhum valor, conhecimento ou pagamento. A história dessa comunidade torna evidente a reprodução da cultura de dominação patriarcal, racista e capitalista sobre a população negra.

Além disso, evidencia fragmentos da história da região norte do Rio Grande do Sul, que teve em sua formação o importante papel dos tropeiros

cuidadores e transportadores de gado para a região sudeste. Mostra como se deu a formação de municípios como Passo Fundo, Sertão e Coxilha, como afirma Celita, outra líder da comunidade em uma entrevista: “Sua formação esteve ligada à realidade do cativo que havia e com uma elite política e rural do período”².

O nome que deu origem à comunidade estava vinculado ao importante significado que tinha essa árvore nesse contexto socioeconômico. “Arvinha” como ficou conhecida, é o principal símbolo da comunidade. Colabora nessa análise o depoimento publicado:

A comunidade da Arvinha faz referência a um pé de Cambará centenário que brotou de um palanque. Na época dos tropeiros, a árvore era ponto de descanso desses homens, e por chamá-la de “Arvinha”, foi dado esse nome às terras. Em outubro de 2019, a árvore foi arrancada, com a justificativa que se desconhecia a sua importância para a região, além de atrapalhar no momento de passar veneno na lavoura. A pedido dos moradores quilombolas, a árvore foi replantada (in COM ARTE, 2020).

O conhecimento sobre a história, suas origens e ancestralidades, sua cultura, valores étnico-culturais, seus rituais, símbolos, língua e cultura típica alimentar, seus festejos e expressões religiosas são fundamentais para a construção da identidade e da autonomia de cada povo. Expressão disso é o orgulho e a alegria de Rita e de outras lideranças ao falarem de sua comunidade e do seu compromisso com a defesa de seu território.

Nesse processo de recuperação da história das Comunidades Remanescentes de Quilombos, trazemos aqui a história da Comunidade Quilombola da Mormaça na narrativa de uma das autoras deste capítulo:

Por meio do projeto da construção desse livro, eu, Fernanda Souza de Oliveira me apresento através de minha representatividade como mulher negra e pertencente ao quilombo da Mormaça.

Sou também acadêmica, estudante do Curso de Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Básica e Profissional no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul - Campus Sertão.

² Conforme depoimento feito em entrevista à revista Com Arte <http://nexjor.com.br/comarte/index.php/2020/06/24/comunidade-remanescente-da-arvinha-esta-na-setima-geracao/>

A história da minha Comunidade Quilombola da Mormaça que se localiza no interior, próximo ao Município de Sertão, no norte do estado do Rio Grande do Sul, é a história do quilombo que foi formado por minha tataravó, ex-escravizada Firmina Vieira que, juntamente com seu marido, Elisbão, formaram uma família com seus filhos e filhas, sendo que uma delas é a protagonista que deu nome à comunidade.

Também moravam por ali os andarilhos que eram chamados pelos comunitários do quilombo de mulambos, que não tinham pra onde ir e iam se tornando amigos e parentes dos nossos ancestrais.

A população que se ajuntava ali visava a comunidade como forma de refúgio e segurança contra a escravidão, rodeados por uma mata de araucárias e outras espécies.

A minha tataravó Firmina foi trabalhar desde a adolescência com serviço doméstico na fazenda do Senhor Amâncio de Oliveira Cardoso, co-cunhado de Francisco de Barros Miranda, sinhô dos ancestrais da Comunidade Quilombola da Arvinha, como uma criada da casa, fiel e obediente.

Foi através da alforria, que é bom dizer que naquela época não era um ato desinteressado de bondade do senhor para com o escravizado, que se buscou a liberdade e a possibilidade de uma forma mais digna de vida.

Ela foi liberta do seu ex-coronel Amâncio. Com passar dos anos, Firmina deu à luz a Francisca Vieira, a Chica Mormaça. Chica se casou com Luiz Bernardo da Cruz.

Moravam na terra onde já morava sua mãe e tiveram quatro filhos. Casada, Francisca Vieira agregou o sobrenome do marido, passando a se chamar Francisca Vieira Cruz; no entanto, o marido era mais conhecido pelo apelido, Mormaço.

Esta história, o Seu Pedrinho, neto da Chica Mormaça, que conviveu com ela até os vinte anos de idade, sempre conta. O véio Mormaço tinha esse apelido porque em dia de calor tinha mania de passar a mão na testa e dizer: “mas que mormaço!” Então, em referência a ele, sua esposa passou a ser conhecida como Mormaça.

Francisca Vieira, a Mormaça, é central para a memória e identidade da comunidade pelos seus saberes com as plantas medicinais. Além disso, ela tinha as mãos seguras e fortes para trazer crianças ao mundo através dos partos.

A Dona Nena, nossa tia que faz 100 anos no ano de 2020, que recebeu o dom e os saberes do parto, dos benzimentos e dos remédios por intermédio da Mormaça, conta que lá pela Volta Grande, “todo mundo nasceu pelas mão da Mormaça”. Ela fazia rezas para todos os tipos de problemas que as pessoas a procuravam, desde plantação, criação, até questões de família e finanças.

A minha Comunidade Quilombola da Mormaça está resistindo graças aos mais idosos que permaneceram no quilombo. Com passar dos anos, o grande problema é que terra foi ficando pouca e então foi ficando poucos moradores, em torno de umas quinze famílias.

Mas quando a falta de oportunidade é muita nas cidades, alguns dos mais novos voltam a buscar refúgio no quilombo. E quando é dia de festa no quilombo, jovens e velhos, todo mundo se ajunta.

A gente sente que lá dentro é diferente. E mesmo quem é de fora e conhece a Mormaça, diz a mesma coisa.

A solidariedade é comum, de antes, com os puxirão, e, nos dias de hoje, um ajudando o outro através serviços coletivos, empreitadas.

Para o consumo, se fazem pequenas roças com batata doce, mandioca, amendoim, milho e feijão e também se criam animais.

Além disso, ajuda bastante os programas e benefícios sociais, como o Bolsa Família e as aposentadorias.

São realizados alguns encontros, oficinas, cursos e eventos no centro comunitário (salão) com algumas entidades do Município de Sertão, como a Emater.

Desde 2015, a Cáritas Arquidiocesana de Passo Fundo construiu, com as comunidades quilombolas, o Encontro das Comunidades Quilombolas de Sertão, que é uma grande festa em que os velhos e jovens se reúnem para prostrar, celebrar e compartilhar.

E nessa festa não podemos esquecer da feijoada, que todos os anos é feita pelo meu pai, seu Adair, e outros membros da comunidade. Essa é uma das coisas mais bonitas que acontecem em nossas comunidades, de uns tempos para cá.

No tempo dos nossos ancestrais, eles também se juntavam com os amigos e parentes da Arvinha, porque as outras comunidades formadas por pessoas brancas proibiam que os pretos frequentassem seus bailes. Aí desses bailes dos “morenos” aconteceram muitos casamentos.

Hoje eu vejo que a minha experiência como estudante e pesquisadora quilombola foi evoluindo por meio de uma larga jornada de aprendizado, a partir de atividades práticas e teóricas.

Contribuiu muito para esse empoderamento minha caminhada acadêmica no IFRS-Campus Sertão, desde 2011. No projeto de pesquisa Narrativas Oraís nas Comunidades Quilombolas da Região Norte do Rio Grande do Sul - Uma Proposta de Trabalho na Escola, realizado nessa instituição, que teve como equipe a Técnica em Assuntos Educacionais, Vanda Aparecida Fávero Pino, e os professores Luciana da Costa de Oliveira e Felipe Batistella Alvares — eu e a Rita Tatiane da Silva Miranda, como bolsistas de pesquisa, quilombolas, fomos pesquisadoras em nossas próprias comunidades.

Isso abriu muitos horizontes para que pudéssemos falar sobre os quilombos — e todos os dias que agradeço por isso. Com todas essas vivências, comunitárias e acadêmicas, hoje me sinto protagonista de minha própria história, guiada por minha ancestralidade — e me digo pertencente à Comunidade Quilombola da Mormaça.

Essa narrativa traz presente, no contexto da escravidão, um lugar da resistência — o local físico de refúgio dos escravos que fugiam das senzalas, assim como de andarilhos que não tinham onde morar e que ali encontravam seu espaço.

Como refúgio, esta comunidade da Mormaça tem em sua origem dois sentidos: como o lugar para o qual se foge para escapar a um perigo, e como asilo, retiro e proteção. Talvez por isso, em meio ao contexto da escravidão e do papel social das mulheres realizarem os serviços domésticos, a matriarca, Mormaça, desenvolveu também outras habilidades — e cumprindo outras ações nesse lugar: a missão de cuidar.

Nessa missão de cuidar, Mormaça foi a protagonista central, a mulher cuidadora, protetora, parteira que utilizava dos saberes tradicionais, do uso das plantas medicinais, das rezas e das mãos acolhedoras para cada criança que nascia — e, que, por isso, teve seu reconhecimento na origem da Comunidade.

Outro aspecto interessante da origem da comunidade é o espaço da acolhida e dos desafios comunitários que produziam formas coletivas de enfrentar as dificuldades, como o “puxerão” — também conhecido como mutirão, no qual as pessoas se unem para realizar ações conjuntas para ajuda a quem necessitar.

Ao analisar as narrativas, trazemos a memória ativa dessas comunidades. É possível, dessa maneira, construir interações entre as Comunidades de Remanescentes de Quilombos de Arvinha e de Mormaça com a Universidade Federal da Fronteira Sul, interações essas que valorizem e respeitem a história e o cotidiano dessas comunidades, em que se fortaleça um processo de redescobertas das narrativas populares e da escuta ativa e propositiva de agentes sociais em formação pela universidade, caracterizando a importância do exercício da cidadania e da defesa da saúde como um direito humano e a efetivação da equidade como inserção destas comunidades nas ações públicas.

Ademais, essas vivências possibilitam, muitas vezes, a experiência de se viver em um território e acompanhar lutas, vidas que não são reportadas nos conteúdos programáticos do ensino tradicional da medicina, mas que fazem parte do desenvolvimento de saberes e habilidades interpessoais no processo construção de relações horizontais no cuidado em saúde.

Nos cuidados em saúde, principalmente na Atenção Básica, que tem a prerrogativa de atuação no território dessas comunidades, o maior desafio é estabelecer e possibilitar a autonomia do cuidado — que somente é possível quando os sujeitos envolvidos na execução e participação dessa estratégia pública convivem e partilham dessas narrativas aqui trazidas, no sentido de dar voz e legitimidade a essas pessoas que a sociedade, através do racismo, invisibilizou.

É necessária uma escuta ativa e articulada, que permita a manifestação das dificuldades e potencialidades desse espaço, e famílias em que as pessoas tenham o sentimento de pertencimento a esse território e história.

Há seis anos, a memória histórica dessas comunidades estava sufocada e invisível por parte da sociedade do entorno e fragmentada nos registros orais de

algumas lideranças mais idosas. O trabalho de interação das diversas entidades parceiras vem possibilitando que essa memória, que parecia estar apagada, se apresente, se expresse e se torne memória viva — como foi a apresentação em teatro no Encontro das Comunidades Quilombolas e nas narrativas que aqui ganham expressão e reconhecimento por meio dessas vozes.

3. A formação médica e multiprofissional em saúde inserida no SUS e nas Comunidades Quilombolas a partir da educação popular em saúde

A Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, Campus de Passo Fundo, participou do Plano Nacional de Expansão do Curso de Medicina, instituído pela Portaria MEC nº 109, de 05 de junho de 2012. Nesse intuito, o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina segue os preceitos da Constituição Federal Brasileira no que se refere à reorientação da formação profissional na área da saúde, bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, as orientações do Ministério da Educação que acompanham o Plano de Expansão da Educação em Saúde, sobretudo as de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Este processo tem como objetivo formar médicos(as) qualificados(as) para enfrentar os desafios atuais do Sistema Único de Saúde no Brasil e a necessidade de permanência e fixação desses profissionais em áreas onde há carência destes profissionais.

Assim, o *campus* Passo Fundo e o Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul assumiram integralmente os objetivos do Plano Nacional de Expansão das Escolas Médicas por diversas razões, dentre as quais podemos destacar: a) por compreender que SUS vem se consolidando como um sistema universal de atenção à saúde no Brasil reconhecido mundialmente mas, dentre seus principais desafios, está a formação dos profissionais para atuação no cuidado integral à população brasileira, capazes de trabalhar em equipe e nos espaços tradicionalmente desassistidos; b) por entender que ao longo do processo formativo, a práxis é o exercício através do qual cada estudante se transforma em médico(a), aprendendo a teorizar a prática e a praticar a teoria com base nas vivências nos diferentes cenários de prática social em saúde, em níveis diversos de complexidade; esse é um movimento do processo de ensino e de aprendizagem capaz de, agregado a outras políticas importantes, promover a fixação do(a)

médico(a) no seu lugar de origem; c) a partir da articulação entre a UFFS e o sistema de saúde da região de Passo Fundo, quer garantir a formação profissional de qualidade integrada ao SUS e a capacidade de integrar e articular a estrutura material, os trabalhadores da saúde e os dispositivos e estratégias político-pedagógicas para viabilizar a formação.

Além disso, a UFFS tem, como premissa, formar profissionais que compreendam a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, quer na dimensão da atenção, da gestão ou da participação. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

Desta forma, cabe destacar que o Componente Saúde Coletiva perpassa todos os semestres do curso de medicina — e em todos tem o desenvolvimento de Vivências no Sistema Único de Saúde-SUS, seus serviços, equipes, territórios e comunidades com eixos pedagógicos estruturantes para cada fase que corresponde ao semestre e com dinâmicas específicas de ensino-aprendizagem.

Nesse contexto, visando proporcionar cenários de aprendizagem e integração ensino/serviço/comunidade, em que se realizam as práticas educativas, busca-se a cooperação entre a universidade e os serviços e a comunidade como essencial, pois é através do convívio com a realidade social, de uma prática de ensino em novos cenários e do trabalho com os problemas reais, que se coloca professores, preceptores e estudantes em movimento, criando novos espaços para debate, estimulando a superação de dificuldades, além de oportunizar a responsabilização social.

Com base na ação-reflexão-ação, busca-se apreender, na experiência, como as vivências no SUS possibilitam a imersão no cotidiano dos serviços, do SUS e do modo de vida das populações — e como estas expressam sua história de luta, de resistências, de produção de saúde e/ou de adoecimento, suas formas de cuidado em suas diversas expressões e linguagens, como a luta pelo direito à saúde é expressa nas rodas de diálogos, nos seus enfrentamentos com a esfera institucional; como estes atores populares se inserem na formulação de políticas de saúde e seus saberes aí implícitos.

A imersão em comunidades onde há a presença de quilombolas, indígenas, trabalhadores assentados da Reforma Agrária, agricultores familiares e a população de periferia urbana vem desafiando os estudantes e docentes para um olhar mais cuidadoso aos processos de saúde-adoecimento destas populações e às estratégias de cuidado integral à sua saúde.

Esse processo não é novo nas práticas de educação em/na saúde, mas a inclusão deste tipo de abordagem de educação permanente e educação popular em saúde na base curricular do curso de graduação em medicina, e a sua dinâmica de implantação, expressam suas singularidades.

Para melhor explicitar esse processo, descreve-se abaixo os principais elementos e características dessa experiência de educação permanente em ato na formação médica.

A inovação começa com o processo Seletivo da UFFS — que, desde então, utiliza apenas a avaliação feita pelo Exame Nacional de Ensino Médio e busca valorizar a educação básica pública. O perfil majoritário dos estudantes de medicina da UFFS pode ser assim descrito: oriundos de escolas públicas, de baixa renda e de diferentes estados brasileiros, além da presença de jovens de diferentes raças/etnias e também de portadores de deficiências.

Outro aspecto fundamental foi o desenvolvimento de projetos e programas de extensão na perspectiva da educação popular em saúde desde 2013 — que são as sementeiras das ações que acontecem na interação com as comunidades e os serviços de saúde.

No caso específico da interação com as comunidades quilombolas, pode-se evidenciar o desvelar das iniquidades expressas na falta de direitos; o aprendizado de ferramentas para o cuidado integral a essas famílias e o experienciar da pedagogia do afeto para a construção de vínculos, sobre os quais discorreremos a seguir.

a) Conhecendo as comunidades e desvelando a invisibilidade, as iniquidades e a falta de direitos humanos básicos da população quilombola

As vivências realizadas e as ações de extensão popular comunitária ajudaram no conhecimento das comunidades, sua história (pelas narrativas orais) e os elementos culturais e sociais.

A análise sobre os tipos de projetos e as formulações feitas pelos estudantes não são objeto deste trabalho, mas cabe destacar o desenvolvimento de capacidades de provocar ações onde havia vazios de políticas de saúde. Possibilitaram a visibilidade de populações não bem reconhecidas em suas especificidades e necessidades de saúde, como foi o caso de identificação das necessidades de saneamento básico (água potável, rede de esgoto e coleta de lixo) em comunidades do interior, como as quilombolas, indígenas e rurais, cujos problemas há décadas poderiam ter sido resolvidos; a questão do uso de agrotóxicos e suas implicações no meio rural na saúde das pessoas; o uso abusivo de medicamentos antidepressivos; as questões relacionadas à educação em saúde com crianças, adolescentes, jovens, gestantes e idosos; questões relacionadas ao uso de álcool e drogas, dentre outras.

Essas comunidades estavam invisibilizadas, não reconhecidas — e, por vezes, tidas como problemas para as autoridades que historicamente não viam a importância desse reconhecimento (LAGES, 2017).

Foi possível identificar que os problemas de saúde presentes nessas comunidades tinham a ver com determinantes sociais, como a falta de água — já que o acesso que tinham à água era a de um rio poluído; a falta de saneamento; as condições de trabalho como peões dos fazendeiros, empregados e biscateiros; as dificuldades de acesso à alimentação necessária e saudável; a falta de espaços de cultura; a falta de transporte público para essas comunidades poderem se deslocar para a escola, dentre outros.

A escassez de água na comunidade muito marcou nossa atuação. Levou, inclusive, à mobilização dos estudantes e da universidade junto aos órgãos públicos para que se fizesse possível o acesso à água encanada nessas comunidades. Foram muitos anos de negociações e pressões — e, ainda assim, esse direito não é garantido em muitas dessas famílias.

Outro momento marcante foi a apresentação de teatro viabilizada pelo projeto de extensão e cultura: “Arte promovendo Saúde & Saúde Fazendo Arte”. Nesse projeto foi feito um cortejo com palhaços e posterior apresentação. Chama a atenção o fato de que com a chegada daquelas pessoas vestidas de modo estranho na comunidade, as crianças se escondiam de medo, reforçando a ideia de que nunca tinham tido a oportunidade de conhecer este tipo de atividade cultural.

O desvelamento das iniquidades, das desigualdades, da falta de direitos e do preconceito e racismo foi o que mais produziu indignação, inquietações, revoltas e desejo de atuar junto a essas comunidades por parte de estudantes, residentes e docentes. Estes, tiveram que refletir e analisar como se dão os processos de saúde e adoecimento dessas populações e as implicações colocadas aos profissionais de saúde, aos gestores e à universidade.

Através do projeto e programa de extensão “Formação de Atores Sociais para o fortalecimento do SUS a partir da educação popular e saúde”, que vem sendo realizado desde 2014, e, mais recentemente, do projeto de Extensão “Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de atores sociais para o fortalecimento do SUS”, foram sendo realizadas capacitações com as equipes de saúde, conselheiros de saúde e lideranças das comunidades, que foram buscando iniciativas.

Dentre as iniciativas de geração de trabalho e renda para as mulheres, há o artesanato e a produção de bolachas caseiras para vender na cidade e nas escolas. Entretanto, o racismo presente na sociedade inviabilizou a iniciativa, pois diziam que não iriam comprar nada feito por mãos negras (BATISTA, 2018) Daí que as mulheres desafiaram a universidade e as entidades que tinham atuação com essas comunidades a ajudar no enfrentamento ao racismo, o que resultou na organização de “Encontros anuais das Comunidades Quilombolas de Mormaça e Arvinha”, precedidos de um trabalho de formação e de organização de base.

b) Aprendendo ferramentas para o cuidado integral à saúde junto com as famílias quilombolas

As vivências realizadas tanto no ensino como nas ações de extensão possibilitaram o aprendizado concreto de como fazer a visita e a abordagem familiar domiciliar. A partir dessas visitas, os estudantes foram capazes de fazer o levantamento do número de famílias existentes e traçar um perfil demográfico, de morbidades, riscos e agravos à saúde ali existentes — onde antes não existia nenhum tipo de informação.

O foco inicial foi ter um breve conhecimento sobre O SUS, os diferentes pontos da rede de atenção à saúde e o papel/importância de cada um para a garantia da atenção integral à saúde da população, bem como conhecer os diversos atores sociais que interagem na construção do Sistema de Saúde — e a importância das Vivências no SUS e do conhecimento do território para a formação médica.

Além disso, foi possível aprender a fazer o diagnóstico de família e comunidade, a estimativa rápida e a análise do território vivo de forma participativa junto com as famílias, compreender a importância de conhecer os territórios e as realidades locais para traçar ações de planejamento e cuidado integral à saúde.

Após a realização da análise da realidade, foram sendo construídos, junto com as comunidades e a equipe de saúde do município, a elaboração e construção de projetos de interação comunitária em cada semestre. Um processo muito rico, pois se aprende com as ações exitosas e as fracassadas, a organizar ações com comunidades e ver que cuidar da saúde não é só a consulta médica ou multiprofissional, mas que há um leque imenso de possibilidades para promover, proteger, cuidar e recuperar a saúde das pessoas (COSTA, 2011).

Um dos momentos mais marcantes foi a atividade realizada com 60 estudantes de medicina, no qual havíamos pensado em exercitar a organização do genograma e ecomapa de cada família, que seria feito através de visita domiciliar em dupla de acadêmicos (MELLO, 2005).

Para surpresa nossa, as famílias foram ao nosso encontro no salão comunitário e tivemos que refazer a programação. Após a roda de conversa de apresentação dos estudantes, das pessoas da comunidades e da história da comunidade, as duplas se vincularam aos representantes de cada família e construíram junto o genograma e o ecomapa — e depois os apresentaram. Uma das mulheres se emocionou e disse, ao mostrar o genograma ao grupo todo: “Essa é a fotografia de minha família”, evidenciando a compreensão e apropriação de uma ferramenta dos profissionais de saúde.

Essas experiências também ajudaram na construção de ferramentas de diálogo, como rodas de conversa, narrativas, histórias de vida, oficinas, orientações de promoção da saúde, palestras, brincadeiras educativas, teatro, atividades lúdicas, além de aferir pressão, índice de massa muscular, peso, consultas, dentre outras.

c) Aprendendo e experienciando a construção de vínculos e a pedagogia do afeto no cuidado à saúde

A formação médica tem, de certa forma, os mesmos moldes do programa Mais Médicos e da Estratégia de Saúde da Família, os quais tendem a fazer uma aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Desde o

primeiro semestre do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, realizamos visitas nas comunidades das cidades próximas: comunidades quilombolas (Arvinha e Mormaça), aldeias indígenas (Carreteiro), e não somente a grandes centros de saúde, para termos um enfoque mais amplo sobre o que é fazer medicina, tanto na promoção de saúde como na prevenção de doenças, de agravos e de complicações — e também no tratamento de tais condições.

As comunidades quilombolas que, por sua vez, enfrentam inúmeras dificuldades em razão das condições precárias de vida e da falta de políticas públicas de inserção social, estão entre as principais populações que necessitam de estratégias de promoção em saúde. A falta de saneamento básico, péssimas



condições de moradia e falta de acesso a serviços de educação e saúde resultam em altas prevalências de agravos à saúde. Como em um estudo realizado em uma comunidade quilombola de Minas Gerais, com uma amostra de 391 participantes, que relacionou as baixas condições de saneamento básico e de acesso ao serviço de saúde com um aumento da ocorrência de infecções parasitárias intestinais, encontradas em 63,8% dos analisados (ANDRADE, et al, 2011). Isso embasou, ainda mais, as discussões da necessidade de garantir direitos básicos de saúde como saneamento, acesso à água potável e aos serviços de saúde, visando a promoção e prevenção primária dessas populações.

Dessa maneira, é fundamental para a prática médica a capacitação dos profissionais, no âmbito da assistência, às particularidades dessas pessoas. Levando, pois, em conta os fatores socioeconômicos, geográficos e culturais que envolvem o cotidiano dessas comunidades — e que impactam na sua forma de ver e de lidar com a saúde. Abrangendo, nesse sentido, tanto as práticas ancestrais como o “benzimento” e o uso de plantas medicinais — como na adesão aos tratamentos propostos pelos profissionais da área —, podendo, assim, ter uma abordagem global e possível de ser seguida. Pensando nisso, a Universidade

Federal da Fronteira Sul tem incentivado e facilitado o contato dos alunos com os grupos populacionais remanescentes de quilombos, fomentando ações de promoção em todos os âmbitos de atenção à saúde.

Nesses encontros são desenvolvidas atividades de autocuidado, com orientações, verificação do índice de massa corporal, da pressão arterial e da glicemia — e ações lúdicas com as crianças. Para o desenvolvimento dessas intervenções, são instituídas medidas educativas de acordo com nível de entendimento da população por meio de linguagem de fácil entendimento. Com as crianças, por exemplo, brincadeiras de roda, cantigas e atividades inspiradas no Hospital do Ursinho são utilizadas como mecanismos de construção de conhecimento. Importante ressaltar que todas as atividades desenvolvidas são feitas respeitando a história, identidade e cultura da comunidade e compreendendo a interculturalidade que deve perpassar as práticas em saúde.

A universidade, por meio da extensão, influencia e também é influenciada pela comunidade. Por isso, em contrapartida, os discentes contam com a receptividade calorosa dos moradores que, mesmo frente a dificuldades e carências, se dispõem a compartilhar com os alunos suas sabedorias, histórias e práticas, possibilitando a construção de novas relações e perspectivas por parte dos acadêmicos sobre esse grupo populacional.

Esse intercâmbio de experiências, conhecimentos e valores têm uma enorme potencialidade para a formação de médicos mais éticos e humanos, além de possibilitar ganhos pessoais e uma experiência única e enriquecedora.

Essas comunidades nos ensinam muito — e, por esse motivo, cabe relatar aqui uma das maiores lições que nos foi deixada. Esta se desenrolou em um dos dias em que a comunidade fez um saboroso almoço para mais de 40 estudantes e residentes e também para seus moradores. Um banquete no qual as lideranças da comunidade fizeram questão de nos servir. Depois de saborear a deliciosa comida, feita com muito amor e servida com uma alegria e um carinho imenso a cada um dos participantes, alguns estudantes ficaram inquietos e incomodados porque foram servidos, afirmando que estavam ali reproduzindo o papel social de servidão.

É necessário levantar o debate sobre racismo estrutural e a reprodução de comportamentos e situações em que a população negra ocupa, automaticamente, papéis considerados inferiores socialmente. Isso ocorre devido a inúmeros fatores, dentre os quais, o racismo — que coloca em condição de inferioridade essa população

com base em sua expressão de melanina. É vital ao/à profissional médico(a) ter consciência dessas nuances sociais, pois elas se refletem diretamente na saúde dessas pessoas, que frequentemente trabalham em condições insalubres, com carga horária excessiva, sofrendo as consequências dessas atividades e, muitas vezes, somadas às predisposições genéticas dos negros a algumas patologias (BATISTA, 2018).

Entretanto, ao questionar as lideranças, obtivemos a seguinte resposta: “fazemos com amor, alegria e prazer aquilo que mais podemos dar de nós”. Pode-se interpretar essa afirmação de diversas formas mas, para nós, além do desafio de sermos parceiros na luta de enfrentamento ao racismo, às iniquidades e às desigualdades, naquele momento ali estava a lição para os(as) futuros(as) médicos(as) e profissionais de saúde — ao cuidar de alguém, faça com amor, dê tudo o que sabe para fazer da melhor forma possível, com alegria e um sorriso de prazer em cuidar de cada um que ali se apresentar! Um gesto simples que evidenciou a pedagogia do afeto — que consiste, basicamente, no quanto é absorvido, aprendido e ensinado através de experiências que nos afetam emocionalmente, aumentando a compreensão sobre as situações envolvidas, e o quanto a amorosidade pode estar presente em cada ação que realizamos —, imaginem isso no cuidado com a vida e a saúde das pessoas (FERREIRA, REIS, POVOA, 2009).

Essa é a riqueza dos saberes que emergem das experiências, pois esse tipo de conhecimento só foi possível pela vivência — não estava escrito em livros dos cursos da saúde e nem em protocolos.

4. Aprendizados, Desafios e Considerações gerais

As experiências vivenciadas produziram conhecimentos e vêm transformando as pessoas que estão atuando e modificando as relações e os seus processos de estudo, de trabalho, de ações comunitárias e de implementação das políticas públicas.

Evidenciaram também a potência das produções em conjunto com as comunidades tradicionais remanescentes de quilombos e o quanto ainda temos de atuar para que essas comunidades tenham seus direitos humanos e de cidadania garantidos e efetivados para ter mais saúde e vida.

Possibilitaram ainda a construção de ações em rede solidária. As lideranças comunitárias dessas comunidades sempre relatavam a parceria de outras instituições

junto com os quilombolas. O diferencial que veio sendo construído nesses últimos 6 anos é que se provocou um processo de valorização e de incentivo ao protagonismo dos próprios quilombolas. Essa articulação interinstitucional das comunidades com a UFFS/PF (através das vivências, dos projetos de extensão, cultura, pesquisa e do Centro de Referência em Direitos Humanos); da Cáritas, organização da Igreja Católica que tem como missão de desenvolver ações de assistência social e comunitária com comunidades indígenas, quilombolas, grupos de mulheres, economia solidária; com a Pastoral da Saúde, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul - Campus Sertão.com os projetos de extensão, em especial de resgate da memória com as narrativas orais, da Associação Cultural de Mulheres Negras, da Universidade de Passo Fundo e da Emater, que presta assessoria técnica na área da agricultura.

Por fim, merece destacar que essa grande colcha tecida pelas relações de respeito, solidariedade e valorização que vem dando suporte e apoio a essas famílias — e se expressa nos “Encontros de Comunidades Quilombolas”, organizado pela Cáritas Arquidiocesana com essas comunidades e entidades parceiras, compartilhando saberes, lembranças e tradições — vem sendo espaço para celebrar a história de luta que envolve os quilombos da Arvinha e Mormaça: a Semana da Solidariedade e o Dia da Consciência Negra. Nestes espaços as comunidades expressam suas culturas, em especial da comida e do artesanato, recuperando as raízes da ancestralidade cultural e religiosa; lembrando a história com as narrativas e com o teatro, bem como construindo propostas para incidir junto aos órgãos públicos para a efetivação de políticas públicas para a garantia dos direitos dessa população.

Referências:

- ANDRADE, Elisabeth Campos de et al. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n. 3, p. 337-344, set. 2011.
- BATISTA, Waleska Miguel. A inferiorização dos negros a partir do racismo estrutural. *Rev. Direito Práx.* Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 2581-2589, outubro de 2018.
- Bondía, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência in *Revista Brasileira de Educação*. Tradução de João Wanderley Geraldi Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Lingüística, Campinas. 2002.
- BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto et al. Desafios na formação médica: a contribuição da avaliação. *Rev Bras Educ Méd*, v. 36, n. 2, p. 268-80, 2012.
- COSTA, Ana Maria. Promoção da equidade em saúde para a população negra. *BIS Bol Inst Saúde*

[Internet], v. 13, n. 2, p. 100-06, 2011.

- FIABANI, Adelmir. Quilombos e comunidades remanescentes. *Revista de Estudos Brasileños*, v. 5, n. 10, p. 39-52, 2018.
- FERREIRA, Nanci; REIS, Sonia; POVOA, Maria Lizabete de Souza. Educação Biocêntrica: A Pedagogia do Afeto. *Revista Pensamento Biocêntrico*, n. 12, p. 67-80, jul/dez 2009.
- FREIRE, Paulo. Educação como prática da Liberdade. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- _____. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 49ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.
- _____. Pedagogia do oprimido. 59ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015b.
- _____. Pedagogia do oprimido, 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2000. (Coleção Leitura).
- LAGES, Sônia Regina Corrêa et al. O preconceito racial como determinante social da saúde - a invisibilidade da anemia falciforme. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 109-122, jun. 2017.
- MELLO, Débora F. de et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 78-91, abr. 2005.
- FRANCHI, Eliane Patricia Lino Pereira et al. A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.
- PULGA, Vanderléia. Mulheres Camponesas Plantando Saúde, Semeando Sonhos e Tecendo Redes de Cuidado e Educação em Defesa da Vida, 2015. (Tese de Doutorado em Educação -ênfase na Saúde). Faculdade de Educação. Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.
- _____; COSTA, F. S. da; MARTINO, A; AMORIM, A; CHARNEY.A; STOBBE. J.C. A formação médica na produção de redes de cuidado e de educação em saúde: reflexões a partir da experiência da saúde coletiva do curso de medicina da UFFS/PF. *ISSN 1982-8829 Tempus*, actas de saúde coletiva, Brasília, 9(4), 199-215, dez, 2015.
- RODRIGUES, Sabrina Alessandra et al. Educação em saúde em comunidades quilombolas. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*, p. 445-451, 2011.

A EQUIDADE EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES SOBRE O CURSO DE MEDICINA EM PARNAÍBA, PIAUI, BRASIL

José Ivo dos Santos Pedrosa

Introdução

A questão principal da reflexão é como trazer para o processo de formação profissional de médicos o tema da equidade em saúde, tema polissêmico, desconhecido e não compreendido pelos estudantes, alguns docentes e pela própria universidade enquanto instituição que se organiza por meio de princípios e diretrizes, programas, projetos, responsável e reguladora do processo formador.

Tomo como referência empírica desta reflexão o Curso de Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr) iniciado em setembro de 2014 e que em abril de 2020 teve a formatura da primeira turma de graduados antecipada em virtude da pandemia de Covid-19, processo que acompanhei da implantação à implementação.

Ao problematizar a realidade, o texto se organiza e se desenvolve em torno de três perguntas problematizadoras: qual o lugar do tema equidade em saúde no Projeto Pedagógico do Curso (PPC). Como a temática é abordada no conteúdo dos componentes da matriz curricular do curso médico? Quais enfoques são trabalhados no ensino da temática no contexto do curso?

Inicialmente faço uma breve descrição da polissemia do termo equidade e equidade em saúde e contextualizo o Curso Médico da UFDPAr no cenário político em que foi gestado e implementado. Em seguida, por meio da análise de documentos, especialmente o PPC, identifico o lugar da equidade em saúde nos componentes da matriz curricular do curso.

Equidade em saúde: princípio ético imperativo, visível, mas imperceptível na prática médica

O termo equidade no campo da saúde remonta à Carta de Alma Ata (Mendes, I., 2004), onde foi discutido que os padrões de desenvolvimento mundial

geraram imensa desigualdade entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, regiões e grupos sociais em termos de oportunidades de levar uma vida mais saudável, o que torna evidente a grande disparidade entre países pobres e ricos. A referência inicial de equidade encontra-se nas concepções políticas no plano da justiça social, em que se questiona quem e como deveria ser protegido pelo Estado constituído à luz dos direitos humanos, centrado na justa distribuição da riqueza entre os cidadãos (BARROS e SOUSA, 2016).

Discutindo criticamente as questões semânticas envolvidas no tema, Silva e Almeida Filho (2009) colocam que:

... desigualdades em saúde podem ser interpretadas como resultado de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a categorias essenciais ou grupos sociais. Já equidade em saúde pode ser interpretada como o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente. Nesse sentido, “equidade” e “iniquidade” correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça e à intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais (p. S221).

Considerando que o Estado não é imune às determinações essenciais do modo econômico de produzir a vida, em quase toda a história republicana do país as desigualdades têm sido utilizadas como objeto das políticas sociais, elaboradas tendo como justificativa a pobreza estrutural, ou seja, aquela definida pela renda familiar em termos de salário mínimo, que de certa forma homogeneiza os que vivem abaixo da linha da pobreza.

Com a trajetória democrática no país de 2003 a 2017, movimentos sociais que se organizavam independentemente de seu lugar na produção (classicamente diz-se que o lugar na produção define proletários, capitalistas e trabalhadores informais) buscavam afirmação como sujeitos sociais na cena política, apresentando a questão da equidade na perspectiva do direito, ampliada pelo direito a ter direitos (COHN et al., 1991).

Movimentos como a população negra, LGBTQI+, ciganos, grupos em situação de rua, moradores das florestas, vítimas de barragens e outros ocupam espaços públicos para enunciar as singularidades de sua situação no que concerne às condições de vida e saúde.

A polifonia de vozes destes movimentos resultou na formulação da Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde, em 2013, por parte do Ministério da Saúde (MS), que considera a equidade em saúde como efeito da imensa desigualdade social no país, mas que tem expressão em específicos grupos sociais. Para o MS, equidade parte da ideia de respeito às necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento de que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam diretamente na saúde. O conceito de equidade também considera os impactos na saúde das diferentes formas de preconceito e discriminação social, como o racismo, a misoginia, a LGBTfobia e a exclusão social de populações que vivem em situação de rua ou em condições de isolamento territorial, como as do campo, da floresta, das águas, dos quilombos e em nomadismo, como no caso dos ciganos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Silva e Almeida Filho (2009) — tendo como referência a perspectiva de uma teoria histórica e social a respeito de saúde e doença, na qual a segunda é o aspecto desviante da primeira — apontam que diferença remete ao individual, diversidade à espécie, desigualdade à justiça e distinção ao simbólico. Iniquidade se encontraria na dimensão política produzida pelos conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade, na qual se distinguem grupos sociais apresentando diversidade e diferenças que potencialmente se transformam em necessidades de saúde.

Para a Comissão para Determinantes Sociais da Organização Mundial de Saúde (OMS), a equidade em saúde é uma meta a ser alcançada, embora a defina a partir de sua antítese, ou seja, iniquidade em saúde considerada como desigualdades que se reproduzem organicamente, regularmente previstas e que são suscetíveis de intervenção por parte da sociedade política e/ou civil.

Estas desigualdades na saúde, por certo evitáveis, surgem por causa das circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com a doença. As condições em que as pessoas vivem e morrem são, por outro lado, moldadas por forças de ordem política, social e econômica (OMS, 2010).

Diante da amplitude do que seria equidade ou iniquidade em saúde, as necessidades singulares de cada grupo social encontram-se na dependência de como e por meio de que processos estas necessidades se transformam em reivindicações

políticas que exigem planos, sustentação jurídica, suporte financeiro e organizacional para se expressarem como ações presentes no cotidiano das pessoas.

Para o MS brasileiro, a concretude do princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) implica em uma direcionalidade para as populações vulneráveis. Vulnerabilidade decorrente das desigualdades estruturais que incidem sobre os determinantes sociais da saúde. (BRASIL, 2017).

Na perspectiva do discurso sanitário, a equidade em saúde encontra-se estreitamente vinculada às desigualdades sociais que têm como efeito a definição de populações vulneráveis, ou seja, portadoras de risco de contrair determinadas patologias pela exposição às precárias condições de vida, por ocupar ambientes insalubres e desgaste e morte por condições de trabalho.

Esta perspectiva epidemiológica crítica, emergente na América Latina na década de 1970 (BARROS e SOUSA, 2016) e que influencia no Brasil o movimento sanitário, considera que a desigual distribuição dos problemas de saúde demonstra uma situação de classe social em que há nítida distinção entre doenças de pobres e doenças de ricos. Aos pobres, a desnutrição, poliparasitose, doenças do trabalho e doenças infecciosas, além da inacessibilidade aos serviços de saúde; aos ricos, as doenças crônicas não transmissíveis e o livre consumo de serviços de saúde.

Para a população mais privilegiada, a concepção de normal, patológico e risco adentra e reforça as medidas de prevenção de doenças crônicas e degenerativas, colocando ênfase em práticas individuais de manter-se ativo, alimentar-se de acordo com as pirâmides alimentares e exames de controle de doenças como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e desfechos incapacitantes, denotando que o uso social do corpo reflete a inserção dos indivíduos em sociedades estratificadas (BOLTANSKI, 1989).

Mas a partir das décadas seguintes, este cenário se modifica, de modo que a população mais pobre, além da exclusão econômica, acumula a exclusão social, em que características como raça e cor, etnia, gênero, ocupação ambiental e hierarquias culturais definem determinados modos de viver que, ao mesmo tempo, não se enquadram nos padrões de consumo continuamente enunciados como adequados a uma vida saudável — inacessíveis diante das condições concretas de subsistência, tais como uso de medicamentos, procedimentos estéticos, alimentação adequada, cuidado com idosos, acumulando o duplo ou

triplo risco de adoecer e morrer por doenças infecciosas negligenciáveis, doenças emergentes e reemergentes, doenças crônicas e causas externas (MENDES, 2002).

A concepção de vulnerabilidade coloca em evidência dois tipos de riscos: os riscos sociais e os riscos sanitários. Em relação aos riscos sociais, a questão fundamental que envolve a formação de profissionais médicos tem lugar em conteúdos que focam a saúde da coletividade, orientados pelos referenciais do planejamento, sublinhando a distribuição dos serviços de saúde e o aporte das ciências sociais e saúde, que relacionam às condições objetivas e subjetivas de vida.

Os riscos sanitários, por sua vez, são discutidos sob a perspectiva epidemiológica, isto é, grupos populacionais que, dependendo de determinados critérios, se encontram expostos a maior ou menor probabilidade de adoecer e morrer de determinadas doenças.

Para Escorel (2008), o tema da equidade em saúde tem sido considerado no que diz respeito às diferentes situações de saúde nos grupos populacionais e em relação ao acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, o Decreto 7508 de 28/06/2011 (BRASIL, 2011), elaborado com o objetivo de proporcionar melhores oportunidades e condições de acesso aos serviços de saúde, regulamenta a Lei 8080 de 1990, instituinte do SUS, definindo conceitos como territórios, regiões e mapas estratégicos para organizar a distribuição dos serviços de saúde, integrando a gestão do sistema nos seus vários níveis por meio de instrumentos como consórcios intermunicipais, regionais, regulados por convênios e contratos de organização de ação pública.

Observa-se que equidade e equidade em saúde apresentam definição conceitual imprecisa, sendo antes uma construção polissêmica cujos significados são dados na historicidade das relações sociais que se estabelecem em cada realidade. Uma das características da polissemia encontra-se na capacidade de gerar significados adaptáveis a diferentes contextos sociais, econômicos e políticos, que tomados como significantes resultam em políticas, programas e projetos sociais que, embora alinhados a conceitos referendados, apresentam distintos sentidos a depender da situação conjuntural, da posição epistemológica do pesquisador e do ambiente social da pesquisa (RIDDER, 2007).

Considerando esta capacidade de gerar significados que a equidade em saúde traz consigo, e que no campo da saúde têm predominado visões que

dicotomizam a questão entre riscos e diferenças individuais e coletivas, bem como a existência da Política Nacional de Promoção da Equidade no SUS (BRASIL, 2013), qual a perspectiva que orienta a formação médica? Permanece a perspectiva binária mesmo diante das desigualdades sociais, da exclusão de determinados grupos e, principalmente, de políticas públicas — ou existem outras possibilidades?

A equidade nas práticas médicas: possibilidades para a formação

Nas considerações acima, equidade em saúde contempla formulações conceituais, tecnologias sociais de conhecimento e intervenção, práticas relacionais entre Estado e cidadãos e destes entre si. Nesse sentido, as práticas de saúde e a prática médica em particular expressam relações de equidade ou iniquidade considerando que, como qualquer prática humana, compreendem a *episteme*, ou seja, o plano do conhecimento geral reconhecido como ciência, a *techne*, a dimensão técnica que expressa o saber transformado em instrumento, e a dimensão da *práxis*, das interações subjetivas entre população, profissionais e gestores que acontecem nos espaços coletivos e os modos singulares como cada indivíduo vive, interpreta e expressa essas exigências (AYRES, 2008).

A centralidade na ênfase na equidade em saúde aponta possibilidades mais objetivas de apropriação da temática no rol de competências, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas durante a formação médica por meio de dispositivos institucionais como o lançamento do Edital Nº 24/2010 – CAPES/DPB/CGPE/CII - PRÓ-ENSINO NA SAÚDE que fomentou estudos e formação pós-graduada sobre o ensino da saúde, a criação do Programa Mais Médicos, em 2013, que tinha como um dos eixos o reordenamento da formação médica descentralizando o acesso, e, em 2014, a publicação das Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina.

Outro dispositivo é o que possibilita a aproximação do processo de formação do que se encontra preconizado, aqui denominado de dispositivo social por agregar forças de movimentos de discentes, docentes e entidades da sociedade civil em direção a mudanças na formação médica, e de movimentos sociais respaldados nas políticas nacionais de Promoção da Equidade no SUS e Educação Popular e Saúde.

O lançamento do PRO-ENSINO pela CAPES, teve a participação de várias Instituições de Ensino Superior (IES) desenvolvendo linhas de pesquisa que refletiam sobre as condições institucionais e os referenciais teóricos e metodológicos do ensino da saúde na formação de profissões da saúde.

Contemplada no edital, a UFPI apresentou o Projeto Ensino na saúde: Educação e Saúde: bases epistemológicas e metodológicas da formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde, constituindo grupo de pesquisa sobre o tema em articulação com o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), composto por mestrandos e docentes dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, Políticas Públicas, Ciências e Saúde, alunos e docentes da graduação de Medicina, Odontologia e Farmácia, fundamentando pesquisas e dissertações sobre vários aspectos das condições de formação.

A Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), além do objetivo de provimento emergencial de profissionais médicos em locais de difícil acesso, indica o reordenamento da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante; estabelece ainda novos parâmetros para a formação médica no país como responsabilidade social e vinculação do curso a um território; e institui o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional nessas regiões (PEDROSA, 2019).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 (MEC/CNE, 2014) definem conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos na formação médica em torno de três áreas-base: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde, de modo a atingir o perfil necessário, qual seja:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (MEC/CNE, 2014).

E no que se refere à dimensão da atenção à saúde individual e coletiva, acrescenta em seu Artigo 5º:

Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social (...) (MEC/CNE, 2014. p.2).

Os incisos seguintes que detalham o Artigo fazem referência ao acesso universal e à equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de quaisquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS); integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde; preservação da biodiversidade com sustentabilidade; ética profissional; comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais; promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde; cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe; promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer nas suas especificidades.

Em relação à gestão em saúde, as DCN pontuam a gestão do cuidado articulando saberes para a construção de planos terapêuticos, a valorização da vida, a tomada de decisões com base nas evidências científicas, a escuta das pessoas, grupos e comunidades, a comunicação apropriada, a liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, o trabalho em equipe, a construção participativa e a participação social articulando ensino, serviço e comunidade.

Na área de educação em saúde, as diretrizes expressam que “o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social [...]” (seção III, Art. 5º), sendo para tanto necessário aprender a aprender, aprender com autonomia, aprender em ambientes protegidos, aprender interprofissionalmente, ao tempo

em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional.

Ao lado disso, vinham sendo acumuladas várias ações voltadas para modificações na formação médica, como as iniciativas da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) — propiciando formação docente em metodologias ativas, processos de avaliação de aprendizagem e formação de preceptores.

É importante destacar a atuação de docentes e estudantes que discutiam a articulação do ensino em saúde com o SUS como a do projeto Vivência e Estágio na realidade do SUS (VERSUS), iniciativa do MS apoiada pela Associação Brasileira da Rede Unida, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no sentido de qualificar a formação de profissionais de saúde engajados, críticos e mobilizados para a radical melhoria do sistema de saúde brasileiro, conduzido pelo coletivo de discentes envolvidos.

Digno de destaque também se encontra o Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE), instituído pelo MS e Ministério da Educação (MEC), em 2008, com objetivo de ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação voltadas às mudanças das graduações na saúde e à integração ensino-serviço-comunidade articulados à educação permanente, tendo como pressupostos a educação pelo trabalho e a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde que tomam como objeto de pesquisas e intervenções as necessidades dos serviços.

Cabe dizer ainda que o processo de institucionalização do Curso de Medicina da UFDPPar inicia ao mesmo tempo que o PRO-ENSINO, é implantado no contexto do PMM e de políticas públicas de saúde votadas para a inclusão social e integralidade do sistema, no momento de adequação às DCN Medicina de 2014 — sugerindo indagações a respeito dos efeitos desses dispositivos em seu desenvolvimento.

Metodologia

As reflexões aqui levantadas têm como base informações contidas nos documentos referentes ao Curso, pesquisa de atualização da bibliografia nacional

e internacional sobre o tema e vivências e anotações do pesquisador que participou ativamente da elaboração e implantação do curso analisado.

O universo da pesquisa é o Curso de Medicina na atual UFDPPar, inicialmente caracterizado como descentralização da formação para o Campus Ministro Reis Velloso (CMRV) em Parnaíba, distante 340 km da capital Teresina. O CMRV na cidade de Parnaíba foi contemplado no Plano de Expansão da UFPI em 2001, dispondo de oito blocos, divididos entre Diretoria, blocos de salas de aula, departamentos e laboratórios, funcionando nos turnos manhã, tarde e noite, ocupando uma área de 7.193 m². Oferece 11 cursos de graduação: Ciências Econômicas; Ciências Contábeis; Administração de Empresas; Engenharia de Pesca; Licenciatura em Pedagogia, Biologia e Matemática; Psicologia; Fisioterapia; Biomedicina; Turismo; e, a partir de 2014, o curso de Medicina.

Com base na Lei no 13.651 de 11/04/2018 (Brasil, 2018), foi criada a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPPar) a partir do desmembramento da UFPI, que integra ao *campus* de Parnaíba, com a transferência automática dos cursos de todos os níveis e dos alunos regularmente matriculados, assim como os cargos ocupados e vagos do quadro de pessoal da UFPI alocados nesse *campus*.

O curso iniciou suas atividades em 19 de setembro de 2014, tendo como atribuição a formação de acordo com o perfil explicitado nas DCN Medicina 2014, ofertando 80 vagas anuais com entrada semestral por meio do Sistema Unificado de Seleção Universitária (SISU). Dos 55 docentes efetivos, 20 (36,36%) são contratos em regime de Dedicção Exclusiva (TIDE), 23 (41,82%) são contratados em Tempo Integral (TI-40) e 12 (21,82%) são contratados em regime de Tempo Parcial (TP-20). Conta, atualmente, com 148 alunos ativos.

Para as DCN Medicina 2014,

o Projeto Pedagógico que orientará o Curso de Graduação em Medicina deverá contribuir para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural (DCN Ar 27).

Dessa forma, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) do Curso de Medicina da UFDPPar foi tomado como principal fonte de informações para análise da

aproximação ou distanciamento das possibilidades para o ensino da temática da equidade em saúde, dialogando com as observações registradas pelo pesquisador.

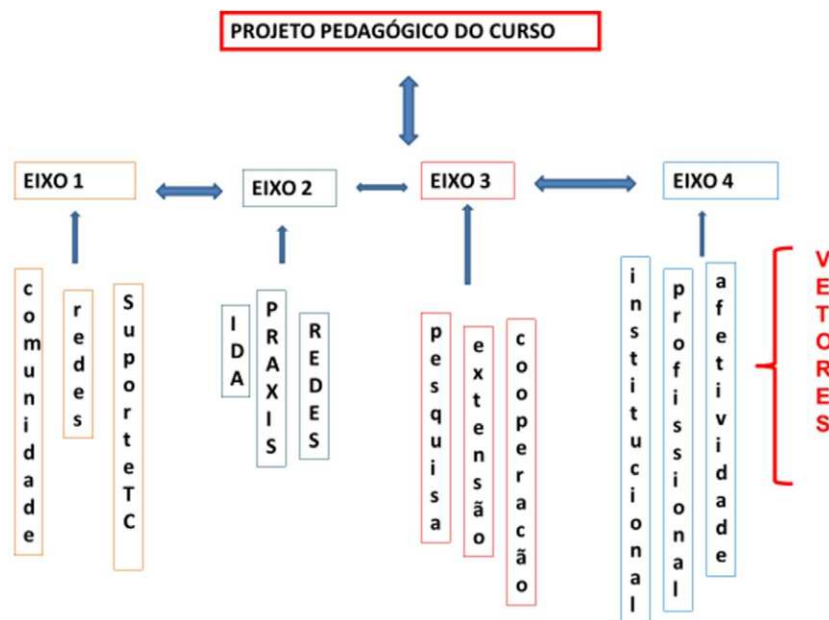
Em seguida identifiquei na matriz curricular os módulos cujos conteúdos evidenciam questões relativas à equidade em saúde por meio de palavras-chave contidas em seu ementário e a bibliografia recomendada.

Resultados e discussão

Análise do PPC

A construção do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) inicia ainda em 2010, por meio de comissão definida pela Reitoria da UFPI, sendo finalizada em 2014, apresentando matriz curricular em formato de módulos que agregam os conhecimentos disciplinares em quatro eixos: clínico, institucional, social e pessoal, esquematizados na figura 1.

Figura 1: Eixos orientadores da elaboração do PPC. Parnaíba-PI, 2014



Fonte: UFPI. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina – Campus Ministro Reis Velloso (2014). Teresina-PI: UFPI.

O eixo 1, denominado eixo clínico, compreende a dinâmica e as especificidades que se definem na relação entre médico, paciente/usuário e equipe de saúde mediadas pelo mundo do trabalho médico e sua interação com a sociedade e suas organizações. Neste eixo são apresentadas aos discentes as dimensões da prática médica (epistêmica, tecnológica e subjetiva) na perspectiva do resgate da integralidade dessas práticas, a diversificação de seus cenários, seus agentes e a organização dos serviços de saúde.

Para alcançar seu objetivo este eixo é impulsionado por 3 vetores, que constituem ações e espaços instituintes de novas relações entre profissionais e usuários sob a égide do direito, da dignidade, do respeito, da diversidade e do diálogo. O vetor 1 diz respeito à educação com base em comunidade desenvolvida por meio de conceitos, experiências e vivências que permitem compreender a diversidade dos modos de adoecer e morrer, as multiplicidades de saberes e as especificidades da prática médica.

O vetor 2 articula a academia com a rede de serviços e proporciona espaço real para este diálogo, possibilitando a convivência do aluno com práticas de saúde interdisciplinares e interculturais desenvolvidas nos serviços e na sociedade. É o vetor que oferece visibilidade da articulação entre ensino, serviço e usuário, transformando o espaço do serviço em espaço de aprendizagem e de produção de conhecimentos.

O vetor 3 volta-se para a excelência da prática médica por meio da articulação com Programas de Residência Médica desenvolvida com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), fortalecendo a qualidade e resolutividade dos serviços de saúde mais especializados existentes e organizando os serviços a partir da Rede de Atenção Básica.

O eixo 2 diz respeito ao mundo institucional das relações que ocorrem no campo da saúde e onde se desenvolvem competências, habilidades e atitudes que se refletem imediatamente no mundo objetivo. Dessa forma, o vetor 1 é a integração ensino e serviço como cenário de práticas docentes, de gestão, de educação permanente. O vetor 2 é a integração entre teoria e prática, que também decorre da compreensão de que o espaço de serviço é espaço de ensino, no qual a dimensão subjetiva da prática médica é posta em questionamento em ato por meio da *praxis*. O vetor 3 fortalece a articulação das redes de atenção à saúde utilizando, aprimorando e testando novas linguagens comunicacionais e pedagógicas.

O eixo 3, social, representa a oportunidade de preparação e interação do aluno com o mundo da vida no qual o curso encontra-se inserido, em que as práticas médicas significam intervenções técnicas e sociais com reflexos na vida individual, organizacional e coletiva. O vetor 1 trata da pesquisa como forma de produção de conhecimentos para o enfrentamento dos determinantes da saúde e doença que se objetivam em cada contexto. O vetor 2 representa a extensão das ações da Universidade, proporcionando uma formação em intervenções voltadas para a organização dos serviços e suporte para as boas práticas de saúde; e o vetor 3 diz respeito à missão de incluir, por meio de suas ações de cooperação, indivíduos, grupos e organizações excluídas do sistema de saúde.

O eixo 4, pessoal, volta-se para o desenvolvimento do profissional com capacidade de utilizar os conhecimentos, competências e habilidades orientados pela lógica científica mediadas pelas oportunidades e contextos nos quais o conhecimento e a tecnologia se aplicam. É o eixo que prepara para o diálogo entre as dimensões da episteme, da tecnologia e da práxis médica. O vetor 1 é o mundo institucional das regras, normas e códigos institucionais; o vetor 2, da afetividade e sensibilidade, é a base para as atitudes do profissional de saúde que traz a criatividade, a inventividade e a solidariedade como valores que devem reger as relações institucionais e profissionais. O vetor 3 diz respeito ao mundo profissional em que a prática médica dialoga com o mercado de trabalho, com o aprimoramento técnico e científico e com as oportunidades de trocas e experiências.

A articulação desses eixos orientadores do PPC ocorre em dois sentidos de integralidade: horizontal, em que os conteúdos necessários para o desenvolvimento de competências requeridas vão se acumulando e aprofundando à medida que estas se tornam mais complexas no decorrer de toda a formação; e integralidade vertical, em que os conteúdos discutidos e habilidades adquiridas discutem a viabilidade da competência esperada diante de problemas que fazem sentido para os envolvidos no processo — alunos, orientadores, tutores, preceptores e comunidades.

A integralidade horizontal ocorre nos Módulos Sequenciais em que os conteúdos se articulam e evidenciam suas interfaces em temas relacionados ao processo de desenvolvimento integral do ser humano, à saúde como elemento inerente a este desenvolvimento e à prática médica como ação técnica e social voltada para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, grupos e comunidades.

A articulação dos conteúdos que tradicionalmente compõem o *corpus* de conhecimentos reconhecidos e necessários à formação médica ocorreu por meio de perguntas que geraram a formatação de cada módulo em termos de conteúdo, práticas pedagógicas, cenários de práticas, como no quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Construção dos Módulos Sequenciais do Curso de Medicina da UFDP

PERGUNTA	MÓDULO	CORPUS DE CONHECIMENTOS
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir nos PROCESSOS BIOLÓGICOS responsáveis pelo crescimento, formação e desenvolvimento do ser humano?	BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS.	A forma (anatomia), a composição (histologia, embriologia, bioquímica), funcionamento (fisiologia, biofísica, bioquímica) do ser humano
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir nos PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO?	BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO.	As interações internas (biologia molecular, microbiologia, imunologia) e as interações com o meio interno (genética) externo (farmacologia, parasitologia, patologia dos processos gerais e doenças infecciosas e parasitárias) do ser humano
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessários para compreender, analisar criticamente e intervir como BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS?	BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS.	Como ler, apreender e produzir conhecimentos (metodologia científica, antropologia social, saúde e sociedade)
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir formando as BASES DA PRÁTICA MÉDICA?	BASES DA PRÁTICA MÉDICA	Articular conhecimento e tecnologia definidos para o exercício das especificidades médicas (Bases da Técnica Cirúrgica, Dermatologia, Oftalmologia, Oncologia, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Geriatria, Neurologia, Ortopedia, Medicina Ocupacional, Urgências e Emergências)
UNIDADE INTEGRADORA (Estudos Tutoriais, Seminário de introdução ao Curso, TCC)		

Fonte: UFPI. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina – Campus Ministro Reis Velloso (2014). Teresina-PI: UFPI.

A integralidade vertical ocorre nos Módulos Transversais, cuja sistematização decorreu das perguntas explicitadas no quadro 2. Além disso, considera como Módulo Integrador os componentes: estudos tutoriais, que além do propósito de articular os diferentes conteúdos discutidos nos módulos, objetiva integrar a teoria e a prática, pondo em relação distintas áreas do conhecimento, espaços e sujeitos, como a universidade, serviços de saúde, trabalhadores e gestores, num processo de formação flexível e interdisciplinar, levando em conta os saberes, as necessidades individuais de aprendizagem e os problemas da realidade; Seminário de Introdução ao Curso, que integra o aluno ao mundo institucional e com o mundo das relações humanas; Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), que integra conhecimento, saberes, vivências, possibilitando a construção de novas sínteses e questões; Estudos livres e optativas.

Quadro 2 - Construção dos Módulos Transversais do Curso de Medicina da UFDPAr

PERGUNTA	MÓDULO	CORPUS DE CONHECIMENTOS
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir por meio do desenvolvimento de BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE?	HABILIDADES MÉDICAS	Como desenvolver práticas médicas com base no conhecimento, apoiadas em tecnologias pertinentes e eficazes e que satisfaçam quem produz e quem recebe os efeitos da prática
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir de forma coerente e ARTICULADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Como reconhecer os determinantes sociais e biológicos do processo saúde/doença, as estratégias de enfrentamento institucionais, acadêmicas e sociais e dotar de resolutividade a Atenção Primária como organizadora da atenção no SUS
UNIDADE INTEGRADORA (Estudo livre, Internato, atividades optativas e complementares)		

Fonte: UFPI. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina – Campus Ministro Reis Velloso (2014). Teresina-PI: UFPI.

O curso funciona em tempo integral, com carga horária de 7.650 horas/atividades, organizado em módulos sequenciais e transversais que buscam a integração de conteúdo, articulando teoria e prática nos cenários de aprendizagem nos serviços de saúde (Quadro 3).

Quadro 3 - Carga Horária do Curso de Medicina da UFDPAr

Módulos teórico-práticos Módulo integrador: • Seminário de Introdução ao Curso	3.720h ou 248 créditos
Atividades Complementares	150h ou 10 créditos
TCC Optativas	60h ou 4 créditos 120h ou 8 créditos
Estágio Obrigatório (Internato)	3.600h ou 240 créditos
TOTAL	7.650 horas

Fonte: UFPI. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina – Campus Ministro Reis Velloso (2014). Teresina-PI: UFPI.

Analisando o PPC em seus princípios e orientações, evidencia-se coerência com o PMMB, no que diz respeito à reordenação da formação médica, ofertando vagas em locais estratégicos no sentido de universalizar o acesso aos serviços médicos, oportunizando inclusão da população local como estudante do curso e promovendo a fixação regional.

Entretanto, a assessoria jurídica da UFPI não julgou procedente o pedido feito pela coordenação do curso para criar o argumento de inclusão regional, como fez a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em relação ao Curso de Medicina de Caicó, contemporâneo do curso de Parnaíba.

De acordo com a RESOLUÇÃO No 177/2013-CONSEPE, de 12 de novembro de 2013 da UFRN, tal argumento “objetiva estimular o acesso à Universidade dos estudantes que residem no entorno dos locais de oferta dos cursos da UFRN no interior por meio do acréscimo de 20% (vinte por cento) na nota do candidato no processo seletivo” (Art 2º).

A mesma resolução define os beneficiários como sendo os que concluíram o ensino fundamental e médio em escolas “[...]regulares e presenciais das microrregiões onde se localizam as cidades com campus da UFRN [...] (excluída a região metropolitana de Natal) ou em todas as microrregiões vizinhas, de acordo com a definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE” (UFRN, Resolução 177/2013, Ar 4º).

Segundo o PPC, os seguintes princípios orientam o curso de Medicina em Parnaíba: integralidade do cuidado como reflexo da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão no sentido de concretizar os princípios de

universalidade, equidade e integralidade explícitos no SUS, proporcionando a utilização tácita dos conhecimentos produzidos e compartilhados na melhoria das condições de saúde da população, na organização dos serviços e na qualidade da prática profissional; formação profissional para a cidadania desenvolvendo o espírito crítico e autonomia intelectual, para que o profissional por meio do questionamento permanente dos fatos possa contribuir para o atendimento das necessidades sociais; interdisciplinaridade na promoção de ações integrais no sentido vertical de afirmar as dimensões física, psíquica, espiritual e afetiva do ser humano e no sentido horizontal das relações intersubjetivas das pessoas mediadas pela ética, pelo direito e pela política; articulação ensino e serviço como cenário para a aprendizagem significativa, a construção de competências e habilidades e o desenvolvimento da prática profissional.

Com tais princípios orientadores, o PPC mostra aproximação e assunção em relação às recomendações das DCN Medicina 2014, assim como em relação ao papel do estudante e professor no processo de formação.

Pela forma como o currículo se organiza, o aluno do curso de Medicina é um dos sujeitos do processo de ensinar e aprender. Neste processo de construção de conhecimento, ele deve assumir uma postura de curiosidade epistemológica, marcada pelo interesse por novas aprendizagens e metodologias pedagógicas, desenvolver a capacidade de trabalhar em grupo, protagonizar atitudes de ética e de humanização, construir responsabilidade e espírito crítico-reflexivo (PPC, 2014, p.96).

Na análise textual do PPC, a equidade em saúde não é referida como tema específico, embora se faça presente nos pressupostos que expressam a descentralização da formação, inclusão ao ensino universitário, vinculação territorial integrado com os serviços de saúde, voltado para responder às necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades, integração de práticas humanizadas, respeito ao paciente/usuário e integralidade do cuidado.

Análise da matriz curricular

A matriz curricular apresentada pelo PPC apresenta os componentes modulares, sua distribuição ao longo do curso, carga horária, créditos, ementas e bibliografia. No quadro 3 é possível observar que os módulos Habilidades Médicas

(HM) e Atenção Primária em Saúde (APS) são transversais, sendo desenvolvidos do primeiro ao oitavo período semestral, sendo que APS continua como área do Internato até o último período do curso, que apresenta como áreas de estágio: clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica, toco-ginecologia, saúde mental e saúde coletiva, atenção primária em saúde, além de urgências e emergências em cada área.

Quadro 4 - Distribuição dos módulos teóricos práticos do Curso de Medicina em Parnaíba, segundo período e número de créditos com exceção do Internato Médico

PERÍODOS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	TOTAL
MÓDULOS/ CRÉDITOS													
Bases dos Processos Biológicos (BPB)	15	07	07										29
Bases dos Processos de Agressão e Defesa (BPADP)		6	7	6	8	8							35
Bases dos Processos Psicossociais (BPPS)	3	2	2	3									10
Bases da Prática Médica (BPM)			3	6	11	11	19	23					73
Habilidades Médicas (HM)	8	8	8	8	8	8	8	4					60
Atenção Primária em Saúde (APS)	4	4	4	4	4	4	4	4					32
Estudos Tutoriais (ET)	1	1	1	1	1	1	1	1					8
Optativas (OP)		4		4									8
Seminário de Introdução ao Curso (SM)	1												1
TCC												4	
TOTAL	32	32	32	32	32	32	32	32					260

Fonte: UFPI. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina – Campus Ministro Reis Velloso (2014). Teresina-PI: UFPI.

Com base na leitura das ementas dos componentes da matriz curricular e na identificação de expressões e palavras-chaves, numa visão panorâmica tem-se que a equidade em saúde encontra-se potencialmente presente nos seguintes

módulos do curso: APS, HM, Bases dos Processos Psicossociais (BPPS), Estudos Tutoriais (ET), Internato em Saúde Mental e Coletiva, dois componentes optativos, que foram analisados mais detalhadamente em cada período.

No módulo APS, as palavras-chave foram: determinação social da saúde e doença, historicidade da saúde e trabalho em equipe, redes de atenção à saúde, promoção da saúde, educação em saúde, educação popular e saúde, participação e controle social, vigilância epidemiológica, dependência química, promoção da equidade em saúde, vulnerabilidade e populações vulneráveis.

Em BPPS, a ementa faz referência à cultura, sociedades, grupos e instituições; subjetividade; trabalho médico; práticas populares de saúde; alteridade na diferença; modos de produção de saúde, itinerários terapêuticos, fundamentados em bibliografias sobre racismo, educação popular e saúde, saúde do homem.

No módulo de HM, a ementa aponta para habilidades de comunicação com a equipe e usuário, relação médico e paciente, ética profissional, moral e compromisso social, sendo evidente que à medida que o módulo vai sendo desenvolvido, o foco volta-se para habilidades individuais no manejo do doente e da doença.

No módulo ET, espaços de pequenos grupos nos quais se pratica a aprendizagem baseada em problemas, os casos apresentados têm como referência o território, famílias e comunidades; estratégias de cuidado e itinerários terapêuticos; convivência com a doença e integralidade do cuidado.

O Internato em Saúde Mental e Saúde Coletiva tem como palavras e expressões chaves em sua ementa organização, administração, gerenciamento e financiamento do SUS, saúde mental na APS, rede de atenção psicossocial, planejamento e avaliação de políticas e programas de saúde, monitoramento e regulação dos sistemas de saúde, determinação social da saúde/doença, participação social em saúde.

Dentre os componentes optativos, obrigatórios em termos de cumprimento de créditos, o curso tem ofertado no formato de disciplinas: Relações étnico-raciais, gênero e diversidade e Meio Ambiente. Na primeira, as palavras-chave de seu ementário são educação da diferença em saúde, promoção da equidade em saúde, participação social e devir minoritário, grupalidade como dispositivo

do trabalho em redes de atenção e cuidado em saúde, introdução à Análise Institucional e à Cartografia como modos de fazer pesquisa/intervenção.

Na disciplina Meio Ambiente são discutidas questões ambientais, como educação ambiental, dimensões da sustentabilidade, consciência crítica e criativa sobre as questões ambientais, uso racional dos recursos naturais em benefício das gerações atuais e futuras, impactos ambientais e qualidade de vida

A APS, além de módulo teórico-prático transversal, no internato apresenta em seu ementário vigilância em saúde, temas emergentes na APS, violência e saúde, equidade em saúde, práticas integrativas e complementares, práticas populares em saúde, método clínico centrado na pessoa, matriciamento e projeto terapêutico singular.

A matriz curricular acaba reproduzindo o espaço de temas correlatos à equidade em saúde aos módulos que compreendem mais fortemente interfaces entre saúde e sociedade, relacionando equidade à concepção de vulnerabilidade, em decorrência das desigualdades sociais. No módulo HM, a equidade é vista da perspectiva da integralidade dos indivíduos e da atenção e como expressão individual dos riscos epidemiológicos.

Conceitos fundamentais sobre justiça social, políticas públicas, exclusão social e diálogos com outros saberes são discutidos predominantemente no módulo de BPPS e no módulo APS, ao abordarem educação popular e saúde articulada às concepções de promoção da saúde, alteridade e autonomia. No internato, a APS objetiva a equidade por meio da discussão de temas como violência, práticas populares, práticas integrativas e complementares.

As disciplinas optativas, cada uma com 4 créditos, concentram mais as referências e temas relativos à equidade que o módulo HM, tendo grupo de pesquisa sobre a discriminação étnico-racional e articulação com os movimentos sociais.

Apesar da aproximação dos documentos orientadores do curso com a temática da equidade, existe a necessidade de pesquisas que aprofundem questões relacionadas ao processo de como o ensino se processa. Barbosa (2013) estudando o tema da violência no curso médico, observa que:

Docentes que valorizam o paradigma biomédico enfocaram o tema de forma específica a tipos de agressão/lesão, aos sintomas e sequelas

associados e à conduta clínica pertinente. Docentes que apoiam o paradigma biopsicossocial realçaram o desenvolvimento de reflexões que incitassem os alunos a perceber a violência conforme as singularidades clínicas e os impactos subjetivos que geram na vida do sujeito — exigindo sensibilidade quanto aos limites de cada intervenção (p. 92).

Freitas (2016), em sua dissertação “A saúde da população LGBT: da trajetória da formação médica à atuação profissional”, identificou fragilidade na formação dos médicos pesquisados sobre o tema em termos de conteúdos e práticas assistenciais. Apesar disso, relata que:

Uma questão positiva nas abordagens deste estudo tratou da invisibilidade social da população LGBT e nos chamou atenção: foi que mesmo para os entrevistados que se apresentaram (profissionais médicos) com tendências conservadoras, indicaram certa vulnerabilidade para a saúde desse grupo, aspecto que confirma a necessidade do atendimento integral e humanizado. Entre os médicos que se consideram progressistas com relação à visibilidade da população e seus direitos em relação à saúde, encontraram-se alguns que dizem ter promovido transformações significativas em sua trajetória de formação e atendimento ao público LGBT. Atestam que a homossexualidade é historicamente contextualizada com o preconceito e a discriminação, inclusive quando se aborda o atendimento no âmbito da saúde pública. Assim, o acesso dessa população aos serviços de saúde tem sido descrito como injusto e excludente, e, conseqüentemente, como uma vulnerabilidade do grupo LGBT (p. 60).

Pedrosa e Araújo (2019), analisando processos de formação em saúde, colocam que “violência, morte, humanização, estigmatização e loucura [...], temas seculares no campo da saúde [...] ganham visibilidade somente quando [...] vocalizados por aqueles que vivenciam tais problemas no cotidiano e (quando) [...] reconhecidos pelos movimentos sociais como necessidades a serem enfrentadas [...]” (p. 232).

Os autores chamam atenção para o fato de que

a cultura que envolve o ensino na saúde deve estar atenta à base organizadora da formação, que é o Projeto Pedagógico do Curso - PPC

e a coerência de sua contextualização social. Deve ater-se ainda à forma como os determinantes sociais são incorporados no conteúdo do curso, à existência de um projeto de desenvolvimento docente, à qualidade e à dinâmica do ensino (pp. 245/46).

Dover & Belon (2019), com base nos determinantes da saúde identificados em vários estudos internacionais, propõem um modelo para entender e intervir nos determinantes da saúde e, desse modo, dimensionar os níveis de equidade/iniquidade, o *Health Equity Measurement Framework* (HEMF), que inclui fatores socioeconômicos, culturais, contexto político, contexto da política de saúde, estratificação social, localização social, circunstâncias sociais e materiais, ambiente, fatores biológicos, comportamentos e crenças sobre a saúde, estresse, qualidade do cuidado e utilização de serviços de saúde.

Sharma, Pinto e Kumagai (2018) observam que, nas escolas médicas, o ensino sobre os determinantes da saúde é realizado na perspectiva de que o futuro médico desenvolva alguma ação que contribua para a equidade em saúde. Observam também que o ensino dos determinantes da saúde decorre de sua consideração mais como conteúdo curricular a ser informado, não aprofunda o entendimento sobre como e por que acontecem as iniquidades. Em suas palavras: “*educators talk about poverty but not oppression, race but not racism, sex but not sexism, and homosexuality but not homophobia*” (p. 25).

Dessa forma, faltaria à formação médica definições mais precisas do quê, como e quando seria desenvolvido o ensino sobre equidade. Dispersas em sua amplitude, as discussões sobre equidade perdem o sentido da dialética que existe entre o individual e o coletivo, criando uma falsa dicotomia entre ações que se voltam para as pessoas, inclusive por meio de abordagens integradoras, e as ações que acontecem no cotidiano dos territórios, nas famílias e nos grupos e coletivos sociais.

Na dimensão particular das políticas, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde inclusivas e intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, equidade corresponderia à participação e governança determinada pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e democracia (SILVA, ALMEIDA FILHO, 2009).

Neste sentido, os temas relacionados à participação e controle social no SUS, presentes nas ementas curriculares e projetos de extensão construídos com os territórios e comunidades, mostram-se espaços privilegiados para a aprendizagem do processo de formulação, implantação e avaliação de políticas e de aprender equidade em saúde relacionada ao significado das desigualdades sociais.

Contextualizar o tema com as necessidades apresentadas pelos movimentos sociais, tendo como referência a Política de Equidade em Saúde, implica em incluir na matriz curricular as questões específicas sobre as diversidades que caracterizam a população brasileira.

Rocha, Sousa e Cavadinha (2019, p. 4) lembram que nas “Políticas de Equidade destacam-se objetivos e ações específicas relacionadas à formação e à educação permanente em saúde. Na política LGBT, por exemplo, o objetivo XXII é a inserção desse conteúdo nos processos de educação permanente e formação profissional”.

Nas ementas dos módulos APS e BPPS, destacam-se temas como educação em saúde, educação popular e saúde e práticas populares de saúde. A educação, em sua dimensão de formar profissionais sob o princípio da autonomia, contribui para que os estudantes possam sentir-se sujeitos com alteridade para discutir e interferir em seu processo formativo.

Entretanto, as práticas de educação em saúde com a população ainda guardam aspectos e imprimem atitudes prescritivas na medida em que os conteúdos e metodologias dessas práticas, na maioria das vezes, são definidos pelos estudantes e docentes sem a inclusão de profissionais da rede de serviços — e, principalmente, as comunidades.

E, enquanto ato inerente à prática médica individual, a predominância da perspectiva prescritiva não permite compreender que o encontro entre profissionais de saúde e usuários — que demandam seus cuidados nos momentos de enfrentamento de situações de adoecimento caracterizadas como complexas — põe em cena culturas e conhecimentos distintos, resultando em distanciamentos entre o modo como o profissional entende, explica e prescreve sobre a situação e os significados que os sujeitos demandantes atribuem à vivência da situação no cotidiano.

A educação popular e saúde preconiza a valorização dos saberes locais, o diálogo e a construção compartilhada de conhecimento que possibilitam o exercício da equidade, pois considera as pessoas como sujeitos que refletem sobre

a realidade e tem a potencialidade de modificar situações de opressão material ou que são resultado da discriminação e preconceitos.

A educação popular destaca-se como uma prática político-pedagógica comprometida com a população no projeto de sua própria libertação, partindo de uma intencionalidade que propicie uma nova forma de compreender o mundo e de vivê-lo, para que os indivíduos possam lê-lo com os olhos de sua própria cultura e dialogar uns com os outros como sujeitos conscientes. Para tanto, faz-se imprescindível que os participantes desse processo sejam ativos e responsáveis pela construção e realização de sua própria história, assim como pelas decisões que têm interface com seu destino, estando esses comprometidos com o processo histórico de construção de uma sociedade justa e democrática, fundada em bases de equidade, de respeito às diferenças e não excludente, empenhados na superação das desigualdades existentes (Araújo, 2018, p.19).

Assim, a educação popular e saúde e projetos de pesquisa e extensão com base nos territórios encontram-se presentes como espaços possíveis para apreender a equidade em saúde nas dimensões estrutural, política, simbólica e imaginária da existência humana.

Considerações: pontos a refletir

A busca do espaço e dos significados que o tema da equidade em saúde ocupa no Curso de Medicina da UFDPAr indicou que existe este espaço institucionalizado no PPC e nas palavras-chave das ementas de componentes da matriz curricular. Entretanto, este espaço não se distribui igualmente no Curso, sendo privilegiados módulos que discutem as relações entre saúde, sociedade e cuidado.

As palavras-chave indicam que a equidade em saúde é discutida na perspectiva das desiguais condições de vida por meio da discussão das políticas de saúde e do SUS — e, em menor grau, a discussão sobre diversidades.

Existe uma tendência de olhar a diversidade apresentada pelos grupos sociais (gênero, raça/cor, etnia, localização social) de maneira reduzida, como sendo atributos individuais que caracterizam as diferenças.

A perspectiva de equidade associada a riscos epidemiológicos e sociais se faz recorrente em todos os módulos analisados, mas é no internato em APS,

Saúde Mental e Saúde Coletiva que a temática supera a visão individual e alcança a perspectiva da gestão de redes de cuidado e proteção da vigilância em saúde.

São imprescindíveis, pois, estudos mais aprofundados que possam informar como o espaço da equidade em saúde na formação médica é concretizado nas práticas pedagógicas e nas relações com os serviços de saúde e a comunidade.

Referências:

- ARAÚJO, R. S. (2018). Apresentação educação popular e práticas sociais: notas introdutórias. In: Araújo, R., S.; Cruz, P. J. C. (Orgs) Educação popular e práticas sociais Ação, processo formativo e construção do conhecimento. João Pessoa-PB: Editora do CCTA pp. 13-29.
- AYRES, J.R. (2008). Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Coletiva*; 4 (2):159-172.
- BARBOSA, V. R. A. (2013). A violência como pauta no ensino médico: um desafio à agenda da saúde no século 21. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI. 109 f.
- BARROS, F. P. C. & Sousa, M. F. (2016). Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc. São Paulo*, 25 (1), pp.9-18.
- BOLTANSKI, L. (1989). *As classes sociais e o corpo* (3ª ed). Rio de Janeiro: Graal.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Educação (2010). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diretoria de Programas e Bolsas no país – DPB. Coordenação Geral de Programas Estratégicos – CGPE. Coordenação de Indução e Inovação – CII. Pró-Ensino na Saúde: Edital N° 024/2010. Disponível em: http://www.capes.gov.br/bolsas/Edital_EnsinoSaude_2010.pdf. Recuperado 28/04/2012.
- BRASIL. Presidência da República. (2011). Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 Jun 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação (2014). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais Medicina de 2014. Resolução CNE/CES 3/2014. *Diário Oficial da União, Brasília*, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2017). Políticas de Equidade em Saúde. Brasília-DF. Recuperado em 13 de março de 2020 em <https://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/politicas-de-equidade-em-saude>
- BRASIL. Presidência da República. (2018). Lei 13.651, de 11 de Abril de 2018. Cria a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPa), por desmembramento da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e cria a Universidade Federal do Agreste de Pernambuco (Ufape), por desmembramento da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Brasília; 2018 [citado 20 Abr2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13651.htm
- COHN, A., Nunes, E., Jacobi & Karsch, U. (1991). *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez.
- DOVER DC, Belon AP. (2019). The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health [published correction appears in *Int J Equity Health*. 2019 Apr 23;18(1):58]. *Int J Equity Health*.;18(1):36. doi:10.1186/s12939-019-0935-0
- ESCOREL, S. Equidade em saúde (2008). In: Pereira, I. B., Lima, J. C. F. (orgs). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>. Recuperado em 13/03/2020
- FREITAS, F. R.N. M. (2016). Saúde da população lgbt: da trajetória de formação médica a atuação profissional. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI. 79 f.
- MENDES, E.V. (2002). Os sistemas de saúde no Brasil: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza-CE: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- MENDES, I. A. C. (2004). Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(3): 447-8.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão para os Determinantes Sociais na Saúde. (2010). Relatório final - Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf?ua=1. Recuperado em 13/03/2020.
- PEDROSA, JIS & ARAÚJO, Z, A. M. (2019). O ensino de temas invisíveis na formação médica. In. Guimarães, J.M. X Filho. C. G. & Ruiz, E. M. (Orgs). *Ensino na saúde: política, currículo e práticas na reorientação da formação*. Fortaleza: EdUECE, Livro eletrônico.
- PEDROSA, JIS. (2019). Implantação e desenvolvimento do curso de Medicina em Parnaíba (PI), Brasil, a partir do Programa Mais Médicos para o Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23(Supl. 1): e180012 <https://doi.org/10.1590/Interface.180012>
- RIDDE V. (2007). Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, 14 (2): 63-71.
- SHARMA M, Pinto AD, Kumagai AK. (2018). Teaching the Social Determinants of Health: A Path to Equity or a Road to Nowhere?. *Acad Med*.93(1):25-30. doi:10.1097/ACM.0000000000001689.
- SILVA. L. M.V. & Almeida Filho, N. (2009). Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2, pp.S 217-S226.
- ROCHA, D.G.; Sousa, D.H.; Cavadinha, E. (2019). Equidade nos cursos de graduação em Saúde: marco legal, desafios políticos e metodológicos. *Interface (Botucatu)*, 23: e180017 <https://doi.org/10.1590/Interface.180017>.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: CONSTRUINDO NOVAS INSTITUCIONALIDADES

Oswaldo Peralta Bonetti
Etel Matiello
Gislei Knierim Siqueira
Virgínia da Silva Correa

Introdução

A conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) tem origem em um amplo processo de construção compartilhada, permeado pelas lutas em busca da democratização do país, desde sua origem até a atualidade, e pelas disputas entre diferentes projetos políticos de sociedade. Dentre estes, a contraditória relação público/privado, o debate sobre cobertura ou acesso universal posto na atualidade, a humanização e a promoção da equidade versus a homogeneização da população negando sua diversidade cultural e fatores que impactam e determinam seus processos de saúde e doença.

Em meio a esse processo, a formação profissional encontra lugar de destaque no sentido de que, por meio desta é desenvolvida a força de trabalho que delinea o projeto de saúde no cotidiano das ações e práticas de saúde disponibilizadas à população. Esta se referencia como uma das contribuições do Movimento da Reforma Sanitária, na afirmativa na Lei Orgânica da Saúde e na própria Constituição Federal de 1988 em seu Artigo no. 200, que coloca ao SUS a competência de ordenador da formação de recursos humanos no país.

Assim, a formação em saúde tem se desenvolvido permeada por diferentes paradigmas — e é neste contexto que encontramos a formação em serviço, por meio das residências multiprofissionais em saúde, como um campo importante, que se confunde com o próprio processo de formulação e implementação do SUS, no caminho da conquista e efetivação do direito universal à saúde.

Embora o histórico das residências nos aponte que as mesmas foram inauguradas já no final da década de 1970, na atualidade a sua implementação ainda se apresenta como um desafio. Muitos avanços foram conquistados nas

últimas décadas, dentre os quais merecem destaque a instituição da Política de Educação Permanente em Saúde e, mais recente, a Política de Educação Popular em Saúde. Contudo, ainda é percebida uma grande carência de referencial político-metodológico para a formação em serviço, a qual, em especial na atualidade, na qual enfrentamos uma séria crise social, política e econômica no país, com intenso subfinanciamento de políticas públicas, em especial a de saúde, pode tornar-se em mero instrumento de inserção de novos trabalhadores na rede de serviços para suprirem os *déficits* vivenciados pelo Sistema.

Outro desafio ainda presente, bastante implicado com a formação em saúde, é a efetivação de um modelo de saúde que faça valer na prática a universalidade, a participação, a integralidade e a equidade. Tais princípios constitucionais precisam de constantes inovações e políticas que os materializem nas ações da gestão, do cuidado, da promoção e da educação em saúde.

É neste histórico de compromisso com o SUS e com o direito à saúde que se apresenta a instituição das residências multiprofissionais, fortalecendo a contra-hegemonia no que fiz respeito à formação e ao modelo de saúde, que se apresenta a instituição do Programa de Residência em Saúde da Família com ênfase na saúde da População do Campo.

Buscamos na formulação deste artigo compartilhar um pouco das intencionalidades, das referências que nos inspiram e orientam, das estratégias pedagógicas, do modelo organizativo, enfim, das potencialidades e desafios que temos vivenciado no ato de sermos educadores deste processo que tem nos mobilizado e encantado.

A EPS e suas trilhas pela institucionalidade

Ancorada na busca de transformação das práticas de saúde no caminho de um novo modelo de saúde alicerçado na equidade, integralidade, humanização e na participação popular, foi instituída em 2013 a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde – PNEPS-SUS.

A educação popular na saúde possui longa caminhada histórica, na qual a década de 1960 é destacada — caminhada esta que se materializa no território das práticas sociais, da organização dos movimentos populares nos processos

de construção de conhecimento, promoção da saúde e luta por direitos. Esta década é considerada um marco no percurso da Educação Popular em Saúde (EPS), quando profissionais e estudantes engajados na busca da transformação social aproximam-se da cultura popular. Surgem iniciativas como os movimentos populares de cultura, de educação de base, entre outros, nas quais foi possível compreender a cultura popular como uma forma de luta popular, bem como que este processo levaria à transformação das relações de poder e da vida do país (VASCONCELOS, 2001, p. 121).

Desde então, nos seus mais de 40 anos de história, a EPS tem contribuído como referencial para a configuração de novos espaços de participação popular no contexto do SUS (PEDROSA, 2008, p. 307). Processo alimentado pela constituição de novas redes de movimentos e práticas de EPS em todo país, que se configuram em espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos, conceitos, visões de mundo, atuando como dispositivos fundamentais para o campo (BONETTI, PEDROSA e SIQUEIRA, 2001, p. 400; OLIVEIRA, 2009, p. 312).

Contudo, quando refletimos sobre sua institucionalidade nas políticas públicas, percebemos um histórico de significativa negligência ou preconceito com a mesma. Prova disto é que, embora a tenhamos como grande referência, um dos seus principais sistematizadores, Paulo Freire, possui intenso reconhecimento internacional, porém, em nosso país sua contribuição ainda não se apresenta como prioritária nos processos formativos em prol de referências, muitas das vezes externas e estranhas a nossa cultura.

No setor saúde, vivenciamos um período de ampliação, em que o Ministério da Saúde (MS) abriu espaço à EPS. Este se deu a partir de 2003, momento em que ao identificar e reconhecer seu papel, inaugurou em sua estrutura organizacional uma Coordenação destinada ao seu fortalecimento no Sistema. Também, iniciou um processo de diálogo e formulação coletiva de estratégias de ação no SUS com movimentos sociais e populares referenciados na perspectiva freiriana. Por meio desta Coordenação, ampliou-se a escuta institucional acerca das demandas de segmentos significativos que até então não possuíam interlocução com a gestão federal da saúde. Dificuldades de acesso ao SUS e entraves para o exercício do direito humano à saúde foram sendo identificadas por meio de uma ampla rede de diálogos e de processos de mobilização e formação.

A partir de 2005, a EPS esteve apresentada como uma opção político-metodológica no interior da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), buscando fortalecer a gestão do SUS, apostando no protagonismo popular e na ampliação da democracia do Sistema. Também merece destaque o ano de 2008, no qual a SGEP/MS recebeu a reivindicação, por parte dos movimentos e coletivos nacionais de EPS, de qualificação da interlocução da Secretaria com os movimentos, ampliando o espaço de construção coletiva e de apoio institucional às experiências de EPS. Dentre os encaminhamentos sugeridos no contexto das pactuações surgidas via a provocação destes movimentos e coletivos, foi apresentada a proposta de criação de um grupo de trabalho permanente entre a SGEP, por meio do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP), e os movimentos e coletivos de EPS. A partir da instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde no MS, uma ampla agenda de diálogo e construção foi empreendida, confluindo na formulação e instituição, em 2013, da Política Nacional de Educação Popular em Saúde-PNEPS-SUS.

Com a aprovação e institucionalização da nova Política, iniciou um intenso processo de implementação no qual, dentre o conjunto de ações e estratégias, destacam-se a implementação do Prêmio Victor Valla de EPS e do Curso de Formação em Educação Popular em Saúde para Agentes de Saúde (EdpopSUS), que foi desenvolvido em mais de 18 estados do país. O EdpopSUS se configurou na maior e mais capilarizada ação da PNEPS-SUS, disponibilizando a esse importante segmento dos trabalhadores da saúde a oportunidade de vivenciar um processo formativo embasado em uma perspectiva horizontal de construção do saber, alicerçada no saber de experiência feito, ou seja, nas vivências, experiências e saberes destes profissionais junto aos seus respectivos territórios, permeado pela arte, cultura e mobilização em defesa do direito à saúde. Não só se apresentou, em muitos dos casos, como a primeira oportunidade e acolhida a um processo educativo “formal”, como também promoveu o resgate do papel educador idealizado a estes profissionais em sua origem.

Contudo, a criação do inédito viável na institucionalidade, que corajosamente vinha sendo construído, se viu interrompida desde o ano de 2016, com as transformações na gestão federal. Neste contexto, ações e políticas importantes que vinham contribuindo com a qualificação do SUS no caminho da

integralidade, universalidade e da humanização, como as Políticas Nacionais de Promoção da Equidade e a própria PNEPS-SUS, foram totalmente abandonadas, vindo a culminar com a extinção da área técnica que as geria e fomentava no contexto do MS. A partir de então, a Coordenação Geral de Apoio à EPS, do DAGEP/SGEP/MS, começou a sofrer um intenso processo de desconstrução, essencialmente política, tornando-se, desde então, em um mero escritório de monitoramento de projetos — prova disto é que, a partir daquele momento, a agenda do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde foi cancelada.

Contudo, mesmo com o abandono da PNEPS-SUS no espaço da gestão federal da saúde, ela continua vigente e já se tornou parte das ações, corações e mentes de trabalhadores, conselheiros, educadores, estudantes e cuidadores no país afora. Instituições importantes no contexto da formulação das políticas, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), continuam a fomentá-la e a considerar seu papel na efetivação do SUS. É neste contexto de resistência que se inscreve a instituição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo, no sentido de construir novas institucionalidades para preservação dos princípios e intencionalidades da EPS no SUS.

Assim, a instauração da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo, desde sua formulação até seu processo de implementação que vem se materializando desde 2019, integra duas políticas, em especial, no contexto de efetivação do SUS: a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo

O Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC) é produto da parceria entre o Programa Saúde, Ambiente e Trabalho da Fiocruz Brasília (PSAT), a Escola Fiocruz de Governo de Brasília e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. É uma pós-graduação lato sensu, realizada na forma de educação-trabalho (formação em serviço) sob supervisão, composta de 5.760 horas, em dois anos, incluindo 1.152

horas teóricas ou teórico-práticas. Sua carga horária está organizada em tempos educativos, como o Tempo-Escola e Tempo-Comunidade, os quais se constituem em outras subdivisões a seguir apontadas.

O PRMSFSPC é fruto do diálogo entre os movimentos sociais do campo e o Programa Saúde, Ambiente e Trabalho-PSAT, Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Apresenta como pressupostos a formação em serviço referenciada no compromisso com a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas, com a PNEPS-SUS e com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ambas compreendidas como potenciais para transformação do modelo de saúde, no caminho da integralidade.

Tem como objetivo principal formar profissionais de saúde, em nível de pós-graduação, especialistas em saúde da família com ênfase em Saúde da População do Campo, numa perspectiva ampla e crítica dos processos de transformação social, comprometidos com a organização coletiva, a qualidade de vida dessas populações e a consolidação do SUS.

Seus objetivos específicos abrangem promover a compreensão da saúde como um direito humano: identificar os processos de saúde e doença das populações do campo, da floresta e das águas a partir da produção e reprodução da vida no território; propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto filosófico-social-histórico-cultural, por meio do conhecimento técnico, postura ética e construção de práticas de cuidado em saúde, embasadas nos saberes humanísticos, popular e científico; possibilitar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o planejamento em saúde a partir da realidade dos territórios; promover a vivência do trabalho em equipe, objetivando construir uma perspectiva inter e transdisciplinar, estimulando reflexões sobre o papel do profissional quanto ao agente transformador da realidade social; desenvolver tecnologias e saberes relacionados ao campo da prática compartilhada e aos núcleos de saberes de cada profissão; desenvolver processos que fortaleçam a formação em promoção, vigilância, educação popular e participação social na saúde; subsidiar o desenvolvimento de conhecimento, ensino e pesquisas, qualificando a capacidade analítica, de enfrentamento e de proposições de intervenções que objetivam concretizar os princípios e diretrizes do SUS e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da

Floresta e das Águas; colaborar na construção das redes de atenção à saúde e práticas intersetoriais.

Retomando seu histórico, identifica-se que derivado do processo de formulação, articulação e diálogo, que durou mais de 2 anos, em 2019 foi implementado o PRMSFSPC, sendo o segundo do país voltado ao território do campo e o primeiro da Fiocruz no contexto nacional. Sua primeira turma conta com 16 (dezesseis) residentes de 6 (seis) categorias profissionais da área da saúde, sendo estas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. A segunda turma, iniciada em março de 2020, conta com 23 Residentes, ampliando não só a quantidade de residentes por categoria, como também trazendo a profissão da Educação Física, que não havia tido candidato selecionado na primeira chamada.

No contexto da Fiocruz, cabe destacar que a formação em serviço vem conquistando espaço estratégico: até 2019 havia 25 Programas de Residência no país (incluindo uni e multiprofissional) geridos pela Instituição. Especificamente relativos à Fiocruz Brasília, em 2018 foi implementado o primeiro programa e, em 2019, novos 2 (dois) Programas com características multiprofissionais, sendo um destes o PRMSFSPC. Já em 2020, além da continuidade e ampliação dos Programas em curso, foram instituídos 2 (dois) novos programas: um multiprofissional em atenção primária e um em medicina de família — neste contexto, na atualidade, a Fiocruz Brasília gere o processo de formação de aproximadamente 200 profissionais de saúde que atuam nos diferentes cenários da rede de atenção à saúde do SUS DF.

Para definição dos serviços aonde iriam ser realizadas as atividades práticas do Tempo-Comunidade, o conhecimento prévio por parte dos membros da Comissão Político-Pedagógica do Programa sobre as características acerca da rede de saúde, como também sobre as características de ocupação e modelo de produção das regiões rurais do DF, foram determinantes. Outra dimensão imprescindível, logo que idealizada a região, foi a aproximação e o diálogo com a gestão da SES DF, em especial com a Gerência de Atenção Primária da Região Norte de Saúde.

Embora as mudanças institucionais inerentes ao processo democrático da gestão do SUS, como as mudanças de gestão central na SES desde o começo

da formulação do Programa, tenham gerado certa descontinuidade no diálogo, a articulação se manteve com diferentes níveis de gestão da Secretaria de Saúde. Essa manutenção foi fundamental, tanto para sua implementação como para efetividade da aposta de gerar impacto e contribuir com os rumos da política de saúde no nível regional.

Neste contexto, fruto de constante diálogo e pactuação com a Gerência de Apoio Operacional das Unidades de Atenção Primária da Região Norte, as atividades do tempo comunidade são desenvolvidas junto à rede de atenção básica da Regional Norte de Saúde do Distrito Federal (DF), abrangendo duas cidades administrativas — mais precisamente, a primeira turma junto a 3 (três) UBS, sendo UBS no. 17 - Jardins Morumbi, UBS no. 12 - Bica do DER, ambas localizadas em Planaltina DF e UBS no.4 - Rota do Cavalo, em Sobradinho, DF.

Já a segunda turma, está inserida junto a 5 serviços da respectiva região, sendo UBS nº.15- Rio Preto, UBS nº.14- Tabatinga, UBS nº.16 - Pípiripau, UBS nº.10 - Taquara, UBS nº.13-São José, ambas em Planaltina, DF. Logo, a residência Multiprofissional de Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo está inserida em 8 (oito) das 11 (onze) unidades de saúde em áreas rurais da região norte de saúde do DF.

Cabe referir que além das UBS, a rede assistencial desta região de saúde conta também com duas unidades hospitalares regionais (Hospital Regional de Sobradinho e Planaltina), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Sobradinho 2, dois Centros de Especialidades Odontológicas (Sobradinho e Planaltina), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um em Planaltina, tipo 2, e dois em Sobradinho (CAPS Infantil e Álcool e outras drogas). Em relação à Vigilância em Saúde, possui 2 (duas) Unidades de Vigilância em Saúde (Unidades de Inspeção), em Sobradinho e Planaltina.

Uma das intencionalidades e provocações deste Programa é a percepção de que saúde não se faz somente no interior da Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que o território em sua totalidade é espaço de saúde, com suas diferentes características, instituições, movimentos — e que é direta a correlação entre os meios de produção, o acesso a bens e serviços, enfim, os modos de vida e vivência dos territórios com a saúde das populações que os habitam. Assim, o conhecimento sobre as características socio sanitárias, ambientais, culturais, econômicas, entre

todas as dimensões que interferem no processo de determinação social da saúde, são relevantes nos processos formativos, como também o estímulo ao desenvolvimento de ações junto aos respectivos territórios. Para tanto, um conjunto de dispositivos e instrumentos estão inseridos no seu processo político-pedagógico para contribuir com o reconhecimento e identificação de tais dimensões.

Alinhado com os pressupostos político-metodológicos do Programa e com a concepção da necessidade de ações afirmativas para diminuir a desigualdade na formação em saúde, o processo seletivo dos residentes considera a política de cotas — e conta com 3 etapas, sendo a inscrição aquela na qual o candidato tem de comprovar aptidão com os critérios; prova escrita de conhecimentos específicos (eliminatória e classificatória); e análise de currículo, análise da carta de intenção e entrevista (eliminatória e classificatória). A entrevista foi implementada a partir da segunda chamada pública, a fim de atingir maior assertividade na seleção de profissionais com vivência pregressa ou implicação com os territórios do campo — e tem demonstrado relevância.

Outra dimensão de destaque é a busca da inserção dos seus educandos e educandas na promoção e no exercício da participação e do controle social em saúde, tanto nos territórios onde atuam como também no âmbito distrital e nacional. Além da vivência por meio da auto-organização para as mobilizações em defesa dos direitos que têm sido realizadas permanentemente na capital federal nos últimos tempos, a participação junto ao processo de construção e realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante na formação dos residentes da primeira turma.

Assim, busca-se fortalecer o sentido de pertencimento nas lutas em defesa do SUS — construção de grande valia e necessidade atualmente, em um cenário em que a grande maioria dos jovens trabalhadores desconhecem as lutas, os processos de resistência, a historicidade da construção do Sistema Universal conquistado em nosso país —, que se encontra sob grandes ameaças.

Construindo o inédito viável no caminho metodológico da formação em serviço

A formação, embasada na premissa da promoção da equidade em saúde, configura-se como um desafio permanente e implica fomentar processos de

gestão participativa, em que todos os atores envolvidos possam ter oportunidades de aprender, ensinar, refletir e construir o caminhar do ensino/aprendizagem. Por isso, o percurso metodológico do PRMSFSPC está alicerçado na EPS, em uma pedagogia contextualizada no cotidiano do trabalho e do processo educativo, envolvendo território, serviço e demais espaços da formação.

Esta metodologia requer a interação de diversos saberes profissionais, formações, métodos, assim como uma variedade de dinâmicas e práticas pedagógicas participativas, populares, lúdicas, vivenciais e interativas, para propiciar a inclusão dos residentes no processo de aprendizagem em serviço, buscando torná-los protagonistas na construção de novos saberes e práticas.

Busca-se, assim, por meio da contribuição dos princípios da Educação Popular, da Educação do Campo e da Educação Permanente em Saúde, implementar um processo participativo e dinâmico, identificado com a realidade dos trabalhadores, conselheiros, estudantes e da comunidade envolvida.

A Educação Permanente em Saúde propõe que a transformação das práticas deve estar baseada na reflexão crítica sobre o cotidiano profissional da saúde na rede de serviços, permitindo-lhes aprender e ensinar de forma permanente, interagindo com o quadrilátero: Formação, Gestão, Atenção e Controle Social, adotando como metodologia a problematização do processo de trabalho e a contextualização da realidade numa perspectiva crítica e dialética de intervenção com vistas à transformação da realidade vivenciada. Assim, o processo de formação deve gerar aprendizagem significativa, incentivando a cogestão de coletivos, qualificando a ação e proporcionando o empoderamento e protagonismo dos sujeitos. O percurso pedagógico/metodológico propõe uma pedagogia contextualizada, envolvendo território, serviço e processo de formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A educação popular estimula a criação de um senso crítico que provoque o entendimento, o comprometimento e a capacidade de reivindicar, de formular propostas e transformar por meio de um processo em que, a partir da ação, gera-se reflexão e, desta, uma nova ação. É um processo coletivo de produção e socialização do conhecimento que capacita educadores e educandos a ler criticamente a realidade socioeconômico-político-cultural com a finalidade de transformá-la, intencionando um novo projeto de sociedade para o País.

O caminho político-pedagógico proposto pela Educação Popular requer o envolvimento corresponsável de todos participantes na construção, apropriação e multiplicação do conhecimento. Para Freire, educar é tornar os sujeitos mais humanos e humanizar seria situar os processos e práticas educativas no âmbito, nos anseios e nas lutas dos setores populares, incorporando os princípios da dignidade, da emancipação e da justiça (ARROYO, 2001, p. 47).

Miguel Arroyo (2001) refere que a educação popular é a prática com base no diálogo, na convivência, na interação entre profissionais e população, através dos corpos, das falas, das culturas: matrizes fundamentais da nossa identidade.

A educação popular relaciona-se diretamente com a arte e a cultura e com as fontes da vida e da morte nas comunidades; a partir da criação de laços solidários e comprometidos com a libertação, articulam saberes diferenciados, sensibilizando os diferentes atores envolvidos e exprimindo as representações que o ser humano constrói a partir da sua leitura do mundo na perspectiva de conhecer e intervir sobre a realidade (DANTAS, 2009).

Segundo Vasconcelos (2001), a educação popular oferece um instrumental fundamental para o desenvolvimento de novas relações, “através da ênfase no diálogo, a valorização do saber popular e a busca de inserção na dinâmica local”, tendo a identidade cultural como base do processo educativo e compreendendo que o respeito ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural. As experiências de educação popular desenvolvidas por meio da arte-cultura proporcionam uma maior aproximação à humanização e à integralidade.

As trajetórias de experiências da educação popular em saúde iniciam com o reconhecimento das lutas populares e, com isso, apresentam potenciais possibilidades de intervenção e produção da vida coletiva. Valorizam a conexão entre cotidiano e história, vinculando a experiência local sentida no singular dos grupos com a inserção na história vivida no exercício sociopolítico em rede e articulações a nível nacional. Desta forma, a reflexão, a partilha e a leitura coletiva das possibilidades são feitas também mediante o exercício das linguagens e culturas, como as dos mestres da arte popular, da viola e do repente, dos grupos de maneiro-pau, de coco, teatro de rua, dos cordelistas, radialistas, palhaços, pajés e xamãs (BRASIL, 2016).

O processo educativo precisa ser sensível às linguagens que emergem na simplicidade das experiências locais que, em uma vivência de protagonismo ousada,

tomaram a frente no processo de articulação e imprimiram sua feição particular. Experiências essas que buscam, aos poucos, incluir-se nos espaços dos serviços de saúde e instituições formadoras e ensaiar uma ação que interfira nas políticas públicas mas que, ao mesmo tempo, possa alimentar-se continuamente de suas práticas concretas.

Uma das especificidades da Educação Popular é a de relacionar o fazer (saber empírico ou saber de experiência feito) das pessoas com uma reflexão teórica (saber científico) e integrar a dimensão imediata (micro ou local) com a dimensão estratégica (macro).

Por sua vez, a Educação do Campo vem se constituindo como um movimento de luta do povo do campo por políticas públicas que garantam o seu direito à educação, e uma educação que seja “*no e do*” campo, “*no*: o povo tem direito a ser educado no lugar em que vive e *do*: o povo tem direito a uma educação pensada a partir de seu lugar e com sua participação, vinculada à sua cultura e às suas necessidades humanas e sociais”. A educação do campo tem sua origem baseada numa realidade de violenta desumanização das condições de vida no campo. Uma realidade de injustiça, desigualdade, opressão, que exigem transformações estruturais urgentes.

Os sujeitos da educação do campo, por sua vez, são aquelas pessoas que sentem na sua própria pele os efeitos da realidade perversa, mas não se conformam com ela: são os sujeitos da resistência *no e do* campo, que lutam para continuar sendo agricultores, apesar de um modelo de agricultura cada vez mais excludente; sujeitos que lutam em defesa dos bens comuns e por melhores condições de trabalhos; sujeitos de resistência na terra dos quilombos e pela identidade própria desta herança; sujeitos da luta pelo direito de continuar a ser indígena e brasileiro, em terras demarcadas e em identidades e direitos sociais respeitados; e sujeitos de tantas outras resistências culturais, políticas, pedagógicas.

A educação do campo busca vincular a luta por educação com o conjunto das lutas pela transformação das condições sociais de vida no campo. A discussão da educação do campo está vinculada aos processos de formação dos sujeitos do campo porque, na prática, não há como construir processos educativos com o povo do campo sem transformar as condições atuais de vida e trabalho — e também porque é na própria luta por estas transformações que o processo de educação e humanização é retomado (CALDART, 2009).

O campo é constituído por diferentes sujeitos: agricultores, quilombolas, povos indígenas, pescadores, camponeses, assentados, reassentados, ribeirinhos, povos da floresta, caipiras, lavradores, roceiros, sem-terra, agregados, caboclos, meeiros, assalariados rurais e outros grupos mais. Entre esses, há os que estão vinculados a algum tipo de organizações populares, outros, não; há diferenças de etnias, de religião, de gênero, de geração, diferentes jeitos de produzir e de viver, diferentes modos de olhar o mundo, de conhecer a realidade e de resolver os problemas, diferentes jeitos de fazer a própria resistência no campo, de ocupar o território, diferentes lutas.

É a partir da percepção dessas diversidades e diferenças que a educação do campo constrói sua identidade e seu campo científico. As diferenças não tornam invisíveis a identidade comum: a identidade de ser um só povo; ser a parte do povo brasileiro que vive no campo e que historicamente tem sido vítima da opressão e da discriminação, que é tanto econômica, política, religiosa como cultural. Entretanto a identidade comum e as lutas comuns, por sua vez, também não invisibilizam as diferenças, não ignoram identidades e culturas construídas em séculos de história e por meio de tantas outras lutas. Portanto, a perspectiva construída é a do diálogo: sujeitos diferentes que se encontram como iguais para, juntos, lutarem pelos direitos de ser humano, de cidadão — e para transformar o mundo. E neste encontro, abre-se a possibilidade da própria transformação, a partir do que somos, queremos e poder ir desenhando: outros traços de identidade, fruto da síntese cultural que nos desafiam em conjunto.

A educação do campo identifica uma reflexão pedagógica que nasce das diversas práticas de educação desenvolvidas no campo e/ou pelos sujeitos do campo. Reflexão que reconhece o campo como lugar onde se constrói pedagogias e onde se desenha traços do que pode se constituir em um projeto de educação ou de formação dos sujeitos do campo que, na sua ação educativa, buscam contribuir no desenvolvimento mais pleno do ser humano, na sua humanização e inserção crítica na dinâmica da sociedade da qual fazem parte; que compreende que os sujeitos se humanizam ou se desumanizam sob condições materiais e relações sociais determinadas, que nos mesmos processos em que constroem a sua existência, se constroem como seres humanos; que as práticas sociais — e, entre elas, especialmente as relações de trabalho — conformam (formam ou deformam) os sujeitos (BRASIL, 2013a).

Diante disso, a educação do campo afirma que não há como verdadeiramente educar os sujeitos do campo sem transformar as circunstâncias sociais de vida e trabalho e sem prepará-los para serem sujeitos dessas transformações.

Este projeto educativo reafirma o diálogo com a Pedagogia do Oprimido, com os princípios da educação popular na sua insistência de que são os oprimidos os sujeitos de sua própria educação — e na cultura como matriz de formação do ser humano.

Permeado por essas trilhas pedagógicas, o Programa está organizado a partir da *Pedagogia da Alternância*. Ela não se resume a um método de ensino e tampouco uma teoria desenvolvida por estudiosos da academia universitária. A sua gênese está relacionada diretamente às necessidades de promover uma maior articulação entre a teoria e a prática, alternando os tempos e os espaços entre a escola e a comunidade local.

Segundo Silva (2008): “a alternância, enquanto princípio pedagógico, mais que característica de sucessões repetidas de sequências, visa desenvolver na formação situações em que o mundo escolar se posiciona em interação com o mundo que os rodeia”¹. Desse modo, os cursos que se orientam pela alternância estão organizados em 2 etapas distintas e integradas, nas quais estão previstos o *tempo-escola (TE)* e o *tempo-comunidade/trabalho/serviço (TC)*. No primeiro caso, os estudantes permanecem uma parte do seu tempo nas instituições de ensino, nas quais têm a oportunidade de estabelecer uma relação de diálogo direta com os professores e com os conteúdos conceituais e teóricos ministrados e previstos em sua grade curricular. Neste momento, os professores buscam estimular a discussão teórica, estabelecendo nexos com as diferentes realidades vividas pelos estudantes, a fim de promover reflexões sobre as questões relevantes, capacitando-os para uma intervenção transformadora. Esta intervenção “transformadora” ocorre no momento Tempo-Comunidade, em que os alunos retornam às suas respectivas famílias, serviço e/ou comunidades, a fim de realizar um conjunto de tarefas que lhes foram delegadas pelos professores ou orientadores.

Focando na construção de uma relação orgânica entre a teoria e a prática, a formação se diferencia das práticas pedagógicas convencionais, nas

¹ Neste sentido, o papel desempenhado pela alternância é o de buscar articular universos considerados opostos ou insuficientemente interpretados, tais como o mundo da escola e o mundo da vida, o abstrato e o concreto. Além disso, a alternância contribui para colocar em relação diferentes parceiros com identidades, preocupações e lógicas também diferentes: de um lado, a escola e a lógica da transmissão de saberes e, de outro, as famílias e a lógica da agricultura familiar (SILVA, 2008, p. 108).

quais as universidades e as escolas são consideradas como centros exclusivos de produção, sistematização e difusão do conhecimento. Para tanto, é necessária a utilização de referenciais teóricos e metodológicos nos quais a prática social seja um dos pontos de partida no processo de construção do conhecimento, de tal modo que os conhecimentos dos educandos e das comunidades sejam levados em consideração, mediante o estabelecimento de uma relação de diálogo entre sujeitos. Voltamos aqui à importância de ir contra o que Paulo Freire (1975) chama de *educação bancária*.

As correntes teóricas que trabalham na perspectiva da pedagogia da alternância atuam na linha da pedagogia histórico-crítica, que afirma não ser possível compreender o processo pedagógico em separado dos processos sociais, ou seja, é preciso partir dos vínculos existentes entre educação e sociedade, objetivados na prática social dos seus educandos/atores. Para os autores que se guiam pela pedagogia histórico-crítica, a educação é conceituada como uma atividade mediadora no seio da prática social, razão pela qual esta deve ser tomada como ponto de partida no processo de construção do conhecimento (SAVIANI, 2005).

O próximo passo visa articular a pesquisa e o trabalho nos territórios como partes constituintes e indissolúveis do processo educativo. Desse modo, a pesquisa não ocorrerá apenas no momento de realização do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), mas permeará todas as etapas previstas na Residência. Visando fortalecer essa atuação, as aulas e demais atividades nos TE deverão combinar reflexões coletivas, a partir de estudos em grupo ou individualmente, que dialoguem com a realidade e atuação na Comunidade, contribuindo para que os educandos possam discutir as abordagens teóricas e os procedimentos metodológicos mais adequados a serem utilizados no TC.

Toda esta base teórica da formação tem como princípio orientador a construção do diálogo interdisciplinar entre educandos e docentes, tendo como referência os problemas identificados na realidade social dos territórios. A noção de interdisciplinaridade aqui adotada inspira-se na interpretação de Casanova (2006), que a concebe como:

(...) uma relação entre várias disciplinas em que se divide o saber fazer humano, é uma das soluções que se oferecem a um problema muito mais

profundo, como a unidade do ser e do saber, ou a unidade das ciências, das técnicas, das artes e das humanidades com o conjunto cognoscível e construtível da vida e do universo (CASANOVA, 2006, p. 12).

Essa proposta metodológica oferece alternativa para uma aprendizagem integral, não fragmentada, viabilizada mediante a disponibilização de metodologias de pesquisa e investigação que privilegiem o estudo da realidade social, de suas contradições e possibilidades de intervenção transformadora, tendo como foco a formação para a ação, o que preconiza o programa ensino em serviço.

Nesta perspectiva, a Coordenação Político-Pedagógica (CPP) é composta por educadores e educandos — e tem como tarefa conduzir política e pedagogicamente a formação em serviço, tendo em vista o projeto de ensino-aprendizagem e a intencionalidade formativa pretendida de forma transformadora para o coletivo.

A organização dos espaços/tempos educativos visa contribuir no processo de organização das etapas TE e TC, onde os/as educandos/as podem realizar diversas atividades pedagógicas. É um exercício para aprender a organizar o seu tempo individual e o tempo do coletivo em relação às tarefas necessárias ao cumprimento dos objetivos do processo formativo pretendido e aos objetivos de cada etapa da Residência.

A organização do processo educativo em tempos educativos nasce para reforçar 2 (dois) princípios importantes: um, a necessidade de mudar a existência dos educandos, seu jeito de viver e perceber o mundo, criando, assim, a possibilidade para o questionamento e a busca de uma nova síntese; e, outro, a formação humana, buscando trabalhar pedagogicamente as várias dimensões da vida. Concomitantemente, os tempos pedagógicos visam contribuir no processo de organização (ênfase maior no tempo escola) e auto-organização dos educandos (ênfase maior no tempo comunidade). É o exercício de aprender a organizar o tempo pessoal e o tempo coletivo em relação às tarefas necessárias do curso.

Os tempos educativos podem ter determinada periodicidade, duração e intencionalidade pedagógica específica, conforme o quadro a seguir:

Tempo Educativo	Intencionalidade Pedagógica	Periodicidade
Tempo Acolhimento	Tempo diário do conjunto dos sujeitos da RMSFSPC destinado à motivação das atividades do dia, conferência das presenças por núcleo de Aprendizagem e Estudo - NAE, informes gerais, apresentação do registro diário elaborado sobre o dia anterior, e cultivo da mística da coletividade.	Diário
Tempo Aula	Tempo destinado ao estudo e a apresentação dos conteúdos formativos e componentes curriculares, sob a orientação dos docentes responsáveis, previstos no projeto político-pedagógico do curso, conforme percurso formador, Projeto Metodológico (PROMET) e do cronograma do Tempo Escola da etapa.	Diário
Tempo Leitura	Tempo para realizar as leituras de obras-textos orientadas nas disciplina e/ou pela Coordenação Político-Pedagógica; ocorre tanto no Tempo-Aula como no Tempo-Escola para que os educandos possam ter contato com os diferentes tipos de gêneros literários e textuais, relacionadas com o tema que a disciplina irá abordar; para este momento, orienta-se que os estudantes organizem suas formas de registros e/ou técnicas de fichamento das leituras realizadas.	Semanal
Tempo Núcleo de Aprendizagem e Estudo – NAE	Destinado ao encontro dos membros de cada NAE para atividades relacionadas ao processo organizativo e de gestão da coletividade em vista à concretização do projeto metodológico, especialmente as metas da turma, assim como para tratar questões emergentes do processo formativo.	Semanal
Tempo Atividade Cultural	Destinado ao cultivo, à socialização, à reflexão sobre expressões culturais diversas e à valorização da cultura dos sujeitos envolvidos no processo educativo; momento também de celebração de fatos ou datas significativas para a coletividade.	Semanal
Tempo Seminários e Oficinas	Tem por finalidade o aprendizado e o desenvolvimento de determinadas habilidades, visando alcançar as metas de aprendizagem previstas pelo curso.	Semanal
Tempo Cuidado	Momento destinado ao cuidado do corpo e saúde mental, com atividades recreativas, práticas complementares em saúde.	De 2 a 3 vezes na semana
Tempo Reflexão Escrita	Tempo de retomada de um período em andamento (movimento de processo), em vista da percepção dos aprendizados (em todos os demais momentos) e do registro da sua reflexão sobre o curso do processo educativo vivenciado extraindo os aprendizados para a formação cidadã e profissional. O registro será feito em caderno pessoal e específico.	Diário

Dentre os instrumentos pedagógicos ofertados, destacam-se o caderno de reflexões, o relatório individual e o relatório coletivo — este último por meio do Diagnóstico Rural Participativo, realizado nos respectivos territórios.

O processo de acompanhamento pedagógico é feito por meio dos Preceptores, dos Tutores de Campo e dos Tutores de Núcleo. Os preceptores são profissionais integrantes das equipes dos serviços nos quais o Residente está inserido — logo, são de extrema importância para o processo de formação do educando. Acompanham e orientam a atuação dos Residentes no serviço e no atendimento à comunidade, por meio da sua experiência profissional, estando implicados com todas as dimensões do processo de prática e educativo, e vivenciando o cotidiano da prática dos residentes. Dentre as atribuições de sua competência, temos: observar a pontualidade e a frequência do residente de acordo com o cronograma de atividades; orientar e supervisionar os residentes em sua área e prática cotidiana; avaliar diariamente o desempenho do residente na sua área.

Os Tutores de Campo são membros da Comissão Político-Pedagógica do Programa que têm a função de acompanhar pedagogicamente o Residente, fomentando um olhar transversal sobre o processo de aprendizagem e de contribuir com a integração entre o tempo-escola (aula) e o tempo-comunidade. Para tanto, devem estar em permanente contato com a preceptoria e com a gerência dos serviços, a fim de que a integração seja a mais próxima possível e que as ações planejadas e desenvolvidas no planejamento do processo formativo não estejam alheias ao planejamento das equipes e, sim, acolhidas como parte intrínseca do processo de trabalho e planejamento dos serviços. Assim, buscam apoiar o Residente no trabalho desenvolvido em cada campo, buscando conciliar anseios do campo às necessidades de formação do Residente, como também apoiar a solução de problemas quanto à prática e reorientar o trabalho da equipe multiprofissional.

Já os Tutores de Núcleo, estes acompanham o educando abordando os temas vinculados à área de formação profissional, orientando-os na sua atuação no serviço. É o ator da residência responsável por desempenhar a função de supervisão docente-assistencial por área específica de especialidade ou núcleo profissional.

Esta organização busca estimular uma atuação profissional referenciada em uma clínica que esteja em diálogo com o saber popular, que promova a

autonomia dos sujeitos dos territórios em seus processos de saúde e doença. Um profissional que tenha domínio não apenas dos instrumentais e procedimentos técnicos mas que compreenda por que os sofrimentos e adoecimento ocorrem.

Espera-se que o profissional egresso compreenda as singularidades dos territórios de atuação, no caso, as comunidades do campo — e que, a partir da formação crítica proposta, possa atuar em diferentes realidades, compreendendo o processo histórico, social e cultural destes sujeitos e suas vulnerabilidades.

O Diagnóstico Rural Participativo como instrumento de Territorialização

No Brasil, o ponto de partida para reorganização do sistema de Atenção Básica de Saúde foi redesenhar suas bases territoriais, buscando com isso assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Nesse contexto, a territorialização se apresenta como uma ferramenta metodológica capaz de contribuir nas mudanças do modelo assistencial, nas práticas sanitárias vigentes, possibilitando novas configurações loco-regionais, baseando-se no reconhecimento do território a partir das relações entre ambiente, condições de vida, situações de saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde.

Para muitos autores, a territorialização nada mais é do que um processo de “habitar um território” (KASTRUP, 2001, p. 215). O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário conhecer, explorar, torná-lo seu, ser sensível a suas questões, ser capaz de movimentar-se nele com alegria, com ousadia de desvendar suas entranhas, detectando as alterações de paisagens, os diferentes fluxos e os fixos. É necessário colocar em relação os fluxos diversos, os cognitivos, os técnicos, os políticos, os comunicativos, os afetivos e os interativos no sentido concreto, detectável na realidade.

Sob uma perspectiva transformadora de saberes e práticas locais, a territorialização passa a ser considerada, de forma ampla, um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e de saúde da população; um instrumento de compreensão dos diferentes contextos de uso do território

nas diferentes dimensões humanas, nas atividades econômicas, nas política, sociais, culturais e educativas, viabilizando o território como um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

Nesta perspectiva, a análise social do território pode contribuir para a construção de identidades, revelar subjetividades, coletar informações, identificar problemas, necessidades, fragilidades e fortalezas do lugar, auxiliar na tomada de decisões e definir estratégias de ação. Sobretudo pode revelar como os sujeitos individuais e/ou coletivos produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde; revelar a gestores, profissionais e usuários do SUS a compreensão da dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que pulsam nos territórios e as diversas paisagens que emolduram a espaço da vida cotidiana.

A territorialização se articula fortemente com o Diagnóstico e, juntos, se constituem como suporte teórico e prático das ações e Serviços em Saúde na Atenção Básica no Campo.

Segundo Ribeiro *et al.* (2008), o diagnóstico constitui o elemento-chave de reflexão sobre o cotidiano do serviço. Objetiva identificar problemas; estabelecer prioridades; observar fatores que limitam o desenvolvimento das atividades; instituir diretrizes para a definição de ações a serem implementadas e, sobretudo, tornar clara a realidade da instituição de forma a possibilitar que o planejamento seja adequado. Apresenta como vantagens o fortalecimento do vínculo entre usuários e a Unidade Básica de Saúde (UBS); a organização da oferta dos serviços de acordo com as reais necessidades da demanda; melhorias na qualidade dos atendimentos, pelo acesso a informações dos usuários; subsidiar a vigilância a repensar os fatores de risco, situações de vulnerabilidade e avaliar a situação de saúde quanto aos aspectos satisfatoriedade e mutabilidade, além de permitir o acompanhamento permanente da realidade local, com intuito de averiguar a efetividade dos serviços (cumprimento de metas) (BRASIL, 2001).

Contudo, além da escassez de processos formativos para sua implementação, também se percebe a carência de referenciais teórico-

metodológicos para sua implementação junto às equipes, o que torna o diagnóstico, muitas vezes, uma atividade meramente formal e burocrática. Frente à crítica a esse cenário, um conjunto de metodologias vêm sendo disponibilizadas, bastante envolvidas com o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que pode ser definido como uma espécie de cálculo que precede e preside a ação dos atores que planejam, os quais se qualificam pela apresentação de base organizativa, projeto definido e governabilidade (SOUZA, 2009).

No que diz respeito ao planejamento das políticas no campo, fruto da redemocratização e fortalecimento dos processos de luta pela terra, tem crescido o uso do Diagnóstico Rural Participativo (DRP), que pode ser compreendido como instrumento que possibilita a participação dos agricultores não apenas como informantes, mas também na análise, elaboração de soluções e ação (BRASIL, 2007).

Segundo Gomes et al. (2001), o DRP teve origem nos trabalhos de Robert



Figura 1 e 2: DRP implementado no Assentamento Pequeno Willian, 2019

Chambers, nos Estados Unidos. Esta metodologia, além de ofertar maior rapidez na obtenção de dados importantes para a promoção do desenvolvimento socioeconômico de populações rurais, estimula a participação ativa dos beneficiários envolvidos no processo e uma multidisciplinaridade técnica.

Assim, buscando atingir as intencionalidades propostas no Programa, as quais indicam que se faz necessário a todo trabalhador da saúde que pretende desenvolver uma ação efetiva e transformadora no território do campo, ter o conhecimento dos processos de produção, características sociais, econômicas, ambientais, culturais, além das especificamente relacionado às condições sanitárias da população adscrita, é que optamos pelo emprego do DRP junto aos residentes. O DRP é a primeira atribuição dos residentes na fase inicial de seus contatos com os territórios onde irão atuar no tempo-comunidade.

Ao empregar o DRP, estimula-se muito mais que a coleta de informações sobre as pessoas e famílias: por meio deste, busca-se promover a integração, o vínculo dos residentes com as pessoas e territórios. Um verdadeiro processo de implicação, afetação destes novos atores, como também do sentido de pertença e aceitação dos mesmos pelos moradores do campo.

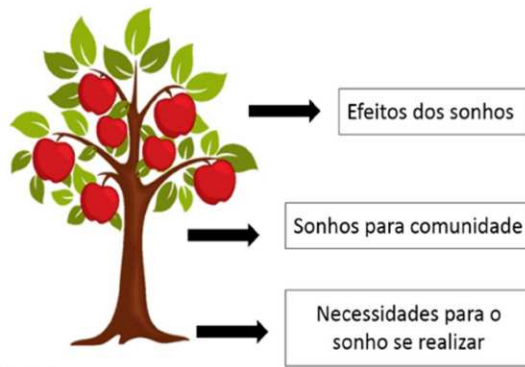


Por meio da sua implementação de forma participativa, vai se construindo um laço de pactuações, compromissos e cumplicidade em busca do desenvolvimento territorial rural, sobre o qual a saúde tem grande relevância. O processo de elaboração do DRP, quando bem implementado, promove uma participação construída por meio de relações horizontais de poder, considerando e respeitando os saberes populares, instigando a problematização crítica da realidade, não só como a busca da solução de uma questão específica da saúde mas como, também, da promoção do desenvolvimento local e da construção de relações sociais mais fortalecidas no território, o que o torna um verdadeiro processo formativo e um ato político.



Na implementação do DRP, um conjunto de técnicas foram empregadas, sendo este um processo aberto; muitas delas foram sendo desenhadas no percurso de sua implementação, dentre as quais destacam-se: análise de fontes secundárias, entrevista não estruturada (diálogo), entrevista semiestruturada, mapeamento participativo, diagrama de Venn e matriz de realidade/desejo.

A elaboração do DRP proporcionou não só o conhecimento e aprofundamento dos residentes sobre o território como o da própria equipe que atua há quase duas décadas nos territórios. Por meio deste processo foi possível desenvolver na prática o olhar acerca do conceito ampliado de saúde e verificar o impacto da determinação social na saúde, sendo que um leque de demandas invisíveis foram expostas e dialogadas, como a falta de energia elétrica em alguns



pontos da comunidade, a falta de espaços de lazer, a carência de água potável acessível a todos, por mais contraditório que isso possa ser em um território do campo. Também foi surpreendente o encantamento dos educandos com a vivência coletiva no que diz respeito ao conhecimento sobre

as relações sociais no território; dentre alguns pontos, destacamos a participação das crianças na atividade, as quais foram acolhidas como protagonistas da construção, além da identificação dos conflitos de poder entre moradores, desconstruindo uma visão idealizada da realidade.

Vale destacar a criatividade despertada nos residentes na busca de envolver a população no processo: a dificuldade de mobilização inerente, as dificuldades de deslocamento, os conflitos já relatados e a baixa cultura de participação percebida no local os levaram a construir várias estratégias. Dentre estas, merece destaque a realização de práticas populares de cuidado como motivação para os encontros, durante as quais ia se desenvolvendo o diálogo. Com esta atividade também foi possível identificar saberes e cuidadores locais, foram compartilhadas remédios naturais etc.

“Foi interessante enxergar a comunidade da Vila Taquaril com os olhos dos seus próprios membros, pois pudemos ver demandas e vontades que até então não era possível entender com o olhar de profissionais de saúde que não vivem na comunidade” (ESTEVEES et al., 2019).

Considerações Finais

A revisão do histórico de implementação do PRMSFSPC nos leva a crer que o mesmo tem contribuído no fortalecimento da inserção de referenciais importantes — até então bastante distantes e negligenciados, como a EPS, a educação do campo — na formação profissional em saúde. Este fato ganha maior importância no contexto de transformações e divergências ideológicas que marcam a gestão federal da política de saúde na atualidade.

A aproximação entre a academia ou espaço de formação, como é o caso de nossa Instituição, com os serviços públicos de saúde tem se desvelado essencial para transformar o aprendizado, tomando por base a realidade de vida e de saúde da população brasileira: a inserção dos Residentes no “cenário real de práticas” da Rede SUS mostra-se como fundamental para que o processo saúde-doença seja abordado integralmente.

Esta experiência tem demonstrado grande relevância na formação de trabalhadores para atuarem no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal-SUS/DF. Assim como as ações realizadas pelos profissionais residentes, embasadas no fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, em especial aquela inscrita na área rural, cumprem um papel de fortalecer seus trabalhadores, que historicamente são alijados dos processos de educação permanente. Destaca-se ainda a concepção ampliada do cuidado que vem sendo construído nos territórios, partindo de uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica.

A ênfase dada à saúde da população do campo tem demonstrado importância, ao mesmo tempo, se apresenta carregada de desafios, pois desnuda cotidianamente um mundo até então invisibilizado aos trabalhadores da saúde em processo de formação, mundo este permeado pela iniquidade e vulnerabilidade, por dificuldades de acesso, por contradições impostas pelo modelo de produção vigente que dificultam a conquista do desenvolvimento do campo de forma sustentável, democrática e humanizada.

Esperamos que essa vivência, que a matriz pedagógica referenciada na territorialização, esteja contribuindo com a formação de profissionais implicados e comprometidos com o acesso, a qualidade e a efetivação do direito à saúde e à qualidade de vida no campo.

O olhar sensível sobre o território tem estimulado uma postura mais dialética diante do trabalho com as comunidades rurais, o que nos remete a uma prática profissional e social mais consistente e implicada com os processos de luta por saúde vivenciados pela população do campo.

O contato com a realidade do campo no DF tem-nos explicitado a crise vivida pela população na atualidade: dentre os múltiplos fatores agravantes relacionados à determinação social da saúde observados, encontramos o desemprego acima dos indicadores nacionais, a violência, seja doméstica, seja a resultante de conflitos ligados à posse da terra — questões que intensificam nosso compromisso com a saúde destas

populações e nos levam a reivindicar a necessária especificidade deste território, seja na organização do sistema de saúde, seja na formação profissional.

Ao olhar a realidade e o processo de organização dos serviços de saúde do campo, percebem-se inúmeras dificuldades no que diz respeito à garantia da equipe multiprofissional em sua integralidade — em especial, dotadas do Agente Comunitário, tão importante nas regiões do campo —, como também as dificuldades em realizar o trabalho de promoção e vigilância em saúde e articular ou integrar o cuidado desta população aos demais níveis de atenção do Sistema. A dificuldade de transporte enfrentada pelas equipes para o trabalho de vivenciar o território é também bastante marcante.

Estes fatores destacam ainda mais a importância do papel das Residências Multiprofissionais junto aos serviços de saúde, não só qualificando a formação de trabalhadores para atuarem nestas áreas e situações, como também na ampliação do rol de práticas e ações, sejam de promoção, atenção ou educação em saúde que a equipe de residentes proporciona e potencializa nos diferentes territórios.

Por fim, refere-se a importância da mobilização por uma política nacional de formação em serviço no país que venha a rever as iniquidades vivenciadas no cotidiano nas residências, promovendo o estímulo ao compromisso à formação profissional em serviço, seja por parte das instituições formadoras, seja dos serviços, garantindo infraestrutura para o fortalecimento deste processo de contribuição fundamental para a efetivação do SUS, que são as residências multiprofissionais em saúde.

Referências:

- BONETTI, O. P., ODEH, M. M., CARNEIRO, F. F. (2014). Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS. *Interface (Botucatu)* [online]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0504>.
- BONETTI, O.P.; PEDROSA, J. I. dos S.; SIQUEIRA, T. C. de A. Educação Popular em Saúde como Política do Sistema Único de Saúde. *Revista APS, Juiz de Fora/MG*, v. 14, n. 4, p. 397-407, out/dez 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): 2001.
- BRASIL. Embrapa – Amazônia Ocidental. Métodos e Técnicas de Diagnóstico Participativo em Sistemas de Uso da Terra - Apostila de Curso. Manaus. 2007. 32p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta 1ª ed.; Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2013). Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS/SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 240 p. : il.
- CALDART, R.S. Educação do Campo: Notas para uma análise de percurso. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 35-64, mar./jun.2009.
- CASANOVA; P. G. As novas ciências e as humanidades: da academia à política. Editora Boitempo, São Paulo, 2006.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.
- DANTAS, V. L. A. Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva Cirandas da Vida em Fortaleza. Doutorado. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009.
- ESTEVES, A. C.; MEDEIROS, J.; VITORIANO, P. H.; MUSA, R.; RAUJO, T.; CUNHA, Y. H. Diagnóstico Rural Participativo. Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo. Brasília. 2019. 16p.
- FREIRE. Paulo. (1975) *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e terra.
- GOMES, M. A. O. et al. Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) como mitigador de impactos socioeconômicos negativos em empreendimentos agropecuários. In: BROSE, M. Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 63-78, 2001.
- KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 1, p. 17-27, jan./jun. 2001.
- OLIVEIRA, M.W. Pesquisa e trabalho profissional como espaços e processos de humanização e de comunhão criadora. *Cad. Cedes, Campinas*, vol. 29, n. 79, p. 309-321, set./dez. 2009.
- RIBEIRO LCC, RIBEIRO M, DIAS KS, MATOS KA, FERREIRA TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm* 2008; 13(3): 448-452.
- SAVIANI; D. O institucional, a organização e a cultura da escola. *Cadernos de Pesquisa*. (Fundação Carlos Chagas), v. 35, p. 231-237, 2005.
- SILVA, L. H. Educação do campo e pedagogia da alternância. A experiência brasileira. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Revista de Ciências da Educação*, (5). 2008.
- SOUZA, M. M. O. A utilização de metodologias de diagnóstico e planejamento participativo em assentamentos rurais: o diagnóstico rural/rápido participativo (DRP). *EM Extensão, Uberlândia*, v. 8, n. 1, p. 34 - 47, jan./jul. 2009. Encontrado in: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20380/10850>. Visitado em: 12.06.2020.
- VASCONCELOS, E. M. (2001). Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 5, n. 8, p. 121-126.
- _____. (2004). Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67- 83.

INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS: TRILHAS, DESCOBERTAS E DESAFIOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Vanderléia Laodete Pulga
Fabiana Schneider
Fernanda Mattioni

*De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Fazemos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!*

Fernando Sabino

Introdução

O atual contexto mundial exige dos profissionais de saúde e das instituições formadoras enfrentar desafios que se apresentam frente à mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população que coloca a necessidade de agir em situações complexas, de atuar em equipes, de forma intersetorial, inter/transdisciplinar e multiprofissional.

A consolidação de sistemas públicos universais que garantam o direito à saúde é um desafio mundial e, no caso do Brasil, determinante a necessidade de manter o Sistema Único de Saúde (SUS) em circunstâncias adversas e, ao mesmo tempo, qualificá-lo como um Sistema de Saúde-Escola.

Temos como preceito, na Constituição Federal de 1988, que o SUS deve ordenar a formação de trabalhadores(as) da saúde. Desde então, os processos

de formação de profissionais de saúde na integração com os serviços e as comunidades é um desafio colocado, tanto para as instituições formadoras como para os gestores, os serviços e as equipes de saúde.

A articulação ensino-serviço-comunidade se apresenta como uma potente oferta para qualificação da atenção no SUS. Apesar das fragilidades evidenciadas no processo de ensino, o SUS caracteriza-se como um cenário estratégico e necessário de vivências profissionais.

O trabalho em saúde é essencialmente educativo por sua natureza. A relação que se estabelece entre trabalhador(a) que cuida com outra pessoa sempre é relacional, pedagógica e singular.

No cotidiano das práticas do SUS, a produção de saúde e produção de sujeitos é inseparável, bem como a formação e transformação de si, da realidade e do mundo. Neste sentido, o trabalho em saúde pode ser um espaço privilegiado de aprendizagem, um campo de práticas a ser considerado e continuamente transformado a partir de experimentações.

A cada dia cresce o contingente de trabalhadores(as) que atuam na área da saúde. Especialmente na última década, frente às necessidades de ampliação do SUS, dobrou o número de pessoas trabalhando nesta área.

No entanto, diferente de outras áreas produtivas contemporâneas que, ao incorporar novas tecnologias, dispensam enormes contingentes de força de trabalho, na área da saúde, a cada tecnologia incorporada, há necessidade de um conjunto de profissionais capacitados e habilitados a lidarem com aquela tecnologia e sua interface com os usuários. Além disto, uma nova tecnologia não exclui a anterior (PESSÔA, 2005).

Esta singularidade do processo de incorporação tecnológica no campo da saúde requer qualificação permanente e contínua. Deste modo, o contexto atual se apresenta como um desafio, uma vez que os(as) trabalhadores(as) da saúde são atores para os quais o centro de seu trabalho é a interação entre sujeitos — e esta interação ocorre em circunstâncias peculiares, onde o sofrimento, a dor e a fragilidade humana estão muito presentes (PULGA, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2005) propõe uma importante mudança na concepção e nas práticas de formação dos trabalhadores da saúde, invertendo a lógica do processo ao incorporar o ensino e o aprendizado à vida das organizações, no contexto em que ocorrem.

Para tanto, é necessário modificar as estratégias de formação, a partir da prática como fonte de conhecimento, oportunizando ao(a) trabalhador(a) problematizar seu próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar (DAVINI, 2009).

A intersecção entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho coloca os sujeitos não mais como meros expectadores do conhecimento mas, sim, atores da educação permanente (CECCIM, BRAVIN e SANTOS, 2009). Assim, as residências apresentam-se como oportunidades de aproximar profissionais que se encontram em um processo de formação das vicissitudes encontradas no trabalho em saúde.

Nessa perspectiva da formação multiprofissional e integrada ao trabalho no SUS, buscamos construir a reflexão sobre o processo de descentralização e interiorização da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) para o município de Marau/RS, com base na recuperação da memória em registros escritos de documentos, atas, relatórios, resumos de trabalhos acadêmicos, em portfólios das autoras e com a construção compartilhada de conhecimentos.

Cabe destacar que a experiência vivida nesse processo é muito maior do que o recorte feito nas reflexões que aqui seguem e as possibilidades de produção científica e reflexiva que a implantação de processos formativos junto ao SUS, como este, têm de potência para serem efetivados pelos diversos atores e atrizes engajados ou implicados nesse caminho de descentralização e interiorização da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS).

1. O processo de construção da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul: uma viagem pelos caminhos da descentralização e interiorização da formação em serviço

Pretendemos contar uma história. Buscar nas memórias e nos registros escritos as origens da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em parceria com o município de Marau-RS (RMS/UFFS/Marau). Para contar essa história precisamos, inicialmente, recuperar a história de outra Residência Multiprofissional em Saúde: a Residência Integrada

em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), pois a RMS/UFFS/Marau é fruto do seu processo de descentralização.

Referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é formado pelos Hospitais: Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, 12 Unidades de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Consultório na Rua e Escola GHC. Os serviços da instituição são a possibilidade de acesso ao atendimento universal e gratuito para moradores de Porto Alegre-RS e do estado do RS — e, portanto, estão de portas abertas para que a população tenha o seu direito à saúde garantido. Vinculada ao Ministério da Saúde (MS), essa estrutura reconhecida nacionalmente forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS (GHC, 2020).

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), de Porto Alegre-RS constitui-se como referência da Atenção Primária em Saúde (APS)¹ para a população da Zona Norte do município. Foi constituído no final da década de 1970, em pleno processo de mobilização popular em prol da democracia e dos direitos sociais. O movimento sanitário, integrado por intelectuais, sociedade civil e movimentos sociais, estava construindo as bases para o que seria o SUS, criado na década seguinte.

A primeira Unidade de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária foi instalada junto ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, com a finalidade de ser campo da Residência de Medicina Geral Comunitária, hoje denominada Medicina de Família e Comunidade. O fato de o serviço ter sido constituído nas vésperas da criação do SUS, muito antes da primeira proposta oficial de APS para o país e com a finalidade de ser um campo de ensino, conferiu características que o diferenciam das demais Unidades Básicas de Saúde com ou sem Estratégia de Saúde da Família do município (GHC, 2019).

A partir da inauguração da primeira Unidade de Saúde, outras onze foram estruturadas nos anos subsequentes. Todas elas inseridas nos territórios próximos ao Hospital Nossa Senhora da Conceição e fruto de intensa mobilização das comunidades destes territórios (GHC, 2019).

¹ Partimos do entendimento de que no Brasil a APS está organizada com o nome de Atenção Básica (AB) e tendo a ESF como modelo; portanto, APS e AB serão usadas como sinônimos.

A Residência Integrada em Saúde (RIS) do GHC foi constituída em 2004, com o objetivo de especializar profissionais de diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço.

Contada essa primeira parte da história, seguimos dizendo que passados quase dez anos da criação da RIS/GHC e adquirida a maturidade e a experiência nessa modalidade de ensino, surgiu, em 2013, a proposta de descentralização da residência, indo ao encontro das políticas nacionais de desconcentração da formação e da fixação de profissionais fora dos grandes centros, expandindo para outros territórios do interior do estado a responsabilidade com a formação engajada com um modelo de saúde comprometido com os princípios do SUS. Tal movimento evidenciou a necessidade de inaugurar novos campos de formação em cenários do interior (FUNK, C. S. et al, 2014).

Em 2010 o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 4.279, que instituiu as Redes de Atenção à Saúde. Após 20 anos de publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), em 1990, essa portaria representou um marco importante no sentido da organização do sistema de saúde em rede, cujo objetivo era superar a fragmentação nos processos de cuidado em saúde.

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a APS é compreendida como o primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde — e a partir do qual se realiza e dever-se-ia coordenar o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010). A APS caracteriza-se como o ponto da RAS privilegiado para coordenar o cuidado dispensado aos usuários. Ela é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas — e deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS (BRASIL, 2017).

Sendo assim, naquele cenário, o fortalecimento das RAS perpassava a ampliação e qualificação da APS em todo território nacional, especialmente nos territórios mais longínquos e isolados. Entre as estratégias governamentais desenvolvidas para alcançar esse objetivo, a desconcentração e interiorização das RMS ganhou papel de destaque. Pretendia-se levar a formação em serviço para cenários do interior, buscando instituir processos de formação condizentes com a realidade desses locais e, ao mesmo tempo, fomentar a qualificação da rede de serviços de saúde desses locais por meio dos processos educativos impulsionados pelos programas de residência. Além disso, esperava-se que parte dos residentes viessem a permanecer

nos locais em que fizeram a sua formação, suprindo, assim, o importante déficit de profissionais qualificados para atuar no SUS, evidenciado em nosso país.

Foi nesse contexto que surgiu o processo de descentralização da RIS/GHC. Inicialmente, ele foi atrelado à oferta pública, pela Escola GHC, do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade - Gestão, Atenção e Processos Educacionais, com o objetivo de subsidiar o desenvolvimento de funções de preceptoria, tutoria, supervisão e orientação da formação em serviço na APS. Para a escolha dos municípios que seriam campo da residência, foram observados critérios como: rede minimamente estruturada de APS; boa cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou movimento de incremento da cobertura por parte da gestão municipal; infraestrutura adequada; rede de cuidados em nível secundário e terciário disponível na região; capacidade de preceptoria (profissionais com perfil para o ensino e com vínculo trabalhista local estável).

O município de Marau-RS foi selecionado por contar com uma rede de saúde organizada em doze equipes de ESF que oferecem 100% de cobertura para a população; por ser referência regional na área da saúde e, também, por apresentar profissionais em condição de exercer a preceptoria. Nesse processo, duas equipes de ESF acolheram residentes dos núcleos profissionais: enfermagem, farmácia e psicologia, vinculados à RIS/GHC. Tais serviços se constituíram como campo de formação em serviço. No decorrer de três anos, ingressaram três turmas de residência no município de Marau e a RIS/GHC tornou-se uma potente oferta de formação em serviço, com capacidade de impactar na qualidade do cuidado naquele município.

De acordo com a pactuação inicial firmada entre GHC e Secretaria Municipal de Saúde (SMS)-Marau/RS, no início do ano de 2015, avaliou-se que seria o momento de se estruturar um programa próprio de RMS, no sentido de sedimentar a proposta de descentralização do GHC e disseminar a capacidade pedagógica nos serviços de saúde envolvendo trabalhadores, gestores, formadores e o controle social. Nesta ação, vislumbrava-se a construção do SUS verdadeiramente como uma rede-escola, com toda a potência para intervir na produção do cuidado à saúde. A proposta, ainda, alinhava-se à política do Ministério da Saúde, que objetivava a qualificação e fixação de trabalhadores do SUS nos municípios do interior.

Buscou-se, então, a parceria da UFFS para a construção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), tendo como área de concentração:

Atenção Básica, e área temática: Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva, pois a proposta pedagógica desta Universidade alinhava-se à proposta de desenvolvimento local e fortalecimento das relações ensino e serviço, por meio da oferta de formação de acordo com as necessidades da região, bem como sua proximidade geográfica de Marau.

Constituiu-se, assim, um grupo de trabalho, com a participação de representantes de todos os segmentos (residentes, preceptores e docentes) e instituições (SMS-Marau, GHC e UFFS) para a construção do projeto do PRMS. Nesse mesmo período, foi constituída a Comissão da Residência Multiprofissional (COREMU) - UFFS. Em seguida, o projeto foi submetido ao MEC e à Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Após a aprovação do PRMS-UFFS/Marau, seguiram-se os trabalhos para estruturar as condições necessárias à execução do Programa, visando a qualidade da formação.

A partir de março de 2016, a SMS Marau recebeu nos dois campos de prática — ESF Santa Rita e ESF São José Operário — residentes das áreas da enfermagem, farmácia e psicologia vinculados à UFFS, dando continuidade à formação iniciada com a parceria do GHC que, por meio de seus apoiadores pedagógicos, ainda auxiliaram na condução do primeiro ano do programa.

Desde então, a construção do Projeto Político Pedagógico (PPP) vem sendo elaborada em conjunto, abrindo espaço para que os diferentes atores contribuam para qualificar as ações do PRMS. Destacam-se, nesse sentido, os momentos de assembleia das residentes, fórum de preceptores e tutores que são realizados mensalmente e culminam no colegiado onde todos participam e são tomadas as decisões de competência deste espaço. Da mesma forma, a COREMU constitui-se por representação das residentes, preceptoras, tutores(as), gestão municipal e estadual e controle social. Juntamente com a coordenação do programa, as decisões são tomadas buscando-se um consenso.

Os resultados deste trabalho encontram-se na consolidação do PRMS da UFFS que obteve reconhecimento do MEC e a aprovação para ampliação devido às condições apresentadas. Formaram-se, neste percurso de 7 anos, 25 residentes que, em sua maioria, encontram-se trabalhando no SUS e multiplicando as experiências que vivenciaram na realidade da saúde em Marau.

O processo de descentralização da Residência Multiprofissional de Saúde em Marau/RS é um exemplo da cooperação que se firmou entre o GHC, a

SMS-Marau/RS e a UFFS, provando que as parcerias entre instituições de saúde e educação podem dar certo quando são pautadas no diálogo, no respeito às diferenças e na busca de um mesmo objetivo.

Utilizaremos a metáfora da viagem para conduzir as reflexões acerca desse percurso vivido e para a problematização da formação em serviço a partir das bases da Educação Permanente (EP) e da Educação Popular em Saúde (EPS). Assim, como em toda viagem, carregamos nas bagagens os elementos essenciais que necessitamos para a travessia que será percorrida no caminho.

Nesta viagem pelos caminhos da descentralização e interiorização da formação multiprofissional em serviço, trazemos na bagagem os aprendizados, as experiências de formação do GHC, as ferramentas pedagógicas e as tecnologias leves ou relacionais — e os conhecimentos adquiridos ao longo da vida por cada protagonista engajado nessa travessia. Além disso, destaca-se o repertório de experiências de formação e trabalho em saúde no cotidiano do GHC com a integração do ensino-serviço-comunidade, na formação de profissionais de saúde no SUS.

Nos serviços de saúde, que se constituíram como campos de formação em saúde, cuidamos de pessoas, vimos sofrimento cotidiano de quem passa a vida dedicado ao cuidado dos outros e vivemos intensamente os processos de trabalho e de educação em saúde que são exigidos para produzir cuidado e fazer a gestão do cuidado em saúde.

Nos espaços educativos, experienciamos a alegria e os desafios que emergem dos processos de aprender e ensinar! A alegria com as descobertas, os ensinamentos, conhecimentos e saberes que só as pessoas podem sentir e ter consciência de que sabem.

Assim, vivenciamos intensamente os processos cotidianos que integram ensino-serviço-comunidade, com trabalhadores da saúde e professores da universidade, assumindo papéis de residentes, de preceptores, de docentes e tutores. Todos, no entanto, agregando as dimensões educativas e de cuidado em seus fazeres e saberes, com vínculo, compromisso e responsabilidade na formação de profissionais da saúde e atores sociais na construção do SUS, na democratização e defesa intransigente da vida! E de todas as formas de vida! Assim, nessa viagem encontramos pessoas comprometidas com o cuidado em saúde e com a defesa da vida e do SUS.

2. Trilhando os caminhos da formação em serviço no SUS

Ao planejarmos uma viagem, precisamos pensar nos recursos que precisaremos para fazê-la; em quem vamos convidar para ir conosco; e nas rotas que pretendemos percorrer para chegar no local pretendido. Nessa viagem de descentralização da residência e construção de um novo PRMS, delimitamos os parceiros da viagem, ou seja, os principais atores, construtores da residência; colocamos na mochila os recursos indispensáveis, nossos repertórios e valores: o diálogo; o respeito às diferenças; a amorosidade; o planejamento democrático e participativo, a escuta sensível e acolhedora, os princípios e diretrizes do SUS e as normativas do MS e do MEC. Por fim, traçamos as rotas pretendidas, que foram: a formação em serviço; a Educação Permanente e a Educação Popular em Saúde.

2.1 Parceiros da viagem: os principais atores construtores da Residência Multiprofissional em Saúde

Vários são os(as) parceiros(as) que nos acompanham nessa viagem formativa pelos territórios da APS do SUS. Destacamos a seguir os principais atores.

a) As equipes de saúde que constituem os cenários de práticas: ESF, Gestão em Saúde, Vigilância em Saúde, Serviços de Saúde Mental

As atividades da residência são desenvolvidas nas ESFs Santa Rita e São José Operário, no município de Marau. Estes cenários permitem uma ambientação apropriada para o ensino e a pesquisa. As unidades de Saúde recebem estudantes de graduação de medicina da UFFS-Campus de Passo Fundo, com um foco de aprendizagem ambientado no SUS, com um olhar multidisciplinar. Nesse contexto, todos os profissionais das equipes se envolvem no processo-ensino aprendizagem.

Este cenário também visa proporcionar a prática do planejamento em saúde adaptada ao contexto local no cotidiano da ESF. Dentro dessa prática do planejamento, destaca-se a análise dos dados para que possamos fazer uma avaliação sistemática e integral para a melhoria da qualidade do serviço.

A partir da residência, foram oportunizados espaços para o diálogo com o controle social, especialmente com o Conselho Local de Saúde (CLS), o que

permite ao residente conhecer e colaborar como trabalhador integrante de equipes multiprofissionais, para o fortalecimento das ações de participação popular.

Nas ESFs também se desenvolvem ações de vigilância em saúde, vinculadas a ações programáticas com prioridade institucional, local, municipal, estadual ou nacional. Exemplos de algumas dessas ações são o programa nacional de imunizações, acompanhamento de agravos de notificação compulsória, cuidado a pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, cuidado a pessoas com sofrimento psíquico, entre outras.

As residentes também realizam atividades vinculadas à Gestão Municipal com a Coordenação de Ações em Saúde. Este setor é responsável por coordenar as ações de promoção e prevenção em saúde que envolvem as equipes de ESF. Este cenário desenvolve atividades visando potencializar a gestão, especialmente no que se refere à rede de serviços municipais e institucionais, além de incentivar o desenvolvimento de ações para fortalecer a construção de Políticas Municipais em Saúde.

No segundo ano da residência, as residentes realizam estágios no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS I do Município de Marau, onde acompanham atividades como acolhimento, oficinas terapêuticas, rodas de conversa, atendimentos individuais e acompanhamento de familiares de pessoas que demandam este serviço de saúde mental.

Outro espaço em que as residentes desenvolvem seus estágios curriculares é a Vigilância de Saúde, que realiza o monitoramento, avaliação e controle das ações em saúde, bem como colabora para prevenção das doenças imunopreveníveis e de seus agravos. Estão compreendidas, neste setor, as vigilâncias: epidemiológica, sanitária, ambiental e a saúde do trabalhador.

No contexto das equipes de saúde do SUS, as residências emergem como possibilidade de problematização da realidade no cotidiano e de articulação deste com as instituições de ensino em busca da integração de residentes, docentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde. Além disso, as RMS tendem a permitir a permeabilidade das ações educativas no cotidiano das práticas de saúde, vislumbrando o desenvolvimento da EP aos profissionais vinculados aos serviços de saúde (BRASIL, 2005; HAUBRICH, 2015; ARNEMANN e CONDESSA, 2018).

Nesta perspectiva, as RMS podem ofertar espaços potentes para a educação baseada na interdisciplinaridade e pautada na integração entre os

diferentes profissionais. A proximidade com outros profissionais da saúde visa desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo, que preconiza que profissionais de diferentes áreas desenvolvam suas atividades e aprendam conjuntamente, de modo interativo, melhorando a colaboração e qualidade da atenção à saúde. Desse modo, a formação multiprofissional e interdisciplinar complementa e fortalece o ideário do SUS, fornecendo subsídios para a construção de um projeto de sociedade que contemple a concepção ampliada de saúde (MIRANDA NETO, LEONELLO e OLIVEIRA, 2015; OMS, 2010; ARNEMANN e CONDESSA, 2018).

b) Instituições Formadoras e Gestores do SUS

As parcerias interinstitucionais entre GHC, UFFS e a Prefeitura de Marau, através da SMS, são estratégicas na construção deste PRMS. As instituições formadoras têm o compromisso de garantir a condução pedagógica e a viabilização de tudo o que se refere à gestão da COREMU, do PRMS, dos processos pedagógicos, das exigências do MEC e MS e da Certificação de residentes.

Os Gestores do SUS, em especial a gestão da SMS, têm a responsabilidade de conduzir e dar conta da elaboração, implementação e monitoramento técnico e político do sistema de saúde, assim como de garantir a carga horária da preceptoria das ações no PRMS; têm ainda que fazer a interlocução com o legislativo, que garantiu a lei do apoio financeiro em formato de bolsa-preceptoria para o desempenho dessa função, e os encaminhamentos relativos a interlocuções interinstitucionais com a UFFS.

Um estudo sobre as percepções de coordenadores da Atenção Básica sobre as RMS (LUNAS JUNIOR, BARRETO e VASCONCELOS, 2014) demonstrou que a formação dos profissionais de saúde tem sido desenvolvida desarticulada da gestão setorial, do debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado e do controle social. Reitera-se, assim, a pertinência dos PRMS serem desenvolvidos em parceria com os municípios, visando à absorção desse tipo de profissional especializado pelos municípios adjacentes.

Corroboramos com as ideias dos autores, pois a formação em serviço depende diretamente da estrutura e organização da RAS local e regional do

município que se constitui como campo de formação da RMS. No momento em que se propõe a ofertar os serviços de saúde do seu município, os(as) gestores(as) municipais se comprometem em oferecer os recursos necessários para que o processo de formação possa ocorrer com qualidade. Tal pactuação é, habitualmente, formalizada por meio de Termos de Cooperação Técnica entre as instituições parceiras.

Destacamos que o processo de descentralização da RIS/GHC, iniciado em 2013, iniciou por meio da pactuação com o gestor municipal, que na época manifestou formalmente o interesse em liberar seus trabalhadores para realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade - Gestão, Atenção e Processos Educacionais, já com a intenção de acolher futuramente a RMS em seu município.

Nossa intenção com esse relato é ressaltar a importância do apoio e comprometimento dos gestores do SUS para viabilizar que seus serviços de saúde se constituam como cenários de práticas para a RMS. Além da carga horária dos trabalhadores destinada à função de preceptoria e da valorização destes trabalhadores por meio da previsão de remuneração específica para essa função, ao firmar um Termo de Cooperação Técnica para receber a RMS, o gestor municipal se compromete em manter um esforço constante no sentido da qualificação da sua rede de serviços de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, a fim de atender às necessidades de formação de competências e habilidades de trabalhadores para atuar nesse cenário.

c) Os(as) Preceptores(as), Tutores(as) e docentes

O processo formativo da RMS vem contando com a equipe de preceptoria de campo (da Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva) e de núcleo (Enfermagem, Farmácia e Psicologia), com profissionais da saúde vinculados ao município de Marau/RS.

Com base no artigo *Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família* (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010), destacamos as principais competências necessárias ao exercício da preceptoria no SUS no atual PRMS/UFFS-Marau: *resolução de conflitos, comunicação, orientação para a comunidade, orientação em Saúde Coletiva, postura ética, trabalho em equipe, empatia, proatividade e valores profissionais.*

Dentre as competências destacadas, consideramos a capacidade para o **trabalho em equipe** fundamental na preceptoria da RMS, pois o trabalho na ESF se constrói baseado na interação entre os diferentes saberes profissionais e em torno de um mesmo objetivo. Como desafio, destacamos a capacidade para **resolução de conflitos**, na qual o preceptor constantemente é convocado para mediar situações envolvendo residentes, residentes com a equipe, equipe com usuários do serviço — e precisa manter o propósito de transformar problemas em possibilidades de aprendizado e crescimento.

Já a tutoria, esta se dá por profissionais vinculados à UFFS, tanto dos núcleos profissionais de farmácia, enfermagem e psicologia, como também de campo-área da Saúde Coletiva, que contribuem com o acompanhamento político-pedagógico tanto da preceptoria como de residentes.

Nesse contexto, a tutoria inscreve-se como uma das dimensões que demandam construção e aprendizagem na perspectiva de fortalecer a formação de residentes em saúde em consonância com os princípios do SUS. Assim como o preceptor, o tutor também compõe a função docente-assistencial nos PRMS. A centralidade do fazer dos tutores está na facilitação da equipe multiprofissional, visando promover o diálogo entre os diversos saberes, que originariamente se encontram desarticulados, tendo como foco o território, a relação da equipe com a unidade de saúde e com seus respectivos profissionais (CECCIM et al., 2020).

Além disso, no cenário do PRMS da UFFS/Marau, o tutor, por ser ator representante da instituição de ensino, agrega também uma importante função de mediação entre a Universidade e os serviços que se constituem como campo de formação. Além da função de docência e facilitação de processos pedagógicos, o tutor tem a função de acompanhar todo o percurso de formação, incluindo os processos de avaliação, de residentes, preceptores e dos próprios campos de formação. Em conjunto com a coordenação do PRMS, deve planejar e estimular o processo de formação dos preceptores, bem como mediar as pactuações para o encerramento e abertura de novos cenários de práticas, de acordo com as avaliações e as necessidades identificadas pelos atores que integram a RMS.

d) Residentes da RMS e da Residência em Medicina de Família e Comunidade e Psiquiatria

O trabalhador residente é o ator principal do processo de formação. Ele é, ao mesmo tempo, um trabalhador da equipe de saúde, que possui responsabilidades e atribuições assim como os demais, mas também é um profissional em formação, que durante o período da residência será constantemente atravessado por processos pedagógicos, seja durante as atividades práticas, seja nos momentos de reflexão teórica e pesquisa.

O PRMS conta com residentes dos núcleos profissionais de enfermagem, farmácia e psicologia que prestam processo seletivo em edital aberto pela UFFS, com entrada anual de seis residentes.

Busca-se, neste programa, a articulação com a Residência Médica. Essa articulação se dá na interação curricular nos seminários integrados de reflexão teórica envolvendo o PRMS, o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Residência Médica em Psiquiatria.

Costumamos dizer que nenhum residente passará imune a um intenso processo de transformação induzido pelas práticas vivenciadas durante a residência. A expectativa, no caso específico do PRMS/UFFS/Marau, é que esse processo seja permeado pelas tecnologias e valores da escuta, acolhimento, amorosidade, sensibilidade ao encontro e às necessidades do outro. Espera-se que, ao final do percurso, o trabalhador residente não esteja *pronto* — afinal, nunca estaremos prontos e acabados —, mas que esteja munido de habilidades e competências para atuar no SUS. Que tenha, em sua mochila, os recursos necessários para trilhar os seus próprios caminhos, as suas próprias viagens, nos diferentes serviços de saúde.

2.2 Os Repertórios e as Rotas Pedagógicas da Residência Multiprofissional em Saúde

A RMS tem por objetivo desenvolver o aperfeiçoamento profissional na Atenção Básica. O residente passa por um período de dois anos por diversas experiências, visando uma reflexão crítica em relação aos processos de trabalho, aprimorando, inteirando e qualificando os núcleos de saberes (BRASIL, 2005).

O PRMS – Área de concentração: Atenção Básica, perfaz uma carga horária de 5.760 horas, sendo 20% de reflexão teórica e 80% de formação em serviço. A formação multiprofissional tem caráter interdisciplinar e integra diferentes profissões, desenvolvendo trabalho educativo e pedagógico orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, busca a articulação das dimensões ensino, serviço e gestão, bem como os campos das ciências biológicas, humanas e sociais, desenvolvendo aprendizagens para a atenção integral e responsabilização pelo cuidado à saúde.

Busca, ainda, aperfeiçoar os atores envolvidos nas práticas de saúde de forma compromissada e integrada com a estratégia da EP, fortalecendo a troca de saberes e experiência entre serviço e ensino de forma ética, comprometida, humanizada, crítica e atuante.

A formação em serviço da residência do primeiro e do segundo ano acontece na Atenção Básica-ESF, desenvolvendo as ações de promoção, prevenção, educação em saúde, estabelecendo vínculos terapêuticos, responsabilização pelo cuidado à saúde, autonomia do usuário, resolutividade da ação assistencial, cuidado humanizado e nos espaços de participação popular/controle social.

O PRMS prevê o compartilhamento do currículo comum a todas as profissões, mas parte da carga horária é reservada para atividades específicas de cada núcleo profissional, sem que ocorram formações independentes.

Essa perspectiva está alinhada à organização do processo de trabalho multiprofissional no SUS, que prevê a noção de campo e núcleo de saberes. Ou seja, existe um campo compartilhado de atuação profissional, bem como atividades específicas de cada profissão, que compõem o núcleo de atuação profissional (CAMPOS, 2000).

Também há processos de aprendizagens através de estágios curriculares, no campo da Gestão, Vigilância em Saúde, Saúde Mental e em ambulatórios especializados, conforme o núcleo de conhecimento. No decorrer desses dois anos, o residente desenvolve um trabalho de pesquisa que será apresentado no final do Curso.

2.3 Nas Rotas, a escolha pela Formação em Serviço, Educação Permanente em Saúde (EP) e a Educação Popular em Saúde (EPS)

A base metodológica da RMS articula os elementos pedagógicos da formação integrada aos processos de trabalho, EP e EPS. Estas consideram a dimensão educativa do trabalho e os processos de trabalho em saúde que,

colocados em reflexão, produzem novos conhecimentos e transformam os sujeitos envolvidos — que, por sua vez, transformam processos e relações das realidades existentes (FREIRE, 1981).

Cada componente curricular do programa tem seu diferencial metodológico. Os Seminários Integrados contam com a participação de residentes da medicina. A realização de estudos de casos clínicos e de situações e sistemas de saúde, por meio de seminários e com construção compartilhada de saberes, com base nas situações e casos reais trazidos pelos residentes, em diálogo com autores, ajuda no processo de reflexão e aprofundamento das temáticas abordadas.

Nos componentes de Pesquisa em Saúde, o projeto de intervenção e o Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) integram a construção de ferramentas de diagnóstico e análise situacional de saúde, planejamento, projetos de pesquisa-intervenção, com o aprofundamento das diferentes vertentes epistemológicas e metodológicas da pesquisa em saúde, bem como a construção, realização, análise e elaboração de artigos científicos a partir desse processo de investigação-intervenção no cotidiano dos serviços de saúde.

Os Seminários de Campo, no primeiro ano, trazem os aportes que fundamentam o campo da Atenção Básica - Saúde da Família e Comunidade - Saúde Coletiva, interagindo com a realidade vivenciada nas ESFs. No segundo ano, oportuniza a problematização no estágio de gerenciamento de Unidades de Saúde e da gestão dos sistemas municipais de saúde, através da metodologia da Aprendizagem Baseada em Projetos, que estimula a interdisciplinaridade neste espaço formativo. No contexto deste espaço teórico, as residentes fazem a escolha de um município da região e buscam conhecer, no cenário da Gestão Municipal da Saúde, as potencialidades e fragilidades — e elaboram um projeto de implantação, expansão e/ou qualificação da Atenção Básica em municípios que possuem convênio com a UFFS.

As metodologias ativas de aprendizagem incentivam e proporcionam atividades relacionadas ao reconhecimento e inter-relação com o outro, trabalho em equipe, busca ativa de informações, aquisição crítica e a construção compartilhada do conhecimento.

3 Os produtos dessa viagem: principais resultados a partir da implantação descentralizada da Residência Multiprofissional em Saúde

3.1 Da produção científica

O PRMS tem potência para fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e de proposição de ações que tenham o objetivo de concretizar os princípios e as diretrizes do SUS. Essa estratégia visa responder a necessidade de formação de trabalhadores com perfil e qualificação para atuar na Atenção Básica.

Sendo assim, a Pesquisa-Intervenção foi a escolha metodológica do PRMS-UFFS-Marau, com o intuito de aproximar o residente da realidade vivenciada nos territórios de saúde e dar respostas às demandas apresentadas pela comunidade.

Parte-se da compreensão proposta por Passos, Kastrup e Escóssia, quando apontam que “A intervenção como método indica o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas” (2015, p.19). Assim sendo, a construção das pesquisas elaboradas ao longo destes sete anos traz um caminho percorrido que leva em consideração as necessidades do campo e os desejos do pesquisador/residente imerso nestes cenários.

O quadro a seguir destaca os trabalhos realizados por residentes da RIS/GHC e da RMS/UFFS/Marau:

Trabalhos de Conclusão de Residência elaborados no período de 2013 a 2020	
1 GHC	Acesso e Saúde da Família: o planejamento estratégico como um dispositivo para reorganização do acesso em um serviço de Atenção Primária à Saúde
2 GHC	O conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência: uma experiência de territorialização da ESF Santa Rita – Marau/RS
3 GHC	O corpo que (re)clama e a hospitalidade em xeque: a escuta do território em uma Estratégia Saúde da Família
4 GHC	Implementação da Consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: desafios e potencialidades
5 GHC	Manejo e conduta da equipe de Estratégia de Saúde da Família diante de pacientes com comportamento suicida
6 GHC	Avaliação da farmácia caseira de pacientes acamados no território de uma Estratégia Saúde da Família em um município do RS
7 GHC	Percepção das Práticas Integrativas e Complementares para os Profissionais de saúde do município de Marau

8 GHC	Atuação dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família na prevenção do Pé Diabético
9 GHC	Intersetorialidade: interlocuções possíveis, nas ações de promoção de saúde, entre a estratégia de saúde da família e a escola
10 GHC	A abordagem familiar segundo a percepção dos profissionais de uma estratégia de saúde da família
11 GHC	Acolhimento: visão do usuário e dos trabalhadores de uma estratégia saúde da família do município de Marau/RS
12 UFFS	Violência Contra a Mulher: Naturalização, Culpabilização e Possibilidades de Cuidado na Atenção Básica em Saúde
13 UFFS	Segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde
14 UFFS	Percepções dos Profissionais da saúde sobre o fluxo de atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS em um município do interior do Rio Grande do Sul
15 UFFS	Cartografando histórias de vida: narrativa de mulheres em situação de violência como produção de cuidado em saúde.
16 UFFS	Resultados negativos associados à medicação (RNM's) em idosos portadores de doenças crônicas na ESF
17 UFFS	Cartografando as vivências em um grupo de idosos e os desafios da produção do cuidado
18 UFFS	Prescrição de antibacterianos: perfil e adesão dos pacientes visando a intervenção na equipe
19 UFFS	Pessoas em sofrimento e espaços de fala e escuta sobre suicídio: estudo em município Gaúcho
20 UFFS	Prevalência de sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na atenção básica de saúde
21 UFFS	Qualidade de vida em idosos de uma estratégia de saúde da família em um município do norte gaúcho
22 UFFS	Avaliação da farmácia caseira de pacientes acamados no territórios de uma ESF em um município do RS
23 UFFS	A participação popular na saúde: desafios e potencialidades no contexto municipal
24 UFFS	Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade em município de pequeno porte: percepções dos diferentes segmentos
25 UFFS	O ato de amamentar para mulheres em sua primeira gestação

Uma análise detalhada dos Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR) será feita em outro momento; interessa aqui destacar que estes são resultado de processos de pesquisa-intervenção realizados junto aos serviços de saúde, produzindo interações com os territórios e equipes de saúde.

Observando os diferentes títulos dos TCRs, pode-se ter uma noção da riqueza construída neste cenário formativo em que o destaque principal encontra-se na aproximação do conhecimento produzido na academia ao cotidiano da vida das pessoas atendidas nos serviços de saúde, bem como o experienciar a pesquisa como constituinte dos processos de trabalho em saúde, que podem trazer informações e elementos para qualificar a prática assistencial, de planejamento e tomada de decisões, tanto das equipes como dos gestores, de avaliação e de fortalecimento da participação social, assim como para a produção de conhecimento a partir do mundo do trabalho em saúde, aproximando o universo do fazer com o de pensar e decidir.

Entretanto, ainda está posto o desafio da apropriação, por parte dos diferentes atores que compõem a PRMS-UFFS-Marau, das diferentes ferramentas de pesquisa e saber utilizá-las no cotidiano do trabalho.

3.2 Da contribuição nos serviços

a) Formação dos Conselhos Locais de Saúde: quando a Residência iniciou no município, os territórios das equipes São José Operário e Santa Rita não contavam com um CLS. A partir da inserção dos residentes no campo e da necessidade de contemplar o quadrilátero da formação em saúde — ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004) —, foi iniciado o processo compartilhado entre residentes e preceptores de estímulo à composição e manutenção deste espaço de participação popular nesses dois territórios. Atualmente, os CLS seguem ativos, representando um importante espaço de participação social, nos quais os usuários do SUS têm a oportunidade de vivenciar o processo de organização dos serviços de saúde, bem como de manifestar suas necessidades em saúde.

b) Aumento da oferta de serviços para a comunidade: a inserção dos residentes representou uma ampliação nas equipes de saúde que se tornaram campo. Embora o residente não deva ser compreendido como um trabalhador adicional nos serviços que compõe, sua presença nas equipes representa um incremento nos serviços ofertados, representando a ampliação do acesso aos usuários

do SUS. Destacamos que além da ampliação nos atendimentos individuais e coletivos, a presença dos residentes qualifica o processo de trabalho, pois os membros da equipe são convidados a desacomodar e a desenvolver novas práticas de cuidado em saúde.

c) Qualificação das equipes de Saúde: a EP é um dos principais pilares da formação em serviço. A PNEPS propõe uma nova configuração para que os profissionais de saúde produzam conhecimento e pensem a educação e o trabalho. Tal política permite que a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde ocorram de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, englobando todos os locais e saberes a fim de proporcionar a democratização dos espaços de trabalho (BRASIL, 2004).

A partir dessa compreensão de EP, sinaliza-se a RMS como uma “possibilidade de espaço de transformação para profissionais da saúde articulado como dispositivo da educação permanente” (BRASIL, 2006, p. 378).

A inserção dos residentes nos campos de formação induziu a criação e manutenção de espaços de EP, de modo que os mesmos pudessem ocorrer sistematicamente, com a participação dos trabalhadores das equipes de saúde. A manutenção destes encontros frequentemente é ameaçada nos serviços, pois pode ser vista por gestores, e até mesmo por usuários dos serviços, como um momento não produtivo da equipe. No entanto, a inserção da residência nos serviços, acompanhada dos processos de tutoria desempenhada pela instituição de ensino, tenciona que o espaço seja mantido, bem como demonstra a importância e a potência da ferramenta EP para a qualificação do serviço e dos cuidados prestados aos usuários.

No que consta à formação dos residentes, orientada pelos princípios da EP, destaca-se que esta excede uma perspectiva pontual, uma vez que é desencadeada por espaços em que atores dialogam sobre a EP a fim de que esta possa contribuir para o desenvolvimento de competências para que os profissionais de saúde atuem nos cenários do SUS. Espera, ainda, que os residentes adquiram atitudes críticas reflexivas e atuem como articuladores participativos na identificação de situações apontadas como nós críticos, criando alternativas estratégicas e inovadoras na atenção e gestão indispensáveis para as mudanças que visam a consolidação do SUS (TREVISIOL et al, 2016).

4. Uma viagem que segue: desafios e possibilidades para a Residência Multiprofissional em Saúde

A formação de trabalhadores(as) da saúde para atuação no cuidado integral à população, capazes de trabalhar em equipe e nos espaços tradicionalmente desassistidos, é um desafio importante no contexto atual. Ao longo do processo formativo, a práxis é o exercício através do qual cada profissional de saúde residente vai aprendendo a teorizar a prática e a praticar a teoria com base nas vivências e experiências no cotidiano do mundo do trabalho em saúde.

Aprofundando essa relação de ensino-aprendizagem vinculada aos serviços de saúde, ainda existem desafios a serem enfrentados, tais como:

a) a superação do modelo hegemônico de formação focado na dimensão biológica do cuidado, com a excessiva fragmentação dos conhecimentos — e a priorização dos serviços hospitalares, como lócus do ensino e do cuidado, dificultam a contextualização e a abordagem integral de cuidados em saúde;

b) a desarticulação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde que explicita a distância entre os processos de trabalho e os processos de aprendizagem, formando profissionais com dificuldades de atuar nos desafios reais do trabalho em saúde;

c) o baixo grau de articulação dos programas de residência com as redes de atenção à saúde, que deixam de explicitar a riqueza de saberes que emergem do cotidiano dos serviços de saúde e a dificuldade das instituições formadoras contribuírem na qualificação dos serviços;

d) a incipiente utilização de tecnologias educacionais que potencializam a aprendizagem frente à centralidade de métodos tradicionais de ensino-aprendizagem, baseados na transmissão de informações e voltados à memorização do conhecimento, dificultando o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, comprometido com a transformação da realidade;

e) a baixa valorização das atividades de preceptoria nos diferentes cenários do SUS, que se expressa no não reconhecimento das preceptorias, nos inexistentes ou insuficientes processos de formação de preceptoria, aliada à infraestrutura inadequada e ao pouco tempo dedicado para o exercício de função frente às necessidades de atenção à saúde da população.

Nessa perspectiva, é evidente a necessidade de articulação entre as instituições formadoras e o sistema de saúde local para garantir a formação profissional de qualidade integrada ao SUS, bem como a capacidade de integrar e articular a estrutura material, os trabalhadores da saúde e os dispositivos e estratégias político-pedagógicas para viabilizar uma formação diferenciada nas residências em saúde.

Mais especificamente, relacionadas ao PRMS UFFS/Marau, apresentam-se os seguintes desafios a serem enfrentados:

a) Ampliação de espaços de formação para preceptores e tutores;

b) Necessidade de aprimoramento das práticas de avaliação dos residentes, de modo a que possam ser efetivas e que contribuam com o aprimoramento profissional;

c) Importância de ter permanência das tutorias de núcleo, a fim de garantir a construção de processos pedagógicos com continuidade;

d) Necessidade de fortalecer os espaços de Controle Social;

e) Necessidade de aprimoramento das metodologias de ensino-aprendizagem, através das metodologias ativas nos espaços teóricos, a fim de favorecer o protagonismo dos residentes.

Como desafios encontrados neste percurso, destacam-se, ainda, a importância de manter a parceria firme entre os atores que integram o campo do PRMS, o que necessita ser constantemente estimulado. A interferência da política de austeridade fiscal junto aos ministérios e a não abertura de editais para pagamento de novas bolsas de residência multiprofissional para as universidades federais para ampliação dos programas existentes, não viabilizou a ampliação do programa, apesar de já ter sua aprovação garantida pelo Ministério da Educação.

Além disso, também observamos a necessidade de enfrentar, na formação de residentes, as fragilidades e lacunas advindas da graduação, principalmente no que tange à saúde coletiva e aos princípios do SUS. Esses desafios exigem processos de EP de tutores e preceptores para que possam construir linhas de ação comuns de atuação.

Por outro lado, apresentam-se como potencialidades no PRMS UFFS/Marau:

a) Boa estrutura da rede de saúde e 100% de cobertura de ESFs nos cenários de prática e na UFFS/PF;

b) Dedicção e comprometimento do grupo de preceptoria e tutoria;

c) Coordenação do programa atuante e próxima da realidade do serviço de saúde;

d) Apoio da gestão municipal na condução do PRMS UFFS/Marau;

e) Os espaços de cogestão instituídos no PRMS UFFS/Marau – Comissão de Residência Multiprofissional da UFFS (COREMU/UFFS); Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE); Coordenação; Assembleia das residentes, Fórum de Preceptores e Tutores e Colegiado.

f) A participação dos diferentes atores descritos no Projeto Político-Pedagógico, na execução e tomada de decisões relativas ao PRMS UFFS/Marau;

g) O compromisso institucional da direção do GHC e da UFFS;

h) A inserção qualificada no SUS por parte egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Mesmo com desafios ainda latentes, pode-se afirmar que o processo de descentralização dos programas de RMS tem capacidade para induzir à qualificação os serviços que o acolhem, aproximar a formação de trabalhadores com a realidade das redes de saúde instituídas no interior e estimular a fixação destes trabalhadores nestes cenários.

Essa experiência demonstra a potência que existe na descentralização da formação em serviço e na possibilidade de integração entre instituições de ensino e serviços do SUS. Isso foi possível pela característica do processo, democrático e participativo, no qual todos os saberes compuseram a construção da proposta.

5. Os aprendizados que emergem dessa viagem pelos caminhos da formação em serviço em saúde no SUS

Nessa viagem pelos caminhos da formação inserida no SUS, vários aprendizados foram se agregando na bagagem dos saberes, conhecimentos e marcas que ficam registradas na memória e no coração da gente. A escuta sensível nessa viagem traz a imagem musical, pois só é possível construir processos pedagógicos em serviço se esses processos estiverem afinados e cada um fizer sua parte, assim como numa orquestra sinfônica. Dessa forma, mesmo com vozes diferentes, se estivermos em sintonia é possível estar numa onda sonora integrada.

Como a formação em serviço é essencialmente potência de práxis, muito intensa e que provoca a intersubjetividade, são fundamentais os espaços em que as diferentes vozes possam se fazer ouvidas e sentidas.

Buscamos em Dantas (2009) a referência dos passos e descompassos das diferentes vozes e a importância de identificar as sinfonias que emergem

dos processos concretos das experiências, quando, na perspectiva da educação popular em saúde e da potência da arte, nos ensina a importância da construção da integralidade, do protagonismo dos sujeitos, do trabalho em equipe, do respeito e construção compartilhada de saberes e práticas para a construção do bem viver.

Assim, em síntese, podemos identificar sinfonias presentes na escuta cotidiana nos cenários de práticas que vivenciamos nas ações formativas que integram ensino-serviço-comunidade.

Essa sinfonia é a da alteridade e da necessidade de transformação a que todos e todas somos convocados diariamente para que possamos ser mais humanos e, assim, compreender melhor o outro nos processos de cuidado. A ela se soma a sinfonia da articulação e intersetorialidade como estratégias para a atuação nos territórios complexos da Atenção Básica, articulada com os diferentes pontos das RAS.

Nesse sentido, ganha destaque também a sinfonia das experiências de integralidade que sinalizam a humanização, o cuidado com o humano e com as diversas formas de vida e da integração ensino-serviço-comunidade, onde o protagonismo dos atores sociais na saúde se torna realidade e potencializa as metodologias ativas e participativas de construção compartilhada e educativa de saberes e práticas.

Essas sinfonias formam a orquestra da Rede Pedagógica de Cuidado, Aprendizagem e Pesquisa que vem se constituindo na melodia do Sistema Único de Saúde como SUS-Escola. Essas sinfonias, ligadas às partituras, vão embalando as melodias que traduzem os repertórios do fazer e ensinar saúde nos territórios de vida das pessoas.

Referências:

- ARNEMANN, C.T.; CONDESSA, R.L. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface Botucatu*. 22 (Suppl 2), 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: SGETES, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.270, de 30 de dezembro de 2010. Institui as Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 19 set 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Institui a Política Nacional da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 19 set 2017.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, v.5, n.2, 2000.

- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986, 2005.
- CECCIM, R.B.; BRAVIN, F.P.; SANTOS, A.A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. *Lugar Comum*, 28:159-180, 2009.
- CECCIM, R.B. et al. Preceptoría e tutoria: ação docente nas residências em saúde. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179707/001069695.pdf?sequence=1> Acesso em 13 de março 2020.
- DANTAS, V. L. A. Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva das Cirandas da Vida em Fortaleza. Doutorado. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009.
- DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília V. 9 p. 39-58, (Série Pactos pela Saúde) 2009.
- FREIRE, Paulo. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. 5a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1981.
- FUNK, C.S. et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. In.: FAJARDO, A.P e DALLEGRAVE, D. RIS/GHC: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, 2014.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Apresentação Institucional. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1> Acesso em 13 de março de 2020.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Apresentação do Serviço de Saúde Comunitária. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=5> Acesso em: 14 mar 2019.
- HAUBRICH, P.L.G.; SILVA, C.T.; KRUSE, M.H.L. ROCHA, C.M.F. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. *Saúde Redes*. 1(1):47-56, 2015.
- LUNAS JUNIOR, F.J.; BARRETO, R.M.A.; VASCONCELOS, M.I.O. Posicionamento dos coordenadores da Atenção Básica sobre egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v18 n.4, 2014.
- MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy e Onocko (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- MIRANDA NETO, M.V.; LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. *Rev Bras Enferm*. 68(4):586-93, 2015.
- NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde soc.*, v.19, n.4, 2010.
- PASSOS E.; KASTRUP V.; ESCÓSSIA L. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- SILVA, C.T. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 25, n.1, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genebra: WHO, 2010.

REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DOCENTE NA SAÚDE COLETIVA NO ATUAL CONTEXTO BRASILEIRO

Israel Coutinho Sampaio Lima
Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Sofia Dionizio Santos
Dayze Djanira Furtado de Galiza
Diógenes Farias Gomes
Maria Rocineide Ferreira da Silva

Introdução

O percurso para a formação de professores em nível de pós-graduação *stricto sensu* em programas de mestrado e doutorado em saúde coletiva no Brasil é um processo importante para a manutenção e revitalização do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Sua importância se dá pela oposição conceitual e operacional à então saúde pública tradicional, a qual é construída sob a perspectiva do modelo biomédico, positivista, curativista, normativista e imperativista, ligada ao modelo econômico neoliberal (CAMPOS, G. W. S., 2000). Diferente da saúde coletiva, a qual foi pensada como um modelo teórico, metodológico e político voltado para o diálogo estratégico coletivo, do que chamamos de tripé teórico-prático entre: planejamento, epidemiologia e ciências sociais (SILVA, M. J. S., SCHRAIBER, L. B., & MOTA, A. (2019).

Para tanto, é preciso que esta reflexão tenha como ponto de partida a base histórica da formação docente no cenário brasileiro, a qual foi construída sobre o modelo de cátedra em que até hoje é nítida a ausência de uma política estruturada que atenda às necessidades da evolução do processo de ensino-aprendizagem na contemporaneidade para a formação docente em nível de pós-graduação *stricto sensu*. (BOLDA, B. S., & BIAVATTI, V. T., 2016).

Neste contexto, a política educacional brasileira já passou por várias modificações ao longo dos anos. No período da ditadura militar, entre os anos de 1964 a 1985, o modelo educacional foi baseado na repressão, tendo como base o modelo bancário de Ensino (NUNES, E. D., FERRETO, L. E., & BARROS, N. F., 2010), o que implicou numa formação e atuação docente deficitária e alienada. Os

governos que sucederam ao fim da ditadura militar, em 1985, buscaram responder às necessidades e anseios da população brasileira sobre novas formas de reinvenção da educação, a partir do acesso a escolas e universidades. Porém, a formação na pós-graduação *stricto sensu* não foi repensada ou rediscutida, ficando de fora do percurso de reformas neste cenário. (BOLDA, B. S., & BIAVATTI, V. T., 2016).

Com isso, o processo de expansão da pós-graduação ao longo dos anos no país ocorreu de forma desarticulada e influenciada pela crescente necessidade de escolarização da população. Em contrapartida, o crescimento da pós-graduação em saúde coletiva se tornou intenso a partir da promulgação da Constituição Brasileira em 1988 e a criação do (SUS), no mesmo ano, os quais colocavam a saúde como direito de todos e dever do Estado brasileiro. (BOLDA, B. S., & BIAVATTI, V. T., 2016; BRASIL, 1988).

A partir de então, a busca pela formação de profissionais qualificados para exercer a docência e a pesquisa em saúde foi impulsionada pela necessidade da regulamentação da formação docente nos cursos *stricto sensu*. Legitimada também pela criação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em 1951, e posteriormente determinada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9394 de 1996 (BRASIL, 1996) a qual torna obrigatório o estágio em docência, como parte das atividades de mestros e doutorados, sob a supervisão de um docente, reforçando a necessidade da formação pedagógica. (DAMIANCE, P. R. M., TONETE, V. L. P., DAIBEM, A. M. L., FERREIRA, M. L. S. M., & BASTOS, J. R. M., 2016).

Apesar das mudanças promovidas pela LDB nº 9394 de 1996 (BRASIL, 1996), ainda é um desafio formar mestres e doutores em saúde coletiva para atuar nas instituições de ensino superior e nos programas de pós-graduação que pretendem formar profissionais de saúde competentes para atuar no SUS, uma vez que a formação em cursos de mestrado e doutorado no Brasil não garante a assimilação de concepções teóricas e metodológicas que estejam voltadas para o ensino libertador, crítico e proativo, o qual deveria articular o ensino à prática da licenciatura. (DAMIANCE, P. R. M., TONETE, V. L. P., DAIBEM, A. M. L., FERREIRA, M. L. S. M., & BASTOS, J. R. M., 2016; FREIRE, P., 2015).

Além disso, a herança do modelo de formação flexneriano, tanto nos níveis de graduação como de pós-graduação nas ciências da saúde, ainda é muito influente, criando obstáculos para o trabalho interdisciplinar, interprofissional

e crítico-reflexivo, necessários para a formação do pós-graduando em saúde coletiva (ALVES, L. R., GIACOMINI, M. A., TEIXEIRA, V. M., HENRIQUES, S. H., & CHAVES, L. D. P., 2019).

Consideramos que na conjuntura política atual, o Brasil enfrenta elementos complicadores, os quais buscam precarizar o sistema público de educação e saúde, diante de políticas governamentais de austeridade fiscal, as quais já afetam toda a rede de universidades públicas, diante dos cortes orçamentários que garantem a formação e o desenvolvimento técnico-científico necessários para a qualificação de docentes em saúde coletiva e demais áreas do saber.

Nesta perspectiva, o objetivo deste ensaio teórico-crítico é refletir acerca da formação docente na saúde coletiva, tendo como marco teórico a literatura de Paulo Freire, devido a seu reconhecimento mundial como educador.

Um olhar sobre a formação docente na pós-graduação em saúde coletiva a partir dos marcos legais

Foi a partir do Parecer nº 977, de 3 de dezembro de 1965, que os cursos de pós-graduação no Brasil, foram regulamentados. Definindo assim, esta modalidade de ensino como destinada aos preceitos básicos de formação de pesquisadores e docentes para o ensino superior, equivalentes ao master e doctor do sistema norte-americano (BRASIL, 1975).

Esse instrumento normativo reconhece que uma das grandes falhas do ensino superior brasileiro está, precisamente, em não dispor de mecanismos capazes de assegurar a produção de quadros docentes qualificados (BRASIL, 1996).

Assim, compreende-se que o cenário da época em que foi divulgado este parecer pressupõe a necessidade de qualificação dos profissionais para o ensino superior, em um contexto sócio-histórico onde o Brasil buscava firmar as bases do seu ensino superior, a partir do surgimento das universidades públicas.

Movimento semelhante ocorre no final do século XX e primeira década do século XXI, ao se considerar o aumento de cursos de graduação e pós-graduação em instituições públicas e privadas, que ampliam o acesso pelo número de vagas ofertadas e criação de políticas públicas de financiamento e permanência estudantil, principalmente do setor privado. No trâmite temporal dessa ampliação, destaca-se a normatização do ensino, com a instituição da LDB,

de 20 de dezembro de 1996, que reserva unicamente ao nível de pós-graduação a preparação para o exercício do magistério superior, e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde. (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001).

A partir da década de 1970 dá-se início à elaboração dos Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG). Na primeira edição de 1974, registra-se a preocupação com a capacitação do corpo docente das instituições de ensino superior no país. E nas edições seguintes, as discussões passam para o campo tático-operacional sobre os aspectos relevantes para a estruturação do Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG), que atendessem às necessidades geradas pela sociedade no campo social, cultural, econômico, de saúde, entre outras áreas de interesse social e governamental (NUNES, E. D., FERRETO, L. E., & BARROS, N. F., 2010).

É a partir deste reconhecimento sobre as necessidades geradas pela população que a formação docente inicia seu processo de recriação. Mas como recriar a formação educacional, se os sujeitos estão moldados em práticas alienadas?

O primeiro passo foi dado pela abertura de espaços que respondam aos anseios sociais, pela liberdade de expressão e a liberdade de ensinar (FREIRE, 2015). O segundo passo está na valorização e reconhecimento do professor dentro dos processos construtivos do saber, do ser e do existir. Passo este que o Brasil apresenta dificuldade em desenvolver, mesmo reconhecendo que em se tratando de saúde coletiva, a preparação do educador implica ser capaz de inspirar os sujeitos a serem agentes transformadores do cotidiano, em diferentes contextos, sob diferentes óticas interpretativas.

Considerando esse papel crítico-transformador é que a carreira docente deve ser repensada a partir de processos de educação permanente em todos os níveis de ensino, seja fundamental, médio, superior e de pós-graduação.

É a partir dessa necessidade sobre a avaliação do processo de formação que a CAPES vem buscando avaliar os programas de pós-graduação *stricto sensu* de todas as áreas, por entender que a qualidade da formação em uma universidade depende, em grande parte, do seu corpo docente e estrutura curricular. Esse processo de avaliação é quadrienal e foca principalmente em três características fundamentais: o desempenho docente, o desempenho do aluno e a qualidade de ensino. (BOLDA, B. S., & BIAVATTI, V. T., 2016).

Apesar da importância deste processo de avaliação, a própria comunidade científica vem denunciando o esgotamento do modelo de avaliação da CAPES,

a partir da análise feita por pesquisadores da saúde coletiva. Nos últimos anos, a produção científica foi bastante valorizada, resultando em um aumento considerável na participação dos programas de saúde coletiva nas publicações. Agora há consenso que é preciso avaliar a qualidade do processo de produção intelectual, a partir de estratégias de avaliação do ensino e da formação que ultrapassem o formato de produtividade. (WERNECK, G.L., & CESSE, E.A.P., 2019).

Aspectos fundamentais do trabalho docente como didática, possibilidade de revisão crítico-reflexiva, o estar com, o reconhecimento do outro como sujeito produtor de conhecimento, a integração com a realidade dos contextos sociais são elementos fundamentais para a formação docente. (FREIRE, 2015). No entanto, esses elementos sofrem danos no perfil avaliativo, imposto pela CAPES, exatamente por desconsiderá-lo, fortalecendo a lógica do capital humano produtivo, pois consideram, em sua forma de avaliação, a formação docente na pós-graduação como essencialmente burocrática e produtivista.

Ao discutir a formação pedagógica na pós-graduação em saúde coletiva no Brasil, estudiosos da área salientam que a valorização do capital científico acaba por colocar o ensino em segundo plano, diante do prestígio que pode ser obtido com as publicações científicas. O *habitus* científico é inculcado em detrimento do *habitus* pedagógico, penalizando a formação docente prevista como atribuição da pós-graduação. (CORRÊA, G. T., & RIBEIRO, V. M. B., 2013).

Com isso, compreendemos que há de se considerar que as perspectivas pedagógicas na pós-graduação *stricto sensu* são diferenciadas do ensino de graduação. Essas perspectivas adentram a formação de adultos, sobre uma lógica andragógica e sistematicamente orientada para a dinâmica problematizadora dos fazeres e práticas do cotidiano, do trabalho e da vida. A compreensão do docente sobre essas especificidades é fundamental para a formação de mestre e doutores com capacidade discursiva, ensaística e reflexiva diante de problemas humanos.

A origem e a busca pela superação da sistematização dos saberes e práticas de ensino e aprendizagem em saúde coletiva

O processo de formação de novos professores em saúde coletiva deve partir do desenvolvimento da compreensão, interpretação e reflexão crítica do saber coletivo sobre

as necessidades de saúde da população, com ênfase no tripé teórico-prático composto pelo planejamento, epidemiologia e ciências sociais. Esta seria sua potencialidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde das coletividades em territórios que se reconstruam ao longo do tempo, a partir do trabalho interdisciplinar.

Desta forma, o tripé teórico-prático propõe que profissionais em formação, ou já formados que estejam em processo de educação permanente, possam compreender, interpretar e refletir criticamente sobre a complexidade das ações de saúde por meio de diversos pontos de partida. A proposta busca dinamizar os saberes do planejamento, da epidemiologia e das ciências sociais de forma linear, em um modelo que atenda às necessidades de saúde das populações, onde os profissionais devem se distanciar da visão lógica como único parâmetro para se fazer saúde.

Com isso, a pluralidade dos diversos saberes deve ser contextualizada diante dos conceitos de planejamento e gestão dos modelos de administração em saúde, das linhas de cuidados e da história das políticas públicas; das noções de epidemiologia aplicada à realidade demografia, a partir da análise de dados e da estatística; e, por sua vez, do conhecimento e da aproximação antropológica que as ciências sociais em saúde permitem através da pesquisa social-saúde-sociedade. (MENESES, J. J. S., SILVA, M. M. O., CASTELLANOS, M. E. P., & RIBEIRO, G. S., 2017).

A construção e desconstrução da formação pedagógica em saúde como um todo se deu a partir do pensamento positivista do século XIX. Naquele contexto, o método científico positivista se tornou foco central para a organização e formação nesta área, deixando para trás as crenças para a construção do saber, a princípio, dos profissionais da área médica. Ao final do século supracitado e início do século XX, o professor Abraham Flexner publicou o Relatório Flexner, o qual redireciona e reestrutura as bases educacionais das escolas médicas americanas para um modelo calcado no ensino médico científico sistematizado a partir do modelo biomédico. (CAMPOS, F. E., AGUIAR, R. A. T., BELISÁRIO, S.A., 2012).

A lógica era a formação sistematizada do saber especializado em ambiente acadêmico, com supervalorização das pesquisas laboratoriais, o que afastava os futuros profissionais e docentes do campo social. O ensino e sua repetição por meio das atividades docentes deveriam ser construídos por meio da verticalização do saber, em um modo operante unidirecional, ou seja, quem ensina e quem aprende. Essa é uma prática que pode ser descrita como educação bancária de

transmissão de conhecimento, pois sua constituição concebe o(a) educando(a) como indivíduo passivo, desprovido de conhecimento, receptor de informações por serem simples objetos do trabalho do educado. (FREIRE, 1987; FIGUEIREDO, M. F. S., RODRIGUES-NETO, J. F., & LEITE, M. T. S., 2010).

Apesar das contribuições que o modelo Flexner promoveu para a reorganização da formação profissional, este modelo se tornou limitado, pois a sua estrutura pedagógica não consegue atender e dar respostas às necessidades que envolvem a reconstrução, desconstrução e flexibilização do ensino aplicado à realidade contemporânea social. (CAMPOS, F. E., AGUIAR, R. A. T., BELISÁRIO, S.A., 2012).

Cada vez mais, a formação docente deve buscar superar as formas que limitam e aprisionam educadores e educandos(as), por meio de práticas de ensino-aprendizagem inovadoras e libertadoras que incentivem a participação dos(as) educandos(as) a partir da reflexão de seu papel no mundo^{9,13}. A inovação deve superar a inflexibilidade do método, o qual não pode desconsiderar as realidades vividas. Não haverá construção coletiva do saber se o método não puder ser reorganizado, replanejado ou reconstruído pelos sujeitos que dele se instrumentalizam. (FREIRE, 2015).

Para isso, a saúde coletiva deve ultrapassar as limitações do trabalho e ensino individual, pois é por meio da colaboração dos saberes que a potencialidade das relações interprofissionais como marco para a reconstrução, reflexão e qualificação profissional, a qual possui capacidade para enfrentar as complexas necessidades sociais e epidemiológicas de saúde das comunidades que devem ser assistidas pelo SUS. (ELLERY, A.E.L., 2018).

Partindo de tal lógica, o educador enquanto ser que educa e é educado não pode considerar que o ensino seja sujeitado em práticas que aceitem uma só verdade, uma só forma de criar. A pluralidade que envolve a constituição dos sujeitos enquanto seres no mundo parte de experiências vividas com diversas culturas, constituições familiares, aspectos sociais, entre outros elementos, os quais tornam cada educando(a) um(a) educador(a). É essa consciência de si no mundo que rompe com o modo bancário de ensino, pois, segundo Freire (2015), “seria impossível se a consciência de minha presença no mundo não significasse já a impossibilidade de minha ausência na construção da própria presença”.

Desse modo, não haverá liberdade de criação, de expressão e de construção social se o modo como se ensina oprime o(a) educando(a), pois a conscientização do ser não é

objeto de ensino mas, sim, a inconsciência dos(as) educandos(as) enquanto sujeitos a regras e ditames da classe predominante, em uma relação vertical e autoritária de castas sociais. (FREIRE, 2015; BRIGHENTE, M.F., MESQUIDA, P., 2016).

Portanto, é importante compreender que as práticas e os saberes transmitidos de modo tradicional pelos docentes tendem a funcionar como respostas prontas, as quais dificultam a construção do pensamento reflexivo-crítico diante da exigência de reconstrução de novos significados aplicados a realidades distintas, o que, por sua vez, não atende à necessidade de quem precisa. (LARA, E. M. O., LIMA, V. V., MENDES, J. D., RIBEIRO, E. C. O., & PADILHA, R. Q., 2019).

Esse enrijecimento tecnicista tende a cercear a formação de sujeitos críticos diante de suas práticas opressoras. Na grande maioria, os sujeitos em processo de formação não conseguem romper as barreiras do modelo educacional tradicional no qual foi formado, passando a reproduzir esse modo operacional como prática naturalizada do que deveria ser a formação e educação em saúde coletiva.

É essa sistematização hierarquizada que vem formando e educando os educadores em grande parte do contexto brasileiro, tornando-os treinadores de competências, resultando no tipo de ensino pedagógico que interdita e oprime os corpos dos estudantes²¹. Tendo em vista tal lógica massificadora que o sistema educacional vem construindo, a busca pela ruptura parece ser utópica, diante do sistema neoliberal que vivemos, onde grande parte das pós-graduações em saúde coletiva não ofertam disciplinas de ensino em didática ou outros processos que qualifiquem os pós-graduandos a ensinar o conteúdo que dominam de forma participativa, tendendo a formar docentes que replicaram no seu cotidiano o ensino pedagógico que interdita e oprime. (CAMPOS, F. E., AGUIAR, R. A. T., BELISÁRIO, S.A., 2012).

Dessa forma, o ensino e a formação docente em saúde coletiva devem considerar os elementos que Freire (2015) e Lara et al. (2019) destacam sobre a promoção da participação equilibrada entre os sujeitos, escuta qualificada, respeito com as diferenças e os saberes prévios, desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, incentivo à pesquisa, aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação, imersão e reconhecimento da cultura onde vivem os sujeitos.

Neste processo de mudança é preciso superar a coisificação do ensino como desenvolvimento padrão do saber: não existe apenas uma forma de ensinar um mesmo conteúdo, onde o professor se põe como facilitador, guiando os(as)

educandos(as) por vários caminhos a depender do objetivo, do contexto, dos participantes, do conteúdo a ser trabalhado (FREIRE, 2015; LARA, E. M. O., LIMA, V. V., MENDES, J. D., RIBEIRO, E. C. O., & PADILHA, R. Q., 2019).

O ensino deve ter como base o diálogo, com mobilização multidirecional distinta para cada competência a ser desenvolvida de acordo com cada realidade, incorporando saberes não só técnicos mas humanos, que permitam que os estudantes aperfeiçoem a capacidade de tomada de decisão a partir de preceitos como a empatia e a humanização nos seus processos de trabalho.

A proposta dialógica para a formação docente em saúde coletiva se dá pelo desafio gerado pela interação entre os diversos indivíduos, de modo integrado e interdependente, os quais constroem ou desconstróem outras formas do saber. (MORIN, E., 2015).

Desta forma, a pós-graduação em saúde coletiva, por se constituir campo multi e interprofissional, deve valorizar a integração do ensino por meio da prática, a qual aproxime os pós-graduandos em saúde coletiva das necessidades de saúde do território. Sendo assim, os programas de pós-graduação em saúde coletiva são espaços importantes e potentes para o exercício da interdisciplinaridade e de diálogos interprofissionais.

Nesta perspectiva, admite-se que a interprofissionalidade ganha destaque e potência ao considerar que “não há saber mais ou saber menos, há saberes diferentes” (FREIRE, 1987, p.68). Contudo, precisamos considerar a evidência de que ainda há muito a avançar na educação interprofissional na formação no ensino superior. (PEDUZZI, M., 2017).

Já sabemos, no entanto, que as atividades de ensino que estão estruturadas a partir das rodas de conversa, seminários, produção coletiva de artigos científicos e os próprios momentos em sala de aula permitem a troca de experiências a partir de referenciais e leituras das diversas disciplinas. Assim, a troca de experiências e saberes fomentadas pelo processo pedagógico podem ser elencadas como tecnologia do encontro e do diálogo (ARRUDA, G.M.M.S., BARRETO, I., PONTES, R., LOIOLA, F., 2016), interligando os diversos saberes e práticas profissionais a partir da realidade de cada pós-graduando.

Estar em uma sala de aula com diversas categorias profissionais é saber que vamos aprender num cenário de disputas dos núcleos a fim de se constituir um campo da saúde coletiva, a partir do reconhecimento das potencialidades e

fragilidades individuais e coletivas. Os conflitos deverão ser pedagógicos e todos os momentos precisam ser espaços de reflexão, de encontro e construção coletiva.

É importante reconhecer que os indivíduos têm em si suas marcas e que nem todos estarão sensíveis e flexíveis para essas trocas dialógicas (PARO; PINHEIRO, 2018). No entanto, até este desafio deve servir de estímulo para o respeito às diferenças e para se trabalhar competências socioemocionais. Neste sentido, os docentes e discentes em saúde coletiva devem exercitar na prática possíveis situações que podem ocorrer em sua prática docente ou assistencial.

Podemos afirmar, então, que a multiprofissionalidade é o primeiro passo para se buscar a interprofissionalidade no campo da formação docente e profissional em saúde coletiva. No entanto, não se pode deixar esta ao reducionismo apenas da junção de diversas categorias profissionais em uma sala de aula. Precisa-se estimular e exercitar: o diálogo; o trabalho em equipe; o aprendizado a partir da realidade e do seu próprio papel social, não só enquanto profissional mas como cidadão e agente transformador da realidade; a reflexão crítica e problematizadora da realidade; a comunicação; o respeito aos diversos saberes, científicos e populares.

Neste sentido, enfatiza-se que os programas de pós-graduação em saúde coletiva precisam buscar espaços de negociação permanente (PARO, C. A., & PINHEIRO, R., 2018) entre os diversos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem — e também entre os serviços de saúde, a universidade e a comunidade, em uma relação dialógica a partir do reconhecimento e validação dos diversos saberes.

Desta forma, compreendemos que não existe um método padrão e sistemático que se adeque a todas as necessidades mas, sim, experiências exitosas que podem e devem ser utilizadas como parâmetros no planejamento e reconstrução do modo pedagógico de ensino-aprendizagem para a formação em saúde coletiva, tais como: o círculo de cultura freiriana (FREIRE, 2013), a problematização com base no método do Arco de Magueres²⁸; aula expositiva dialogada na perspectiva freiriana; a visita técnica: uma viagem pela teoria-prática-ensino-aprendizagem; o debate: uma técnica de ensino voltada à pluralidade de pontos de vista; a aprendizagem baseada em problemas; o painel integrado: envolvendo todos os indivíduos, entre outros. (LEAL, R.E., MIRANDA, G.J., 2018).

Neste sentido, acreditamos que a prática pedagógica em sala de aula precisa: valorizar os saberes dos(as) educandos(as), a partir do exercício da horizontalidade e dialogicidade entre docente e discente nos espaços de aprendizagem; considerar o contexto, a realidade de atuação profissional desses aprendizes; estimular o pensamento crítico e reflexivo a partir da autonomia; estimular práticas, diálogos e saberes interprofissionais; e ser sempre “regada” pela amorosidade defendida por Freire (2015).

Os desafios da conjuntura política e os ataques à pós-graduação brasileira

As discussões até aqui levantadas atestam o potencial e a urgência de fortalecer processos de formação pedagógica no âmbito da pós-graduação em saúde coletiva, colocando o pós-graduando desta área em condições para fomentar experiências e construir dialogicamente processos educativos para a consciência de si no mundo — por meio de iniciativas de educação permanente, educação popular em saúde e outras perspectivas de construção de saberes no cuidado à saúde.

Concordamos com Paulo Freire, ao afirmar que a leitura do texto é precedida, sempre, pela leitura da realidade. É essa leitura do texto a partir da realidade que gera possibilidades de (re)escrivê-la, transformando-a. (FREIRE, 1989). Assim, é necessário exercitar a leitura da realidade, que apresenta obstáculos para o desenvolvimento do potencial de formação na pós-graduação em saúde coletiva. Entre eles, destacaremos aqui o cenário político apresentado desde 2019, a partir dos aspectos socioeconômicos, políticos e históricos que contribuíram para forjar a realidade brasileira até a atualidade.

Para tanto, iniciaremos a partir da crise econômica mundial de 2008 que, gerada pela própria lógica do capitalismo (MENEGAT, M. (2019), também teve consequências no Brasil, produzindo dificuldades econômicas e políticas que culminaram com a interrupção do governo Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), em 2016. O regime de austeridade fiscal, proposto e implantado como solução para a crise econômica, acirrou-se no governo de Michel Temer, do partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), destacando-se a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, que impõe um teto para os gastos públicos pelos próximos 20 anos. (BRASIL, 2016).

Em 2019, após acirrada disputa, elege-se à presidência da república brasileira Jair Bolsonaro, do Partido Social Liberal (PSL), agora sem partido, marcando seu início de governo pelo desmonte e ameaça ao setor público de modo geral, por meio de propostas de alterações legislativas, mudanças nos ministérios e, principalmente, da retirada de recursos, antes previstos pelo governo federal.

Os setores de saúde e educação sobressaem entre aqueles que vivenciam as mudanças impostas pelo novo governo. No campo da saúde coletiva, entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) vêm alertando para os riscos sobre a preservação do SUS, diante das mudanças já implementadas na política nacional de atenção primária, que afeta a estrutura e o financiamento destes serviços. (ABRASCO, 2019).

Na educação, as perdas são mais acentuadas no ensino superior público. A retirada de recursos, que já vinha sendo colocada em prática pelos gestores anteriores, agrava-se, agora, associada a cortes de bolsas de investimentos em pesquisas, intervenções no processo de indicação de reitores e questionamento sistemático do potencial científico das universidades públicas brasileiras.

Nesse cenário político, marcado por adversidades que acabam desestruturando o sistema de ensino superior no Brasil, o Ministério da Educação propôs uma iniciativa que teria como objetivo o fortalecimento da autonomia administrativa e financeira das Instituições Federais de Ensino (IFE), por meio do Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras (Future-se), o qual tem como objetivo central injetar dinheiro privado nas instituições públicas. (BRASIL, 2019).

A análise do documento, entretanto, levanta dúvidas sobre sua suposta adesão voluntária, já que, na verdade, é possível que sejam criados diferentes regimes de relação e de financiamento entre a União e as instituições de ensino superior, a depender da aceitação, ou não, do Future-se e suas exigências. Além do que, a garantia do Art. 6º da Constituição Federal⁶, no que se refere à educação como direito social fundamental pode estar ameaçada por uma perspectiva de educação como serviço e mercadoria — exatamente pela gestão do Future-se ser gerenciado por Organizações Sociais e outras modalidades de Parceria Público-Privada, conforme os interesses e objetivos dessas empresas, visando criar nas universidades um ambiente de negócios, de acordo com o próprio documento ressalta. (BRASIL, 2019).

Se podemos afirmar que esta não é uma iniciativa nova em contexto brasileiro, também podemos apontar discussões que questionam os possíveis resultados dessas parcerias. Em última instância, pode haver a não redução dos custos com o setor público, como se espera, além do fortalecimento da autonomia universitária. (ALMEIDA FILHO, N., 2019).

Desta forma, compreende-se que o Future-se representa uma visão empresarial, privatista e de colocação do que é público a serviço de interesses privados. De inédito e inovador, o programa tem muito pouco ou nada: trata-se de mais uma proposta fundamentada no modelo neoliberal, que afirma defender o Estado mínimo mas quer o mínimo apenas para a classe trabalhadora, já que os gastos passam a ser direcionados para outros setores da economia. (GUERRA, A. C., ROCHA, A. R. M. E., & FERREIRA, M. F., 2020).

O contexto geral também é de desqualificação das universidades públicas, inclusive de sua produção científica. Disciplinas como filosofia, sociologia, entre outras, passam a ser consideradas supérfluas, levantando preocupações com o potencial de criticidade na formação das próximas gerações. Desconsiderando as evidências científicas, ressurge a resistência às campanhas de imunização por meio da vacinação, contribuindo para o retorno de doenças erradicadas no país como, por exemplo, o sarampo. (MASSARANI, L., & ARARIPE, C., 2019). A ênfase deixa de ser a interdisciplinaridade, interprofissionalidade e no potencial do trabalho colaborativo — e passa a focar nas tecnologias duras e no trabalho fragmentado, competitivo e curativista, característico da saúde pública tradicional, do período da ditadura militar.

É importante compreender os elementos que formam a atual conjuntura no processo de formação dos pós-graduandos em saúde coletiva, diante da desqualificação da universidade, da ausência de financiamento, do descrédito na contribuição das ciências sociais e humanas e da desestruturação do SUS, pois este é o campo de formação e atuação da saúde coletiva. Precisamos, pois, refletir criticamente sobre quais características são importantes para a formação destes novos professores e profissionais em saúde coletiva diante do oprimido/ingênuo, o crítico, ou o crítico e criativo. (PRADO, M. L., & REIBNITZ, K.S., 2016).

Sob a égide do suposto “empreendedorismo” do “Future-se”, o ambiente da pós-graduação poderá estimular, ainda mais, a competição entre professores e

entre estudantes, a perspectiva do resultado e da lucratividade acima da construção do processo e do aprendizado. Corre-se o risco de deturpar os objetivos e o caráter do ambiente de ensino-aprendizagem, que deveria ser criativo, potente, compartilhado, acolhedor da dúvida e do questionamento, além de corromper a responsabilidade social sob a qual a universidade deveria estar pautada.

A retomada e o fortalecimento do diálogo entre universidade e comunidade, entre sanitaristas e movimentos sociais, entre cientistas e sociedade é a chave para reverter o cenário aqui apresentado, criando novas possibilidades. (MASSARANI, L., & ARARIPE, C., 2019; DANTAS, A., 2015). Esse é o desafio apresentado pela conjuntura política para desenvolver a pós-graduação em saúde coletiva conforme as propostas mais inovadoras da área, pelo que já foi discutido sobre a interdisciplinaridade e interprofissionalidade, com estímulo à autonomia e potencial de formação de formadores numa nova perspectiva, a partir da docência crítica freiriana.

Considerando a função social das universidades e as transformações sociais e individuais que podem ser promovidas em processos educativos, as contribuições de Paulo Freire revelam-se hoje de fundamental importância:

Qualidade da educação; educação para a qualidade; educação e qualidade de vida, não importa em que enunciado se encontrem, educação e qualidade são sempre uma questão política, fora de cuja reflexão, de cuja compreensão não nos é possível entender nem uma nem outra. (FREIRE, 2001, p.24)

Apesar de todos os desafios expostos e da atual conjuntura política do nosso país, que parece estar na contramão dos avanços necessários à formação no ensino superior e à melhoria do SUS, precisamos ser resistentes e resilientes, acreditando que a educação pode ser a chave fundamental de transformação da nossa sociedade.

Considerações Finais

Frente ao exposto, percebe-se a necessidade de formação de habilidades dos docentes de pós-graduação, sustentados em aspectos humanísticos e cognitivos, que produzam saberes e práticas ampliados e conscientes, possibilitando a formação de novos docentes por meio de práticas de ensino-aprendizagem inovadoras e

libertadoras que incentivem a participação dos(as) educandos(as) a partir da reflexão do seu papel na sociedade e da responsabilidade social das universidades.

Para isso, torna-se necessário romper com as formas limitantes e aprisionantes de práticas de ensino-aprendizagem, optando-se por práticas pedagógicas que valorizem os saberes dos(as) educandos(as), a partir do exercício da horizontalidade e dialogicidade entre docente e discente nos espaços de aprendizagem.

Dessa forma, poder-se-á criar espaços de negociação permanente com diversos atores envolvidos na saúde coletiva que compõem o processo de ensino-aprendizagem e também entre os serviços de saúde, a universidade e a comunidade em uma relação dialógica a partir do reconhecimento e validação dos diversos saberes.

Devem ser confrontados os paradigmas que deturpam os objetivos e corrompem o caráter do ambiente de ensino-aprendizagem — que deveria ser criativo, potente, compartilhado, acolhedor de dúvidas e de questionamentos fundamentais para o crescimento intelectual do(a) educando(a) —, além de corromper a responsabilidade social sob a qual a universidade deveria estar pautada.

Somando-se a isto, existe a nova conjuntura política que vem desafiando o desenvolvimento da pós-graduação no Brasil, principalmente na área da Saúde Coletiva, conforme as propostas mais inovadoras da área: interdisciplinaridade e interprofissionalidade, com estímulo à autonomia e potencial de formação de formadores numa nova perspectiva, a partir da docência crítica, que nos leva a enfatizar a necessidade de sermos resistentes e resilientes na busca de uma educação transformadora da nossa sociedade.

Referências:

- ALMEIDA FILHO, N. Back to the Future-se. 01 set. 2019. Facebook: Naomar Almeida-Filho @naomaralmeida. Disponível em: <<https://www.facebook.com/naomaralmeida/posts/back-to-the-future-seo-programa-institutos-e-universidades-empendedoras-e-inov/2263159747139218/>>. Acesso em: 13 out. 2019.
- ALVES, LARISSA ROBERTA, GIACOMINI, MÁRCIA APARECIDA, TEIXEIRA, VERÔNICA MODOLO, HENRIQUES, SILVIA HELENA, & CHAVES, LUCIELI DIAS PEDRESCHI. (2019). Reflexões sobre a formação docente na pós-graduação. Escola Anna Nery, 23(3), e20180366. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2018-0366
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). (2019). Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde. Rio de Janeiro, 29 set.
- ARRUDA, G.M.M.S., BARRETO, I., PONTES, R., LOIOLA, F. (2016). Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência

- Multiprofissional em Saúde da Família. *Tempus, actas de saúde colet.* 10(4), 187-214.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- _____. (2016). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- _____. (2019). Minuta de Projeto de Lei. Institui o Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras–FUTURE-SE, e dá outras providências.
- _____. BRASI L. (1975). I Plano Nacional de Pós-Graduação (1975-1979). Brasília: MEC/CEF. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I_PNPG.pdf
- _____. BRASIL. (2001). Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Parecer CES/CNE n. 583/2001, homologação publicada no DOU de 29/10/2001, Seção 1, p. 87.
- _____. (1996). Lei 9394, 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm> Acesso em: 17 out. 2019.
- BRIGHENTE, M.F., MESQUIDA, P. (2016). Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. *Pro-Posições*, 27(1), 155-177.
- BOLDA, B. S., & BIAVATTI, V. T. (2016). Formação docente nos cursos de pós-graduação e as políticas públicas no Brasil. *REBES*, 2(2), 38-49.
- CAMPOS, F. E., AGUIAR, R. A. T., BELISÁRIO, S.A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella, L. et al. (Org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Fiocruz; Cebes; 2012. p.885-910.
- CAMPOS, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. doi: 10.1590/S1413-8123200000200002.
- CORRÊA, G. T., & RIBEIRO, V. M. B. (2013). Formação pedagógica na pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1647-1656. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600016>
- DAMIANCE, P. R. M., TONETE, V. L. P., DAIBEM, A. M. L., FERREIRA, M. L. S. M., & BASTOS, J. R. M. (2016). Formação para o sus: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 699-721. doi: 10.1590/1981-7746-sol00014
- DANTAS, A. (2015). Movimento sanitário hoje: um debate estratégico. In: Bravo, M.I.S. et al. (Orgs.) *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius.
- ELLERY, A.E.L. (2018). Interprofissionalidade. In: Ceccim, R.B., Dallegrave, D., Amorim, A. S. L., Portes, V. M., & Amaral B. P. *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA. p.146-50.
- FIGUEIREDO, M. F. S., RODRIGUES-NETO, J. F., & LEITE, M. T. S. (2010). Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 117-121. doi: 10.1590/S0034-71672010000100019
- FREIRE, Paulo. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. 23. ed. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.
- _____. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
- _____. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
- _____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 52ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.
- _____. *Política e educação: ensaios*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- GUERRA, A. C., ROCHA, A. R. M. E., & FERREIRA, M. F. (2020). A contrarreforma da educação superior brasileira no contexto da crise do capital. *Revista de Educação Popular*, 19(1), 126-143.
- LARA, E. M. O., LIMA, V. V., MENDES, J. D., RIBEIRO, E. C. O., & PADILHA, R. Q. (2019). O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: desafios e possibilidades. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180393. doi: doi.org/10.1590/interface.180393
- LEAL, R.E., MIRANDA, G.J., Casa Nova, S.P.C. (2018). *Revolucionando a sala de aula: como envolver o estudante aplicando as técnicas de metodologias ativas de aprendizagem*. 1ed. São Paulo: Atlas.
- MASSARANI, L., & ARARIPE, C. (2019). Aumentar o diálogo com a sociedade é uma questão de sobrevivência para a Ciência brasileira. *Cad. Saúde Pública*, 35(6), e00089619.
- MENEGAT, M. (2019). A humanidade não cabe mais nos cálculos da economia. In: Menegat, M. *A crítica do capitalismo em tempos de catástrofe. O giro dos ponteiros do relógio no pulso de um morto e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Consequência.
- MENESES, J. J. S., SILVA, M. M. O., CASTELLANOS, M. E. P., & RIBEIRO, G. S. (2017). Panorama dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 501-518. doi: 10.1590/1981-7746-sol00060.
- MORIN, E. (2015). *Introdução ao pensamento complexo*. 5ed. Porto Alegre: Sulina.
- NOVAES, H. M. D., WERNECK, G. L., CESSÉ, E. A. P., Goldbaum, M., & Minayo, M. C. S. (2018). Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2017-2025. doi: 10.1590/1413-81232018236.05612018.
- NUNES, E. D., FERRETO, L. E., & BARROS, N. F. (2010). A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. *Ciênc. saúde coletiva*, 15(4), 1923-1934. doi: 10.1590/S1413-81232010000400008.
- PARO, C. A., & PINHEIRO, R. (2018). Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl. 2), 1577-1588. doi:10.1590/1807-57622017.0838.
- PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: Toassi, R.F.C.(Org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* (2017). 2ª Edição. Porto Alegre: Rede Unida.
- PRADO, M. L., VELHO, M. B., ESPÍNDOLA, D. S., SOBRINHO, S. H., & BACKES, V. M. S. (2012). Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, 16(1), 172-177. doi:10.1590/S1414-81452012000100023.
- PRADO, M. L., & REIBNITZ, K.S. (2016). *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC.
- SILVA, M. J. S., SCHRAIBER, L. B., & MOTA, A. (2019). The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1), e290102. doi: 10.1590/s0103-73312019290102.
- WERNECK, G.L., & CESSÉ, E.A.P. (2019). O sistema de avaliação da CAPES e a pós-graduação em Saúde Coletiva. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, 20(1), 12-20. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_mestrado_19.pdf. Acesso em: março 2020.

FORMAÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA PARA ESTUDANTES DAS ÁREAS DA SAÚDE: UM ENCONTRO ENTRE A EDUCAÇÃO POPULAR E A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Helena Maria Scherlowski Leal David

Algumas reflexões preliminares

O avanço — lento e tumultuado — da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos territórios locais ocorreu durante os primeiros anos da década de 1990, nos quais as propostas de mudança de modelo assistencial foram se desenhando e sendo colocadas em prática em cenários de disputas institucionais e políticas. As práticas de educação em saúde de base crítica e popular passaram, progressivamente, a se agregar em torno de uma perspectiva que se passou a chamar Educação Popular e Saúde (EP&S), campo de convergência de reflexões e projetos acadêmicos, práticas populares, movimentos populares e novos projetos (STOTZ, DAVID, WONG-UN, 2005). Este campo floresce, se complexifica e se torna mais visível dentro do território nacional na última década do século passado, e ganha força quando o governo de base popular do Presidente Lula da Silva se instaura em 2003, e passa a incorporar, dentro do Ministério da Saúde (MS), algumas ações conduzidas por pessoas historicamente envolvidas com a EP&S. Passa-se, de um espaço de resistência e necessidade constante de afirmação de princípios como o diálogo e a valorização do saber popular, para uma agenda política de fazer avançar ações institucionais, capilarizadas e sustentáveis, de articulação com o mundo das práticas e com os saberes populares locais, dos diversos grupos populacionais.

O que se esperava era que esta agenda pudesse, cada vez mais, dar materialidade a um projeto de ação estatal, de estado ampliado, no qual a prática educativa em saúde — imbricada com uma política como o Sistema SUS, baseado em princípios como a universalidade, integralidade e equidade — deva, necessariamente, partir de um enfoque pautado na pedagogia crítica. A reviravolta política golpista, disparada pelos projetos conservadores das elites brasileiras, vêm, desde 2014, desmontando as propostas de ampliação do diálogo e da participação no SUS que compunham as diversas ações do MS.

Ainda que exista um discurso, por parte de muitos profissionais e gestores em saúde, de reafirmação do direito à participação do usuário e da importância de uma prática educativa dialógica, ao examinarmos mais de perto a ação educativa cotidiana nos serviços, reconhece-se que esta tende ainda a se dar de modo verticalizado e unilateral — e que são exceções as experiências de ruptura com os modos conservadores de fazer educação em saúde.

Lembremos que, do ponto de vista da Educação Popular, a inclusão dos sujeitos não é um processo para se dar *após* a definição de uma agenda de saúde, contrariando, assim, práticas bastante naturalizadas, de promover a participação popular meramente como forma de legitimá-la. Cabe refazer a pergunta: em que medida as práticas de saúde efetivamente são capazes de incluir, desde a definição de um conceito comum sobre o que é, naquele local e momento, “problema de saúde”, os modos de ver o mundo e a saúde das pessoas da população?

Há, por parte dos profissionais de saúde, dúvidas e questões sobre “o melhor modo de educar” os usuários. Com frequência, estes se dirigem às capacitações e encontros sobre educação em saúde em busca de uma “receita”, um guia passo a passo sobre educação em saúde. Também em relação à educação Popular e Saúde não é diferente — e, de outro lado, há aqueles que, em nome de uma prática educativa compartilhada, entendem que fazer Educação Popular se resume a utilizar metodologias “diferentes”, cabendo aí todo o tipo de recursos e formatos de comunicação: teatros, marionetes, rodas, grupos de discussão, palhaços. Com as práticas destes últimos, corre-se o risco de priorizar a forma, em detrimento do processo coletivo que pode ser vivenciado. Por outro lado, será possível definir-se o que é exatamente fazer Educação Popular e Saúde no cotidiano das práticas e serviços de saúde (STOTZ, 1993).

Passemos ao debate sobre a formação profissional em saúde e a necessidade de sua articulação ao projeto ético-político do SUS. Trata-se de uma discussão bem anterior ao processo da Reforma Sanitária — e tanto influenciou as diversas frentes propositivas nesse processo como foi por elas influenciado. Lembremos, à guisa de exemplo, das formações de residentes médicos em Medicina Geral Comunitária, desde a década de 1960, que contribuiu para trazer questões importantes para o que veio a se constituir como campo da EP&S, além de formar quadros de destaque (STOTZ, DAVID, WONG-UN, 2005).

Nos anos seguintes, propostas inovadoras de formação em saúde foram se desenvolvendo, porém de forma fragmentada e em projetos isolados, sem um norte comum. Não foram, por isso mesmo, capazes de induzir mudanças substanciais ou sustentáveis nas práticas assistenciais ou de gestão, embora possamos deduzir que, no nível individual dos profissionais, possam ter resultados em mudanças de mentalidade a respeito do fazer-saúde (CAPOZZOLO e FEUERWERCKER, 2013).

Isto muda a partir da década de 1990, em especial devido às propostas de mudanças para o nível da Atenção Primária à Saúde, pautadas pelo então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família, posteriormente organizados como Estratégia Saúde da Família (ESF). Há um forte posicionamento de um coletivo não-hegemônico, mas estrategicamente fortalecido, em favor da mudança de modelo assistencial, agora em aberta disputa com os modos tradicionais de atenção à saúde que compõem o modelo biomédico. O papel da universidade pública tem destaque, por terem sido os cursos de formação profissional destas instituições os primeiros a assumirem de forma explícita as mudanças curriculares necessárias, no que logo foram acompanhados de algumas universidades privadas. Também o processo de profissionalização do Agente Comunitário de Saúde (AS) se constituiu em campo de debates e disputas de sentidos da formação, que trouxeram visibilidade para a necessidade de formar de outro modo, para outro modelo de atenção. Mais para o final da década de 1990 e, sobretudo, nos anos 2000, um conjunto de iniciativas estatais assumiu uma política de formação para o SUS e induziu agendas de articulação entre serviços-práticas-formação por meio de propostas e projetos diversos, tais como o “Vivência e Estágio nas Realidades do Sistema Único de Saúde”-VER-SUS.

Tem ocorrido, há décadas, a busca para efetivar mudanças curriculares e nas práticas educativas nas formações profissionais, no sentido de fazer com que os alunos sejam formados para o mundo do trabalho profissional para além de sua dimensão técnica e operativa, desenvolvendo uma compreensão crítica e ampla a respeito do que é saúde e do que fazer para garantir a saúde como direito — o que inclui a ação educativa, inerente aos processos de trabalho em saúde.

Há uma “memória de cálculo”: a compreensão de algumas bases de conhecimentos ético-políticos e históricos que são, na nossa avaliação, imprescindíveis para que o aluno em formação construa formas de pensar críticas.

E temos dúvidas sobre se os currículos da saúde, mesmo modificados e atualizados, conseguem avançar na formação dessa base de conhecimentos. Ainda que os projetos, as práticas extensionistas, os estágios dentro da realidade das comunidades e serviços estejam em curso, há a presença marcante de uma base de conhecimento do núcleo “duro” da formação que confere uma certa centralidade às áreas disciplinares da clínica e (em um plano menos destacado) da epidemiologia. Isto é bastante visível na formação de médicos, enfermeiros e odontólogos, as profissões mais consolidadas da área da saúde. Ou seja, a concepção de formação que intenciona o pensamento crítico do profissional de saúde permanece em disputa com concepções que reforçam e consolidam o modelo biomédico tradicional, ainda que as fissuras e fragilidades deste modelo sejam objeto de críticas constantes.

É preciso, então, que nos indagemos a respeito das possíveis “rotas de fuga” a todos esses processos de “captura” de subjetividades e vontades de um aprender-ensinar transformador. A Educação Popular, em sua articulação com o campo da Saúde, é uma dessas rotas possíveis, a exemplo da experiência de extensão formativa de base histórica e política que iremos apresentar e discutir, trazendo o olhar do grupo de docentes, profissionais e militantes que a organizou, assim como o olhar dos discentes que dela participaram. Novas indagações se produziram, e se produzem, nesse processo de reflexão e escrita, as quais também compartilharemos no final, à luz da conjuntura política recente.

Algumas considerações sobre a Educação Popular como base para o ensinar-aprender-saúde

Quando falamos de grupos populacionais historicamente excluídos e explorados, temos de estar preparados para apreender de modo mais aprofundado uma dinâmica histórica, se quisermos de fato mergulhar em um processo educativo que objetive examinar coletivamente situações-limite que se constituam em barreiras para a efetivação da saúde como direito. Na perspectiva da EP&S, a reconstrução da descrição de uma situação-limite deve ser trazida pelo profissional de saúde, não para convencer os sujeitos da sua verdade mas para que, juntos, examinem, e redefinem, a partir das diversas vivências e percepções, até onde aquela questão específica é o que parecia ser a princípio — e até onde se pode avançar. No caminho, é bem possível que se descubra que a verdadeira

situação-limite naquela comunidade ou grupo ainda estava por ser estabelecida ou identificada.

Embora sejam de uso corrente as expressões “construção partilhada do conhecimento” ou “educação dialógica”, isto não significa que os atores envolvidos apreenderam e internalizaram uma perspectiva de escuta radical do outro. Isto porque não se trata de uma questão dada apenas porque foi enunciada. Exige um movimento permanente de desconstrução de práticas anti-dialógicas que aprendemos e praticamos desde sempre. Estas, por sua vez, expressam as visões de mundo também desde sempre aprendidas e apreendidas: como sempre nos lembra Paulo Freire, em nós está também presente o explorador, o opressor. Como seres em permanente construção, somos a expressão das contradições inerentes aos modos de produção e reprodução da vida, pautados pela luta de classes e pelos modos de acumulação de riquezas.

O lugar de onde falamos é o da formação de enfermeiros, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. A enfermagem, como profissão, tem história tortuosa no Brasil — e assim como o setor público de saúde, busca responder às tensões entre a produção social da saúde e a capacidade dos serviços e instituições formadoras em dar conta das respostas. Nesta arena de tensões, estão em jogo, dentre outras, questões como a necessidade de formar e inserir uma força de trabalho de enfermagem para o atendimento nos serviços, a apropriação do trabalho de cuidado “vocacional” da esfera privada da vida pelas mulheres, a hegemonia da profissão do médico e sua autonomia no setor saúde e o baixo reconhecimento social da profissão da enfermagem. A divisão social do trabalho de enfermagem é uma das expressões destas tensões — e reproduz, internamente, as disputas de classe.

É somente a partir da década de 1960 — e, pela liderança de enfermeiras como Izabel dos Santos — que a enfermagem busca enfrentar o dilema da formação insuficiente em contraponto à necessidade de qualificar a força de trabalho. Lembremos que até há algumas décadas, ainda era usual encontrar-se nos pequenos hospitais do país a figura do atendente de enfermagem, um trabalhador sem qualificação formal que, pela experiência prática, conseguia inserir-se no mundo do trabalho, precarizado e explorado. Porém, a profissão avançava, e as lideranças vinham pensando em como fazer avançar mudanças rumo a uma melhor qualificação profissional. História esta que vale a pena contar.

O projeto pioneiro pensado para dar esta resposta, de transformar o grande contingente de atendentes de enfermagem em auxiliares de enfermagem, foi o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, ou Projeto Larga Escala, como ficou conhecido. Em nível nacional, desenvolveu-se por meio de um projeto nacional de capacitação com parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS).

Izabel dos Santos, que idealizou e conduziu a proposta (desdobrada em outras e que foi se desenvolvendo até a década de 1980), enfermeira e mulher negra, tinha muito claro que seria necessário formar — e formar de novos modos — estes trabalhadores, a grande maioria com escolaridade baixa e afastados do ensino formal há muitos anos. Izabel buscou parcerias pedagógicas alinhadas com a Teoria Crítica da educação e logrou construir um projeto formativo cujas bases dialogavam com a Educação Popular, além de incorporar elementos da pedagogia construtivista (CASTRO, SANTANA & NOGUEIRA, 2002). É nesse contexto que o Larga Escala incorpora a Pedagogia da Problematização como sua base para o que-fazer educativo (DAVID & JUNIOR, 2013).

Aqui temos outra estória dentro da história — e faremos um *détour* para explicar o caminho pelo qual a Pedagogia da Problematização migra do campo da educação popular voltada para camponeses paraguaios e chega à formação na área da enfermagem.

Antes de mais nada, precisamos recuperar o pensamento de Paulo Freire, pois é a partir do seu pensamento que o tema da problematização é aprofundado para apoiar outras pedagogias críticas.

Freire desenvolve a ideia (mais do que o conceito) de problematização com base no pensamento filosófico dialético de Karel Kosik¹, evidenciado no conceito que anima o pensamento freireano e lhe confere peso epistemológico — que é o de *pseudoconcreticidade da vida cotidiana*. Pseudoconcreticidade entendida como

O complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana que, com sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural (KOSIK, 1976, p. 32).

¹ Karel Kosik (1926-2002) foi um militante e filósofo marxista de origem tcheca, e foi discípulo de Georg Lukács. Uma das suas principais obras é o livro *Dialética do Concreto*, publicado em 1963.

É a naturalização dos fenômenos sociais, aquilo que parece que sempre foi do jeito que é. Paulo Freire propõe que, em contraposição a uma práxis fetichizada, que se oculta no mundo da pseudoconcreticidade, seja colocada em ato uma práxis revolucionária, que implicaria em uma leitura crítica e histórica da conjuntura e dos processos sociais que escamoteiam interesses não solidários, individualistas. De forma dialética, o fenômeno, em que pese este seu aspecto de verdade-engano, indica a essência. Ou seja, é preciso partir do fenômeno — ocultador, pseudoconcreto — para chegar ao cerne, aos interesses que estão efetivamente em jogo. Este fenômeno será buscado naquilo que Freire chama de temas epocais²:

É, para Freire, a partir da problematização dos temas epocais, que se podem apresentar como as questões a serem enfrentadas no cotidiano, que esmagam os homens, que não conseguem lê-las, criticá-las, desconstruí-las e construir estratégias para enfrentá-las. Para Freire, problematizar é ler criticamente a realidade, desconstruir a sua reificação, ir além dos epifenômenos (DAVID, ACIOLI, 2019, p.199).

Contra a “coisificação” das pessoas, Freire propõe a problematização: o exame coletivo, dialógico, respeitoso e solidário dos temas epocais, e a análise de como enfrentá-los. Problematizar é, necessariamente, um ato coletivo, assim como o seu produto — a formulação dos inéditos-viáveis.

E onde entra o camponês paraguaio nessa história?

No mesmo período em que o pensamento de Paulo Freire circulou amplamente pelo mundo, um comunicador e agrônomo paraguaio, Juan Díaz Bordenave³, atuando dentro da OPAS no campo da extensão rural, desenvolveu uma proposta pedagógica que chamou de Pedagogia da Problematização, cujos propósitos seriam o de desenvolver processos educativos emancipatórios com

camponeses analfabetos, porém detentores de saberes valiosos para sua prática e para sua libertação. A enfermeira Izabel dos Santos, que também atuava na OPAS, entra em contato com Bordenave, e traz para a área da enfermagem a proposta da Problematização como forma de proporcionar uma formação crítica e aderida à realidade do atendente de enfermagem (DAVID & JUNIOR, 2013).

Bordenave estabeleceu um constructo metodológico trazido de outra proposição educativa para adultos analfabetos, que acabou denominado como Arco de Charles Maguerez, ou Arco de Maguerez (BORDENAVE, 2005). A desconstrução de uma realidade opaca e opressora por meio de “jeitos” educativos capazes de incluir e incorporar o pensamento popular foi, assim, formando propostas produzidas que circularam, por caminhos até hoje não muito bem compreendidos, entre vários autores e países⁴.

Esta mesma proposta, a Pedagogia da Problematização, passou a ser considerada nas reformas curriculares de alguns cursos de enfermagem, por influência do Projeto Larga Escala. A Faculdade de Enfermagem da UERJ adota, em 1996, a Pedagogia da Problematização no seu Projeto Pedagógico de Curso, como opção metodológica e política para a formação de enfermeiros capazes de analisar e intervir na realidade.

Ao longo dos anos, ainda que alguns docentes não tenham se alinhado com uma visão mais crítica da realidade e do ensino, é essa a proposta que se mantém, ainda que os desafios sejam muitos e diários. E um desses desafios, que passou a nos incomodar há alguns anos, foi justamente a dificuldade crescente da maioria dos alunos em participar de forma ativa, crítica e propositiva nos debates diversos travados no âmbito da Faculdade, da UERJ e da sociedade brasileira. E essa é a história que contaremos a seguir.

A formação histórica e política de estudantes da saúde: uma experiência pautada na Educação Popular

O Curso de Formação Histórica e Política para Estudantes das Áreas da Saúde, ou Curso FHP, não se produz de forma dissociada de outros processos da EP&S e dos encontros entre atores institucionais.

2 O tema epocal, para Freire, se refere às questões do cotidiano da vida das classes populares que se constituem em condições aparentemente insuperáveis, que os esmagam, para as quais não há respostas imediatas de resolução. São as questões da conjuntura em que se vive, e incluem as formas de pensar, agir, se submeter, enfrentar e construir possibilidades: “Uma unidade epocal se caracteriza pelo conjunto de idéias, de concepções, esperanças, dúvidas, valores, desafios, em interação dialética com seus contrários, buscando plenitude. A representação concreta de muitas destas idéias, destes valores, destas concepções e esperanças, como também os obstáculos ao ser mais dos homens, constituem os temas da época” (FREIRE, 2005).

3 Juan Díaz Bordenave cursou Agronomia, Jornalismo Agrícola e doutorado em Comunicação em instituições acadêmicas na Argentina, Wisconsin e Michigan. No Brasil, o estudioso fez pesquisas testando hipóteses da teoria da difusão de inovações. Tendo como objeto de estudos o Nordeste, se aproximou das experiências pedagógicas de Paulo Freire. Desenvolveu a Pedagogia da Problematização, que se tornou um material-base para curso e reformas curriculares na saúde no Brasil. Morreu no Rio de Janeiro em 2012.

4 Charles Maguerez foi um engenheiro francês envolvido em processos de capacitação de adultos, apoiados por uma agência francesa denominada SATEC. Desenvolveu, ao que se sabe, uma única obra de caráter mais técnico que pedagógico, voltada para a capacitação de trabalhadores analfabetos da África de colonização francesa (citada na bibliografia). Esteve no Brasil na década de 1960, em atividades pedagógicas de extensão rural no Estado de São Paulo, das quais Juan Díaz Bordenave também participou e nas quais conheceu o Método do Arco, que levou para a Pedagogia da Problematização.

No campo da EP&S, a proposta de desenvolver processos formativos em diversos níveis já fazia parte das discussões dos coletivos ANEPS-Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de EP&S, GT-EPS-Grupo de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP) e Articulação Nacional de Extensão Popular em Saúde-ANEPOP. Entre os anos de 2010 e 2015, diversas iniciativas foram discutidas e concretizadas por esses coletivos, com apoio do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa na Saúde-SGEP, e no marco da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS).

O Curso FHP nasce de diálogos e reflexões acerca da importância da formação política de graduandos e daquelas indagações que já vínhamos tecendo a respeito das possibilidades de se instaurar processos formativos pautados pela EP&S dentro da grade curricular, como atividade de extensão. Os atores institucionais que teceram as primeiras reflexões a respeito dessa formação foram docentes e pesquisadores do Rio de Janeiro, especificamente da Faculdade de Enfermagem da UERJ e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz.

Uma primeira proposta de Curso, a ser financiado pela SGEP, foi desenhada em 2012, e compôs um conjunto de ações de comunicação e formação a serem desenvolvidas pela UERJ. A ideia preliminar era pouco ambiciosa: buscar parcerias de algumas instituições formadoras da área da saúde no Estado do Rio de Janeiro, tanto públicas como privadas, por meio de contato com docentes que reconhecíamos como pessoas sensíveis à temática e comprometidos com a formação crítica (DAVID et al., 2018).

Ocorre que a informação circula — e, ao circular entre outros companheiros docentes e pesquisadores de outros estados do país, começamos a receber pedidos de adesão e a vocalização do desejo de contribuir no projeto. Ao longo de 2013, pudemos agregar 23 universidades e centros formadores públicos e privados de 13 Unidades Federativas e mais o Distrito Federal, apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 - Instituições de Ensino Superior participantes do Curso Formação Histórica e Política

Estado	Instituição de Ensino Superior
Alagoas	Universidade Federal de Alagoas - Faculdade de Medicina - Núcleo de Saúde Pública/Laboratório de Educação Popular
Bahia	Universidade Federal da Bahia - Instituto de Humanidades, Artes e Ciências - Bacharelado Interdisciplinar em Saúde
Ceará	Universidade do Estado do Ceará - Centro de Ciências da Saúde - Curso de Enfermagem
Distrito Federal	Escola Superior de Ciências da Saúde Universidade de Brasília (UnB)
Goiás	Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Enfermagem e Faculdade de Odontologia
Minas Gerais	Universidade Federal de Minas Gerais - Núcleo de Estudos Trabalho & Educação
Paraíba	Universidade Federal da Paraíba - Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários - Coordenação de Educação Popular (COEP) - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Promoção da Saúde; Departamento de Fisioterapia, Departamento de Fonoaudiologia e Departamento de Enfermagem Clínica
Pernambuco	Universidade Estadual de Pernambuco - Núcleo Integrado de Saúde Coletiva
Piauí	Universidade Federal do Piauí (Campus Senador Helvídio Nunes de Barros - Picos) - Bacharelado em Enfermagem
	Universidade Federal do Piauí (Campus Amílcar Ferreira Sobral - Floriano) - Bacharelado em Enfermagem
	Universidade Federal do Piauí (Campus Ministro Reis Veloso - Parnaíba)
	Universidade Federal do Piauí - Centro de Ciências da Saúde/ Bacharelado em Medicina
	Universidade Federal do Piauí - Centro de Ciência da Saúde/Bacharelado em Odontologia
Rio de Janeiro	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Faculdade de Enfermagem
	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Nutrição
	Universidade Federal Fluminense - Instituto de Saúde da Comunidade - Departamento de Planejamento em Saúde e Departamento de Saúde e Sociedade
	Universidade Federal do Rio de Janeiro (Campus Macaé) - Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas, Curso de Enfermagem e Obstetrícia e Curso de Nutrição
	Universidade Federal do Rio de Janeiro (Campus Fundão) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva e Faculdade de Medicina
	Faculdade Arthur Sá Earp Neto - Faculdade de Medicina
Rio Grande do Sul	Universidade Centro Universitário Augusto Motta - Curso Bacharel em Enfermagem
Rio Grande do Sul	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Escola de Enfermagem e Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva

Estado	Instituição de Ensino Superior
Santa Catarina	Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Nutrição
	Universidade do Planalto Catarinense – Pró-Reitoria de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação (Curso de Enfermagem, Curso de Medicina e Curso de História)
	Universidade do Vale do Itajaí – Curso de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho
	Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Programa de Mestrado em Políticas Sociais, Dinâmicas Regionais e em Ciências da Saúde; Curso de Psicologia e Curso de Enfermagem
São Paulo	Universidade de São Paulo (Campus Ribeirão Preto) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
	Universidade de São Paulo (Campus São Paulo) - Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
	Universidade Federal de São Carlos - Departamento de Metodologia de Ensino, Departamento de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Educação, Departamento de Educação Física e Motricidade Humana, Unidade de Atendimento à Criança
Sergipe	Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Serviço Social, Departamento de Medicina, Departamento de Terapia Ocupacional, Departamento de Farmácia, Departamento de Enfermagem, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, Pró-Reitoria de Extensão
	Universidade Federal de Sergipe (Campus Lagarto) - Departamento de Educação em Saúde

Fonte: David et al, 2018.

O desafio seguinte foi o de desenhar um processo efetivamente participativo e dialógico para a construção do projeto do Curso. A modalidade de extensão universitária já havia sido definida, assim como negociada nas instâncias universitárias da UERJ para fins de futura certificação. Ainda assim, como construir coletivamente uma proposta nacional capaz de contemplar a diversidade de cenários e territórios?

A opção metodológica foi a de desenvolver uma série de oficinas presenciais trazendo os docentes das universidades para o Rio de Janeiro, para trabalhos de imersão de dois ou três dias, o que foi garantido pelo apoio financeiro da SGEF. Além dos docentes, pessoas de movimentos sociais foram incluídas, representações estudantis e também docentes da UERJ responsáveis pelo desenvolvimento de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), já que o Curso se desenvolveu na modalidade semipresencial.

Foram realizadas três oficinas: as duas primeiras, em outubro e novembro de 2013, resultaram na construção do Projeto Político-Pedagógico, da identidade visual, das diretrizes para elaboração do material didático-pedagógico e do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), bem como na formação da equipe de coordenação geral do curso. A terceira oficina, realizada em dezembro de 2014, teve como objetivo principal promover uma avaliação da primeira edição do Curso FHP, além de traçar e definir orientações para elaboração de materiais educativos com a produção do curso.

Cabe explicitar que o termo “formação”, trazido para caracterizar o Curso, foi bastante discutido pelo grupo formador, a partir de Cattani e Spíndola (2006):

O termo ‘formação’ foi problematizado e questionado, pois, a rigor, o curso, na modalidade de extensão e semipresencial, não pretendeu conduzir um processo formativo, no sentido mais amplo do termo. No entanto, a ideia de denominá-lo como ‘capacitação’ ou ‘reflexão’ também não pareceu aderir aos objetivos do curso e, ao final, optou-se por manter o termo inicial. Esta opção busca, também, demarcar uma concepção que rompe com a ideia tradicional e mais difundida (e mais restrita) de formação como processo operacional, técnico e subproduto do sistema educacional. Esta alternativa é, portanto, parte de um debate mais profundo e crítico sobre a relação educação-trabalho, numa perspectiva de resgate da positividade do trabalho, na qual o ser humano pode criar e ser recriado, não apenas trabalhar para sobreviver (DAVID et al, 2018, p.7).

Construiu-se como objetivo geral do Curso o de iniciar o estudo da sociedade em que vivemos, com vistas à sensibilização e compreensão, pelo estudante e profissional, do contexto das políticas e da defesa dos direitos sociais e do SUS. Acharmos que não seria um curso extensivo, e que sua função seria a de despertar o estudante para uma visão crítica a respeito da sociedade, mas não exclusivamente pautada por determinada forma de pensar.

O Projeto do Curso previu, assim, uma organização em formato modular em três partes, porém necessariamente tendo como ponto de partida a própria realidade do estudante. Por isso, optou-se, no Módulo 1, por iniciar o ensino e debate da questão social a partir do espaço da universidade, e dos sentidos que a formação profissional possui no mundo de hoje. Outros temas, como trabalho e acesso desigual à universidade, serviram como disparadores para a apresentação de leituras sobre as principais abordagens teóricas do pensamento social.

No Módulo 2, a dimensão histórica do desenvolvimento do capitalismo foi recuperada, ainda com base no conceito de desigualdade social — e já introduzindo o campo da saúde como parte do debate.

No Módulo 3, aprofundou-se a discussão sobre a saúde como conquista a partir das lutas sociais históricas de trabalhadores e movimentos sociais. A organização curricular e modular dos conteúdos do Curso está sistematizada no Quadro 2.

Quadro 2 - Curso FHP: programa de estudos segundo o módulo, objetivo, aulas e atividades

Módulo	Objetivos	Aulas/Atividade	Modalidade
Módulo 1 Universidade e mudança social: O que é sociedade?	- Problematizar as vivências e reflexões dos estudantes tendo em vista o seu conhecimento prévio e a relação com a proposta do curso; - Discutir o tema Universidade e sociedade a partir da desigualdade de acesso; - Apresentar as principais teorias do Pensamento Social na sociedade.	Aula 1 - Universidade e mudança social	Presencial
		Aula 2 – Universidade e sociedade	AVA
		Aula 3 - Sociedade e pensamento social	AVA
		Fórum de discussão temático	AVA
Módulo 2 Capitalismo e saúde	- Apresentar conceitos básicos e uma noção histórica do capitalismo. - Discutir a desigualdade social e saúde como processo histórico na sociedade capitalista.	Aulas 1- Capitalismo: como se desenvolve e se transforma	AVA
		Aula 2 – Desigualdade social e saúde	AVA
		Fórum de discussão temático	AVA
Módulo 3 Capitalismo, lutas sociais e saúde no Brasil	Iniciar a discussão sobre o desenvolvimento capitalista no Brasil como um processo histórico e sua relação com as lutas sociais e pelo direito à saúde.	Aula 1 – Mercado de trabalho e reprodução social	Presencial
		Aula 2 – Urbanização e questão agrária	AVA
		Aula 3 – Lutas sociais e movimentos populares	AVA
		Aula 4 – Acumulação de capital no setor saúde, Reforma Sanitária e SUS	AVA
		Aula 5 – Trabalhadores em saúde: atenção à saúde e organização do processo de trabalho	Presencial
		Apresentação de trabalho final pelo educando	AVA

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Formação Histórica e Política.

A maior parte do material teórico do Curso foi elaborada pelos docentes, divididos em grupos durante o processo de construção do Projeto. O desenvolvimento do Curso foi previsto para ocorrer em dois meses. Os módulos se constituíram de conteúdos sintéticos em formato de apresentação, complementados por vídeos, exercícios e textos de aprofundamento.

Para que o Curso pudesse ocorrer simultaneamente em todas as universidades, os docentes foram distribuídos em turmas com até 30 alunos cada. Caso o grupo quisesse ampliar esta participação, poderia convidar um colega docente e formar novas turmas. Nos locais onde pessoas de movimentos sociais estavam presentes, estas foram convidadas a integrar o processo.

O desenvolvimento do Curso também foi um debate coletivo, que indicou a necessidade de não abrir mão de momentos presenciais para aprofundamento dos debates e um diálogo mais participativo entre todos. Assim, a ideia seria que a primeira aula fosse presencial, com uma exposição por parte de um docente e/ou pessoa de movimento social, apenas como elemento provocador, seguido de debate e sistematização em grupos menores.

Ao final de cada Módulo, também ocorreram momentos presenciais, de duração de 4 horas, usualmente aos sábados. A ideia foi a de encerrar o Curso com um último encontro presencial, no qual se fez uma avaliação dialógica de todo o processo.

A diversidade marcou todo o processo coletivo, já que algumas universidades produziram o Curso de forma bastante orgânica e integrada ao ensino, com pouca evasão de alunos, enquanto outras passaram por dificuldades, geralmente externas ao Curso, como a própria UERJ, que teve de interromper o processo e fragmentá-lo devido ao evento da Copa do Mundo, que exigia o fechamento da Universidade em alguns períodos, por causa da proximidade com o Estádio do Maracanã. Vale lembrar que um processo de dispersão e evasão de discentes é esperado na modalidade de ensino semipresencial. Ao final, conseguimos certificar 274 estudantes de graduação de todo o país. E as avaliações, nas palavras dos alunos e facilitadores, nos fazem acreditar que o Curso permitiu uma vivência importante de diálogo, reflexão, troca e produção de conhecimentos.

Aspectos avaliativos — o que e como aprendemos?

A atividade final do Curso constituiu-se num exercício escrito no qual o discente respondeu às perguntas do título deste tópico: o que aprendi? Como aprendi? Optamos por apresentar algumas das respostas, sem categorizá-las e sem identificar sujeitos, apenas destacando os sentidos e a percepção dos discentes nelas expressos.

O aspecto mais destacado nos depoimentos foi o da estrutura metodológica do Curso, no qual se buscou estabelecer processos de diálogo e troca (mais intensos nos encontros presenciais), e incluir as suas produções, sugestões e conteúdos no material do AVA.

“Aqueles que propunham as atividades possuíam mais conhecimento a ser compartilhado sobre determinados assuntos, porém os outros (alunos) não eram considerados sem-luz dentro da relação mas, sim, co-construtores dele.”

“Muito do aprendizado... está... em outras linguagens... Penso que parte do aprendizado se encontra na sensibilidade de captar o simbólico, além de ser compreensivo com a observação do outro. Isso é algo que foi bastante observado dentro desse curso. Sua estrutura... se apresentou de maneira distinta da tradicional, porém não esbarrando em modismos pós-modernos de uma educação desestruturada e aparentemente sem propósitos, trabalhando o pensamento autônomo dos estudantes, mas mesmo assim sendo os professores figuras mediadoras de discussões e apresentando conteúdo expositivo.”

Do ponto de vista da EP&S, consideramos que a maturidade do grupo propositor e produtor dos conteúdos, além de sua diversidade de inserções, garantiu, desde o início, que as contradições sociais fossem explicitadas no material a partir de diversos olhares, porém todos convergindo para o setor saúde, o que consideramos um processo de construção compartilhada do conhecimento (CARVALHO, ACIOLI & STOTZ, 2001). O que se produziu, portanto, foi um inédito-viável potencializado pela construção coletiva e animado pela busca da centralidade dos temas epocais, para que todos pudessemos estabelecer relações de determinação e condicionamento histórico entre os níveis gerais da produção e reprodução das condições de vida e trabalho e os fatos cotidianos

que vivenciávamos à época (Movimento pelo Passe Livre, jornadas de 2013, manifestações urbanas contra as mudanças territoriais impostas pelos grandes eventos, dentre outros).

“Senti que vivia um pouco alienada, e com o curso pude ver o quão grande são as desigualdades sociais em nosso país e nesse contexto em que surgem as reformas sociais acontecidas nesse ano e iniciadas pelo passe livre; além disso, pude estabelecer uma comparação com as manifestações ocorridas na época da ditadura. Fico muitas das vezes me perguntando que é nesse cenário que surgiu o SUS, um benefício adquirido através de muitas lutas, e que ainda hoje precisa de muitas melhorias, e assim pude perceber o quão está ligada a saúde com as lutas sociais históricas desse país.”

A exigência de aprofundamentos por meio de leituras se constitui num desafio em tempos de consumo de informação rápida. Este parece ter sido um aspecto mais difícil para alguns alunos, que se buscou resgatar durante os encontros presenciais. A possibilidade de não apenas ler, mas discutir, debater e se aprofundar em conteúdos sobre a sociedade em que vivemos, a partir de sua dimensão histórica, provocou nos discentes o reconhecimento de um aprendizado que os instrumentaliza para o debate político:

“O curso me instigou a buscar novas relações entre temas que me pareciam familiares, tais como educação, capitalismo, saúde-doença, história e política nacionais, mas que se mostraram de maneira totalmente nova, para mim, no contexto proposto. (...) a diversidade de textos e de leituras do mundo (representada pelas pessoas participantes do curso [alunos de diferentes cursos ou de movimentos sociais]) foram importantes para a ampliação dos meus conhecimentos.”

“Aprendi a trabalhar com as mais diversas óticas de uma mesma questão, da importância da pluralidade das abordagens, da multidisciplinaridade, que proporciona benefícios imensuráveis. “

“O conteúdo histórico e político do curso irá me auxiliar como profissional de saúde durante minha atuação e como cidadã na luta e na participação popular pela equidade, integralidade e universalidade de acesso à saúde brasileira.”

Outro desafio e dificuldade se refere ao domínio das ferramentas virtuais do AVA, tanto pelos professores-mediadores como pelos estudantes. O uso do AVA, cuja estrutura possui seus limites, não é ainda de uso corrente. Trata-se de uma ferramenta que exige tempo de aprendizado e acesso estável e contínuo à internet, o que não corresponde à realidade de muitas localidades do país.

Sintonizada com a importância das mídias sociais da internet e sua crescente utilização como forma de comunicação e informação pelos alunos, a proposta da criação, por eles, de uma página no Facebook foi avaliada como um ponto positivo, porque lhes permitiu, de uma forma autogerida e livre, trazer impressões e reflexões por meio de outras linguagens — vídeos, poesia, textos narrativos livres. Estes formatos também compunham o conteúdo do Curso, porém no Facebook sua expressão foi bastante intensa e permitiu a troca de informações sobre o momento político do país e o que estava ocorrendo nas diversas localidades.

“É importante destacar como o uso de materiais alternativos como músicas, vídeos, poemas clarearam nossas ideias sobre os temas que eram discutidos. Como, por exemplo, a música Morro Velho de Milton Nascimento, que trouxe uma discussão sobre o acesso à educação, principalmente daqueles que têm condição, como os filhos dos grandes fazendeiros que vão pra cidade grande estudar.”

Por fim, destacamos algumas falas a respeito das perspectivas de participação política como estudante e na futura vida como trabalhador da saúde, que os estudantes trouxeram:

Agora, após ter realizado este curso, a minha visão histórico-política sobre os sistemas de saúde brasileiros mudou. Reflito: será que a população brasileira tem um direito efetivo à saúde, assim como está escrito na Constituição? No papel, por meio da Constituição de 1988, a saúde no Brasil é um direito. Na prática, ainda temos muitas lutas sociais pela frente para que nosso país tenha resultados positivos em relação aos indicadores de saúde.

Assim como os estudantes na década de 1980 participaram por meio de movimentos populares para a criação do SUS, inclusive na escolha do nome do sistema de saúde brasileiro, os estudantes do ano 2014 não podem ser passivos em relação à realidade brasileira no âmbito da saúde.

O Curso parece ter consolidado nos depoentes o sentimento de serem parte do processo histórico das lutas pela saúde e por uma sociedade mais justa, contribuindo para que se percebam mais do que um aprendiz de conteúdos técnicos e científicos, demarcando o sentido de prática social do exercício profissional.

Conclusões

Uma concepção ampliada de educação como mediação social infere às práticas educativas sentido histórico e permite reconhecer o cotidiano dos serviços como espaço de mediação possível entre o individual-particular e o genérico-histórico (BREILH, 2013). Implica, necessariamente, em deslocar o peso do processo educativo dos “conteúdos” para a “forma”.

No entanto, os “modos de fazer” educativos inovadores ou diferentes não possuem valor por si próprios; só têm significação na medida em que são balizados pelo reconhecimento de que, no processo educativo crítico, todos ensinam e aprendem.

A ideia de desenvolver algum tipo de formação de caráter histórico e político para estudantes da saúde, que se iniciou como uma proposta local e restrita, acabou ganhando contornos nacionais — o que resultou, por um lado, em algumas dificuldades operacionais.

Por outro lado, no entanto, permitiu aos estudantes interagir com outros colegas no país, trocar informações, produzir expressões de sentidos. Embora a evasão tenha sido grande, já que mais de mil estudantes se inscreveram mas menos de 300 terminaram o Curso, este não foi um fator preocupante: tanto aqueles que permaneceram até o final, como os que, por alguma razão, se distanciaram durante o percurso, puderam participar de algum tipo de debate capaz de provocar reflexões e deslocamentos de posições.

A possibilidade de continuidade do Curso ficou garantida pela disponibilização dos conteúdos no AVA da UERJ (<http://latic.uerj.br/fhpsaude/>). Este material segue sendo utilizado no Curso de Residência de Enfermagem em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Constata-se, hoje, a necessidade de atualizar o material, mas ainda não houve oportunidade para fazê-lo.

É, no entanto, como uma bandeira fincada que nos sinaliza, todas as vezes que acessamos o material, a potência dos processos educativos que se constroem de forma coletiva, dialógica e diversa.

Referências:

- BORDENAVE, J.D. (2005). El método del arco: uma forma de hacer educación problematizadora. Decisio Educación Popular, n.10.
- BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva).(2013) Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, v. 31, supl. 1, p. 13-27. [Links]
- CAPOZZOLO A.A, FEUERWERKER L.C.M. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO AA, CASETTO SJ, HENZ AO, (orgs). (2013). Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec;. p. 35-58.
- CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E.M.(2001) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.
- CASTRO J.P., SANTANA J, NOGUEIRA R. (2002) Izabel dos Santos. A arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Observatório RH NESC/UFRN;
- CATTANI, D.; SPINDULA, B.F. FORMAÇÃO HUMANA (VERBETE). IN: CATTANI, AD.; HOLZMANN, L. (orgs.). Dicionário de trabalho e tecnologia. (2006). Porto Alegre: Ed UFRGS. p. 136-141.
- DAVID, H.M.S.L, PINA, J.A., STOTZ, E.N., LIMA JÚNIOR, I.A., VASCONCELLOS, L.A.V., MATTOS, SILVEIRA, L.V., SILVEIRA, BRONZATTO, L.; SUMAR, N. (2018). Curso para a formação histórico-política na graduação em saúde: análise de uma construção partilhada. Trabalho, Educação e Saúde, 16(3), 997-1015. Epub August 02, 2018.https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00141
- DAVID HL, JUNIOR KRC. (2013) Prática avaliativa na atenção básica: revisitando a pedagogia da problematização. Rev enferm UERJ. (21):677-81
- FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- KOSIK K. Dialética do concreto. (1976). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- MAGUEREZ C. La promoción technique du travailleur analphabèt. Éditions Eyrolles; 1966.
- STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L., WONG UN, J.A. (2005). Educação Popular e Saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Revista APS, v. 8, n. 1, p. 90-112.
- STOTZ, E.N. (1993). Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V. E STOTZ, E. N. (org). Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 11-22.

SESSÃO II:

CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE E INTERCULTURALIDADE

EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE: TECENDO REDES DE CUIDADOS, INOVAÇÕES E APRENDIZAGENS COLETIVAS

Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Vanderléia Laodete Pulga

1. A educação popular em saúde e as possibilidades de reinvenção nos modos de cuidar

As reflexões acerca dos diálogos entre saúde e educação popular ou entre educação popular em saúde no contexto da formação têm progressivamente crescido — o que pode representar um indicador de sua importância para o campo da saúde. Neste estudo nos propomos a problematizar, com base em uma experiência vivida entre atores/atrizes e movimentos populares do Ceará e Rio Grande do Sul, como percursos de formação envolvendo práticas populares de cuidado e educação popular podem contribuir para fortalecer a articulação entre movimentos, identificar que referenciais de cuidado vão compor esses percursos, analisar como se expressam os princípios político-pedagógicos da educação popular nessa experiência e refletir sobre os desafios e potencialidades do processo para o fortalecimento dos movimentos e sujeitos envolvidos.

O cuidado é aqui referenciado como um modo-de-ser, de estruturar-se e dar-se a conhecer; como relação amorosa com a realidade, cuja ética se orienta na defesa da vida e das relações solidárias e pacíficas entre os seres humanos e com os demais seres da natureza; como possibilidade de promover a cordialidade e a convivialidade, estreitando as relações; como capacidade de compartilhar a paixão com o outro, de sair do seu próprio círculo e entrar no universo do outro em sinergia (BOFF, 1999 e 2002).

Na experiência que aqui sistematizamos, o cuidado se materializa com a referência das práticas populares de cuidado que têm desvelado possibilidades de construção de processos de cuidado dialogados, participativos e acolhedores da cultura e do saber popular.

Podemos considerá-las práticas sociais uma vez que se constituem no encontro entre diferentes sujeitos, que se identificam com uma postura mais integradora do ser humano reconhecendo e legitimando crenças, valores, conhecimentos, desejos e necessidades das classes populares,

refletindo sua leitura do mundo, referenciadas na ancestralidade, nas experiências e condições de vida, no contexto sociocultural, reconhecendo o ser humano em sua totalidade e cuja principal referência é a profunda vinculação e amorosidade às pessoas, às comunidades onde vive e à luta solidária por uma vida mais digna para todos (DANTAS, 2009, p.133).

Falamos de práticas que se constroem orientadas e ancoradas na educação popular, nas quais seus sujeitos se dispõem a ler criticamente a realidade socioeconômico-político-cultural na perspectiva de conhecer e intervir sobre a realidade e se propõem a contribuir para a criação de laços solidários e comprometidos com a libertação. Compreendemos, como nos aponta Freire (1987), que práticas libertárias estão centradas nas possibilidades de estimularem a decisão e a corresponsabilidade de seus atores e atrizes na defesa dos seus direitos.

Com âncora em Paludo (2001), referendamos a educação popular como construção histórica organicamente vinculada ao movimento de forças políticas e culturais que se empenham na construção das condições humanas necessárias às classes subalternas para produção de vidas com qualidade e para construção de uma sociedade que busque concretizar a liberdade.

Holliday (2006) situa a Educação Popular no contexto latino-americano ao mesmo tempo como um fenômeno sociocultural e uma concepção de educação, ao referir-se à multiplicidade de práticas com características diversas e complexas, mas com uma intencionalidade transformadora como característica comum.

No Brasil, uma trilha interessante seguida pela educação tem sido a aproximação com a saúde, a partir da década de 1970, com a proposição de romper com as práticas de educação em saúde hegemônicas de caráter autoritário, higienista e tecnicista, segundo Vasconcelos (2001).

Neste percurso, surgiram experiências cuja principal referência foi a educação popular — o que trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que, apesar de muitas vezes contar com ações esparsas e contingentes, resistem e delineiam novos caminhos onde se percebe a possibilidade de reverter essa realidade e construir inéditos viáveis, entre eles o movimento que atualmente é reconhecido como Educação Popular e Saúde (OLIVEIRA e PEDROSA, 2014), o qual vem se referenciando como um campo fértil de possibilidades, práticas, reflexões, pesquisas e propostas.

A Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) foi criada em 2003, no Brasil, envolvendo organizações e movimentos sociais populares que realizam ações de cuidado e de educação em saúde que vêm sendo tecidas entre esse conjunto de grupos, organizações e movimentos sociais populares — e que tem se fortalecido em todas as regiões do Brasil, com a participação de atores vinculados a movimentos e práticas populares de cuidado, mas também aos serviços de saúde e a espaços de gestão, às instituições formadoras de ensino técnico, tecnológico, de graduação e pós-graduação, na área da saúde.

Muitas foram as ações e construções conjuntas, mas uma das estratégias marcantes e relevantes nasceu no Acampamento da Juventude do Fórum Social Mundial (FSM) ocorrido em 2005: o *Che: Saúde e Cultura*, que se efetivou como a construção de um espaço de cuidados dentro do Acampamento da Juventude em Porto Alegre. Sua potência se expandiu na produção de cuidados e de reflexões sobre a saúde que vem sendo adotada em quase todos os Congressos da Saúde, bem como nas Conferências Nacionais de Saúde através da realização das *Tendas Paulo Freire* ou *Tendas Cultura e Saúde*.

Estratégia fundamental foi a construção de Espaços Permanentes como o *Espaço Ekobé* em Fortaleza/CE, construído pela iniciativa dos movimentos vinculados à ANEPS no Ceará em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Estratégia *Cirandas da Vida* no *campus* da Universidade Estadual do Ceará (UECE). O *Espaço* também foi uma construção coletiva por meio de um *Curso de Educação Popular e Permacultura*. Neste, promoveram-se ações nas quais a arte e as práticas populares de cuidado emergiram como expressões singulares, propiciando o diálogo intercultural para gerar saberes que incorporam a experiência popular e potencializam o intercâmbio e o encontro entre saberes, constituindo um “jeito popular” de cuidar da saúde.

Na mesma perspectiva e aliado aos Pontos de Cultura, o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre/RS construiu o *Chalé da Cultura*, como espaço de promoção de cuidado em saúde num ambiente do complexo hospitalar.

Esses processos contaram com o apoio do Ministério da Saúde em uma conjuntura política de um governo cuja atuação apontava para uma perspectiva democrática e popular. Este, apesar das contradições, abriu espaço para a

construção de uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e, posteriormente, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que viabilizou diálogos, apoios e a formulação da Política Nacional de Educação Popular e Saúde.

As experiências que aqui evidenciamos trazem no cotidiano dessas práticas os princípios da educação popular em saúde, os quais orientaram a Política Nacional, a saber: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, o compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Esses princípios são norteadores de 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 ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática, onde as pessoas e grupos sejam protagonistas, incentivando a reflexão, o diálogo, a expressão da amorosidade, a criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde (PULGA, 2014, p. 148).

As experiências que compõem esses diferentes espaços de educação popular em saúde integram a diversidade de cuidados populares, sejam os cuidados xamânicos, a saúde nos terreiros, a fitoterapia e o uso de plantas medicinais, a massoterapia, a reflexologia, a acupuntura popular, o reiki, a terapia comunitária, a biodança, as danças circulares sagradas, dentre outras práticas de cuidado que existem no Brasil. Consideramos que são integrativas porque trazem a perspectiva de ver as pessoas em sua inteireza e em suas diversas dimensões humanas, incluindo as físicas, emocionais, mentais, espirituais, culturais, sociais e políticas — e, nesse sentido, dialogam com os modos de viver e de participar.

Tem-se potencializado redes de cuidados tecidas pelas organizações populares no Brasil e na América Latina, permeada pelos valores da vida e da amorosidade, que trazem o humano, com toda sua potência e fragilidade, e, ao mesmo tempo, com toda a sua capacidade de autonomia, afirmando, em suas práxis, que “cuidar do outro é cuidar de mim e cuidar de mim é cuidar do mundo” (LIMA, 2015).

Estas trazem em si a potência do cuidado e da educação entrelaçadas dialeticamente numa rede de movimentos e práticas que constitui o movimento da educação popular e saúde, que vem se ressignificando a partir dos desafios atuais colocados.

Um dos marcos importantes desse jeito é o acolhimento e a amorosidade às pessoas — e o diálogo entre os saberes. O diálogo como forma de problematizar, de questionar fatos, de levantar dúvidas, de averiguar circunstâncias, é fundamental. Quanto mais a presença da diversidade étnico-cultural, tendo as diferentes etnias, culturas, tradições, pessoas de todas as idades, das várias orientações sexuais, de diferentes espaços de atuação, mais potente será o encontro e produção de vida, saúde e aprendizado em ato.

Esses espaços coletivos, em rodas de organização e divisão de tarefas, de conversas e debates, de trocas de experiências e de práticas populares potencializam a construção do exercício da democracia, da autonomia, da participação e do diálogo, que evidenciam as práticas e os saberes populares como expressões de conhecimento importantes na construção da saúde. São espaços de articulação de movimentos sociais populares com a academia e com os gestores que compartilham da luta pela saúde, pelo SUS e pela transformação social, na perspectiva da justiça e da solidariedade.

Em síntese, podemos dizer que estas experiências vêm demonstrando seu caráter educativo, terapêutico na dimensão cuidadora da vida e da saúde vistas sob a perspectiva da integralidade, constituindo-se como espaços de práticas não hegemônicas, mas que apontam para a reinvenção nos modos de cuidar e produzir saúde, de tecer e de saber que as redes não surgem do nada e se movimentam pela ação dos sujeitos — e, por isso mesmo, carregam suas potências, suas fragilidades e suas contradições. O desafio pedagógico da construção compartilhada desses saberes, práticas e cuidados se apresenta permanentemente aos educadores e educadoras populares e a todos os que trilham por caminhos desta natureza.

2. Percurso Metodológico: Caminhos trilhados com a sistematização de experiências

Como percurso metodológico, optamos pela sistematização de experiências segundo a proposta desenhada por Holliday (2006).

Concordamos com o autor que a produção do conhecimento sobre o vivido deve se fazer com participação ativa e direta dos sujeitos que a construíram, de modo a oportunizar o compartilhar de necessidades, anseios, valores e saberes (HOLLIDAY, 2006).

Essa é, portanto, uma abordagem metodológica participativa que, para Pulga:

é aquela que permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, valorizando os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas; é uma forma pedagógica baseada no prazer, na vivência e na participação ativa em situações reais e imaginárias provocadas pela reflexão [que] faz os participantes construir sentidos às situações concretas da vida (PULGA, in BRASIL, 2014, p. 129).

Holliday (2006) referencia essa proposta como uma abordagem crítico-reflexiva sobre o próprio fazer, ancorada na educação popular, na qual seus sujeitos não apenas catalogam e organizam informações mas a interpretam, ordenam, reconstróem e explicitam a lógica do processo vivido, os fatores que nele intervieram, como se relacionam entre si e por que o efetivaram daquele modo. Nesse sentido, considera, ainda, a dinamicidade das experiências, a complexidade implícita em sua historicidade e seus processos sociais em permanente movimento.

Neste estudo, seguiremos os cinco passos estruturantes que nos propõe Holliday (2006), ou seja, o ponto de partida, a formulação do plano de sistematização, a recuperação do processo vivido, as reflexões de fundo e os pontos de chegada.

Como ponto de partida, a necessidade de refletir sobre o vivido em percursos pedagógicos realizados em rede, ancorados na educação popular e envolvendo práticas populares de cuidado. As experiências a que nos referimos têm como sujeitos atores e atrizes de dois estados de diferentes regiões geográficas do Brasil e que têm em comum: a vivência com educação popular em saúde e a atuação na ANEPS. Para formulação do plano de sistematização foram promovidos encontros virtuais onde se definiram os objetivos da sistematização e o percurso metodológico para recuperação do vivido e produção das reflexões de fundo.

A recuperação do vivido, considerando a impossibilidade de encontros presenciais, se fez de forma virtual, utilizando um aplicativo — e o encontro foi estruturado tendo como fundamentos o *Círculo de Cultura* e a técnica do *ateliê autobiográfico*. O *ateliê autobiográfico* (DELORYMOMBERGER, 2006) constituiu a possibilidade de inscrever a história do percurso em uma dinâmica prospectiva, que liga o passado, presente e futuro — e possibilitou fazer emergir nossas reflexões sobre o vivido.

No primeiro momento, fizemos um exercício de visualização criativa para recompor a memória afetiva dos diferentes momentos do processo. Este foi conduzido por questões orientadoras para que pudéssemos retomar como e por que começou a experiência, que atores se envolveram, como se deu o processo de articulação, de organização da estrutura, que desafios e potencialidades percebemos. Após a vivência, foi solicitado que trouxéssemos palavras geradoras sobre as memórias que o exercício trouxe e ancoradas na proposta do *círculo de cultura*. Estas, segundo Dantas (2014, p. 74), buscaram trazer a consciência do vivido, a possibilidade de intervir criticamente sobre o processo sistematizado, de forma a despertar uma nova relação com a experiência vivenciada. Com base nestas palavras se construiu a tematização que, por sua vez, gerou as narrativas de cada uma das atrizes considerando estado/região onde estiveram implicadas. As narrativas produzidas foram transcritas e retornaram às suas autoras para que pudessem, a partir de questões problematizadoras, produzir as reflexões de fundo em diálogo com outros autores. Essas reflexões geraram aprendizados que se constituíram nos pontos de chegada propostos por Holliday (2006), cuja possibilidade de socialização se faz também por meio deste artigo.

3. Narrativas e reflexões sobre o vivido

Olhar para o vivido para dele extrair aprendizados é o caminho que nos propusemos trilhar para produzir o que aqui se lê. Nesse caminhar coletivo, no qual sujeitos, atores e atrizes da militância na educação popular em saúde se constituíram sujeitos, sublinhamos a importância de, em um tempo histórico complexo e desafiador para os movimentos e organizações populares e para a sociedade em geral em nosso país, buscar lições da experiência para seguir esperando.

Desse modo, organizamos essa narrativa em três tempos: as singularidades do vivido no Ceará, no Rio Grande do Sul e os diálogos e dissonâncias nas duas experiências para delas abstrair aprendizagens que potencializem nosso caminhar em redes de cuidado e aprendizagem coletiva.

3.1 A Aneps – CE e os dialogismos com os serviços e a academia: as farinhadas tecendo teias de cuidado e formação

A memória do vivido no percurso da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) no Ceará remete-nos à imagem da farinhada, ritual tradicional nas comunidades camponesas no qual as famílias se juntam para celebrar a colheita da mandioca, preparar seus produtos e compartilhar a goma, a farinha, o beiju, a tapioca, mas também afetos, histórias e alegrias. Como sujeitos construtores da ANEPS-CE, vimo-nos, nessa caminhada, a promover farinhadas culturais, alimentando o desejo de preparar essa formulação coletiva de conhecimento e ação transformadora.

Também na ANEPS vivíamos a escuta atenta à arte e ao dizer popular, aprendendo e partilhando com povos originários e de matriz africana, grupos artístico-culturais, movimentos de saúde mental comunitária, movimentos de mulheres, de juventude, juntos a tecer uma caminhada com as cores e os desenhos desses movimentos que constituíram a articulação no âmbito popular. A eles juntaram-se estudantes e professores(as) universitários(as), trabalhadores(as) e gestores(as) do campo da saúde. Essa articulação entre movimentos, práticas e atores/atrizes sem a preocupação de formalizar uma coordenação central, descortinava uma possibilidade de trabalho em rede, “constituindo possibilidades de penetração/participação da sociedade civil na transformação da sociedade política” (TOURAINÉ, 1989).

A interação entre sujeitos populares, da academia, gestores e trabalhadores da saúde potencializou leituras de compreensão sobre o vivido e exercícios de intervenção e produção da vida coletiva que se concretizaram por meio de ações de formação, cuidado, fortalecimento da articulação e de comunicação.

Nesse caminhar, a perspectiva foi a de buscar o que havia de comum entre esses diversos movimentos e práticas e construir momentos de aprendizagem e partilha que pudessem fertilizar as reflexões necessárias à produção de uma leitura coletiva das possibilidades de educação popular em seu diálogo com a saúde.

A riqueza e diversidade das experiências, a singularidade dos movimentos populares no estado do Ceará de se articularem em rede e protagonizarem processos formativos com essa característica nas comunidades, desvelou a necessidade de produzir reflexões a partir do vivido, reflexões estas produzidas pelos próprios sujeitos da experiência. Nesse movimento, ao buscar compreendê-la em sua dinâmica viva, se constituíram sujeitos-protagonistas implicados na sua edificação histórica sobre a qual refletem e produzem narrativas.

Sobre isso, diz Freire (2002, p. 61):

O homem se constrói e chega a ser sujeito na medida em que, integrado em seu contexto, reflete sobre ele e com ele se compromete, tomando consciência de sua historicidade. O homem é desafiado constantemente pela realidade e a cada um desses desafios deve responder de uma maneira original. Não há receitas ou modelos de respostas, mas tantas respostas quantos forem os desafios, sendo igualmente possível encontrar respostas diferentes para um mesmo desafio.

Essa era uma possibilidade desafiadora para os sujeitos envolvidos que, mesmo sabendo de sua importância, reconheciam seu inacabamento para tal propósito. Estávamos frente a uma situação-limite e a possibilidade de superação veio pelas articulações entre o CE e o RS, potencializadas pela atuação nacional da ANEPS, resultando em uma oficina de sistematização conduzida por uma companheira do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), que nos apresentou uma possibilidade de sistematizar a própria experiência.

Desse modo, foi-nos possibilitado conhecer a proposta desenvolvida por Jara Holliday (2006), que a reafirma como abordagem crítica e participativa, ancorada na educação popular e na dialética que busca penetrar no interior das experiências.

Segundo essa abordagem, ainda, os sujeitos das experiências serão os protagonistas de sua construção e os autores das reflexões sobre o vivido

Desse percurso, pudemos apreender nas experiências a potencialidade das práticas populares de cuidado para promover a construção, a interação entre serviços de saúde, movimentos sociais e academia, por trazerem dimensões como a estética, a ética, a espiritualidade e a afetividade, vinculando desejo e cognição, intuição e sensibilidade na construção dos processos formativos, organizativos e comunicativos da luta popular.

A institucionalização da educação popular em saúde no Ministério da Saúde e as possibilidades de apoio institucional como aposta na potência dos movimentos protagonistas de processos de formação com âncora na educação popular foi um aspecto importante desse momento, ao facilitar deslocamentos entre as regiões e estruturas mínimas para a efetivação desses processos. O Estado assumia por algum tempo o papel de provocador da participação (DEMO, 1996).

O desafio estava posto aos movimentos e organizações populares: como tomar a possibilidade de apoio institucional como inicial, sem torná-lo condição essencial à sua continuidade? Como, a partir dessa provocação inicial, se pode avançar e constituir processos emancipatórios?

Os grupos que constituíam a articulação local parecem ter compreendido essa necessidade e, considerando mudanças conjunturais, a provocação em âmbito local e regional passaram a criar possibilidades de seguir em frente, considerando a diversidade de práticas e o diálogo entre elas.

O *Espaço Ekobé* resulta dessa provocação inicial do estado em âmbito municipal e nacional à participação popular efetivada no apoio a processos de formação que consideraram o repertório humano¹ desses sujeitos populares — e nos quais vários deles/delas se constituíram educadores e educadoras, mas também gestores e gestoras do espaço.

Os processos formativos inicialmente pautavam-se em temáticas diversas, que iam das práticas populares de cuidado — como massoterapia, farmácia viva e reiki — a oficinas de teatro, comunicação popular, grafite, música, sistematização, entre outras, sempre ancoradas nos princípios pedagógicos da educação popular e tendo como ideias centrais a inclusão de atores dos movimentos populares como educadores dos processos e o diálogo entre atores populares, trabalhadores da saúde e estudantes e professores das universidades. Com o passar dos anos e o enraizamento do Ekobé como espaço de cuidado, cultura e educação popular, os processos terminaram por colocar o cuidado como centralidade, referenciados na sua materialização como práticas populares de cuidado, permeadas pela arte e cultura popular e ancorados na educação popular como princípio e matriz pedagógica (DANTAS, 2018).

¹ Categoria trabalhada na cenopoesia e sistematizada por Ray Lima (2014), referenciada na ideia de que os sujeitos são portadores de repertórios e, em contato entre si, produzem aprendizagens, reconfigurando, a cada encontro com o outro, suas ideias de mundo.

A ação solidária e cooperativa protagonizada por esses atores e atrizes populares, especialmente a partir do cuidado e da formação, desencadearam movimentos de aproximação com conteúdos temáticos de disciplinas integrantes dos cursos da área da saúde na graduação e pós-graduação, bem como com os processos de educação permanente desenvolvidos nos serviços de saúde de Fortaleza e movimentos populares.

Esse processo parece aproximar-se do que Boaventura Santos (2005) nomeia como tradução intercultural: “práticas que promovem uma nova convivência activa de saberes no pressuposto que todos eles, incluindo o saber científico, se podem enriquecer nesse diálogo”. Essa dupla via pode, a nosso ver, contribuir para a busca de uma reorientação solidária da relação universidade–sociedade e da conversão da universidade em um espaço público de interconhecimento, onde os cidadãos e os grupos sociais podem dialogar sem se colocarem na posição de produtores de saberes excludentes.

A consciência das incompletudes dos vários atores, educandos e educadores, ao lado do reconhecimento dos atores e atrizes populares como educadores, pareceu-nos funcionar como uma espécie de força-motriz capaz de promover ação solidária entre esses sujeitos e despertar a potência de ser-no-mundo, como sujeitos que se fazem com os outros e, nessa edificação, engendram possibilidades, e não determinismos (FREIRE, 2000).

Desse modo, pudemos entrever nesse processo que a percepção do inacabamento de educadores e educandos, enxergada a partir do olhar da solidariedade, da cooperação e da corresponsabilização, passou a se constituir potência de complementariedade entre eles como forma de superação e de integração entre saber acadêmico e popular.

A abordagem pedagógica desses processos, pautando-se na educação popular, propicia a inclusão de aspectos trazidos no repertório humano dos sujeitos populares, tais como a mística, a arte e o próprio cuidado permeando o processo pedagógico.

Outra questão importante diz respeito à construção compartilhada da metodologia e dos materiais pedagógicos. Essa construção compartilhada, além de horizontalizar as relações entre os educadores também se constituiu uma estratégia de educação permanente destes, uma vez que os saberes e caminhadas eram diversas e cada um e cada uma trazia, por um lado, suas potências educativas e, por outro, suas lacunas, que essa partilha permitia preencher. Essa vivência de

construção compartilhada nos remete à ideia de *Feira do Soma Sempre* (LIMA, 2009), que funciona como espaço de rede-roda aberta à escuta, ao cuidado e se volta à produção do comum, à autogestão. Nas palavras de Ray Lima: “*saber se soma sempre, circulante, compartilhado, democratizado, difundido, enriquecido, experimentado, atualizado e utilizado em melhoria da vida coletiva por todos*”.

A recuperação do vivido nos possibilitou ainda a reflexão sobre a relação educador/educando. Em um modo de efetivar a ação educativa por meio de círculos de cultura, oficinas, vivências artísticas e rodas de conversa, os *saberes de experiência feito* dos educandos também são considerados — e estes são, em muitos momentos, convidados a assumirem a condução pedagógica, ancorados em seu repertório humano. Compreendemos com Freire (2000) que considerar a experiência prévia dos diversos atores e atrizes envolvidos e respeitar os saberes produzidos na experiência existencial não significa limitar o ato educativo a esse saber, mas dialogar com ele, problematizá-lo para elaborar um saber relacional, como síntese articuladora entre os saberes de educadores e educandos

Nesse caminhar, a ANEPS potencializou a socialização desses percursos formativos com atores de outros estados do Nordeste, como Sergipe, Alagoas, e com o Rio Grande do Sul (RS), sempre na perspectiva solidária e militante, além da inclusão de atores/atrizes da rede local como protagonistas em espaços nacionais de construção das políticas de EPS.

O desejo e compromisso dos cuidadores/cuidadoras/educadores/educadoras do *Ekobé* com a socialização do aprendizado e as possibilidades de inclusão dessas práticas no SUS foram ideias-força que ajudaram a tecer a rede entre o Ceará e o Rio Grande do Sul. Sobre esse trilhar, debruçar-nos-emos a seguir.

Buscando o distanciamento necessário para uma reflexão sobre o vivido, nos perguntamos: quais foram esses atores e atrizes, que desafios, que oportunidades e em que contexto emergiram as potencialidades da educação popular em saúde no Rio Grande do Sul e na sua interação com as experiências do Ceará?

Ao mesmo tempo em que emergem situações-limites ainda como barreiras a serem transpostas, o *Ekobé*, como centro irradiador de uma perspectiva de atuação em rede, surge como inédito viável.

Nessa experiência, a arte e as práticas populares de cuidado apontam como expressões singulares de uma ação pedagógica, constituindo-se linguagens

de resistência e vozes de emancipação que nos parecem recompor, por meio da formatividade que engendram, os sentidos novos da luta popular. Chamamos isso de transposição metafórica, que implica também proporcionar a vivência artística como modo de superação do real dado (DANTAS, 2009). Nesse caso, o *Ekobé* aponta e se exerce como um mundo muito singular, tendo como centralidade e princípio fundamental o cuidado, e como caminho fértil de produção de aprendizagens significativas para os movimentos populares, os serviços e academia.

3.2 Caminhos de Resistência e Solidariedade: a educação popular aproximando movimentos do Nordeste e do Rio Grande do Sul

O percurso vivido no *Ekobé* e as redes tecidas pela ANEPS nos encontros nacionais, Fórum Social Mundial, *Tendas Paulo Freire*, entre outros, promoveram deslocamentos dos atores e atrizes, criando trilhas entre o Ceará e o Rio Grande do Sul.

Marcado por inúmeras formas de organização, de lutas, resistências e experiências populares, o Rio Grande do Sul tem a presença marcante dos Movimentos Sociais Populares do campo com a Via Campesina² (MST, MAB, CPT, PJR, MMC), com a FETRAF, a FETAG; os movimentos urbanos — MNLM, MNCMR, Movimento Comunitário, Movimentos de Mulheres e Feministas, Movimentos por Igualdade Racial, Movimento Sindical, em especial, a CUT; Fórum pela Vida (espaço aglutinador de práticas com o uso de plantas medicinais que, junto com a gestão estadual, protagonizou a Política Intersetorial de Plantas Medicinais no Rio Grande do Sul e Nacional), centros de educação popular, dentre outros.

As experiências de Orçamento Participativo nas administrações populares em Porto Alegre, outros municípios e no governo estadual do então governador Olívio Dutra (de 1999 a 2002), Pastorais Sociais e partidos políticos engajados na transformação social vinham, há décadas, produzindo um “caldo político-cultural” na perspectiva transformadora e mobilizadora da população gaúcha.

² Via Campesina: MST (Movimento dos Trabalhadores Sem Terra), MAB (Movimento dos Atingidos por Barragens) CPT (Comissão Pastoral da Terra), PJR (Pastoral da Juventude Rural) MMC (Movimento de Mulheres Camponesas), FETRAF (Federação dos Trabalhadores da Agricultura Familiar), FETAG (Federação dos Trabalhadores da Agricultura); os movimentos urbanos: MNLM (Movimento Nacional de Luta pela Moradia), MNCMR (Movimento Nacional de Catadores de Material Reciclável), Movimento Comunitário composto por Associações de Moradores; Movimentos de Mulheres e Feministas, Movimentos por Igualdade Racial, Movimento Sindical, em especial, a CUT (Central Única de Trabalhadores).

Entretanto, apesar das construções populares, inovadoras e mobilizadoras, havia um enfrentamento de classes e ideológico muito forte — e a derrota da Frente Popular nas eleições para o governo do estado em 2002, assim como as sucessivas derrotas nas eleições municipais em prefeituras importantes como Porto Alegre, que vinham produzindo inovações democráticas referência para o mundo, provocou uma crise profunda nos setores populares e de resistência no RS.

É nesse contexto que se articula a ANEPS no Rio Grande do Sul, na capital e nas regiões do estado, misturando lideranças de movimentos e organizações populares, profissionais da saúde, educadores(as) populares e das universidades nas *Rodas* — inspiradas nas Rodas de Chimarrão típicas da cultura gaúcha, onde as pessoas se apresentam, se encontram e, no cevar e deliciar-se com o chimarrão, vão compartilhando os saberes, as alegrias, as decepções e os desafios do momento.

As *Rodas* produziram encontros, cursos, trocas e uma articulação desses atores e atrizes em alguns pontos comuns de luta e resistência. A saúde sempre foi um desses dispositivos ativadores das *rodas* de solidariedade, luta, resistência e abertura a novas possibilidades, diálogos e vivências.

As experiências da ANEPS no RS se materializaram também no encontro e diálogo com as práticas inovadoras e potencializadoras de vida do Nordeste, em especial do Ceará, e foram produzindo encantamentos e aproximações que transformaram atores e atrizes da educação popular em saúde.

Estas aproximações vão possibilitando diálogos com o vivido no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre. O diálogo se deu especialmente nos espaços da Residência Integrada em Saúde, nos pontos de cultura, Escola GHC — e se concretizou por vivências, oficinas, trazendo as linguagens da arte e da comunicação para dialogar com o cuidado.

Esse projeto teve como marco a organização de um espaço multiuso, no interior do próprio hospital, que ficou conhecido como *Chalé da Cultura* — que foi a referência da implantação da Política de Cultura do Grupo Hospitalar Conceição e do Projeto Piloto de constituição da primeira Rede de Pontos de Cultura e Saúde do país (Edital Público GHC 001/08), se articulou à ANEPS/RS como referência nas Práticas de Cuidado em Saúde e Arte e Saúde, assim como foi referência de criação de novas relações e práticas de cuidado em saúde a partir do convívio com as diferenças.

Possibilitou, ainda, a humanização desses espaços — e isso parece repercutir não apenas entre os cidadãos que ali são cuidados, mas também nos estudantes e profissionais que ali atuam. Seguindo com a fala da trabalhadora:

Temos tido retornos do quanto o espaço e as ações têm contribuído para o bem estar das pessoas (diferentes atores). Em outra oportunidade, podemos oportunizar o acesso ao Diário do Chalé, onde são deixados depoimentos que têm-nos feito perceber toda a potência do Chalé. Por lá passam colegas graduados, colegas da manutenção, usuários, estudantes, crianças, adolescentes e idosos. O que agrega tantas diferenças são desejos, ocupações, projetos... Ele é lugar legitimado para a criação, embrião de novos modelos, novas relações, novas tecnologias de cuidado, enfim, lugar do devir e do coletivo. É constante plasticidade para a construção da Política de Cultura que, além do local, seja de fato apoio matricial aos diferentes serviços e setores deste Grupo Hospitalar Conceição, onde diariamente devem circular 10.000 pessoas (ANEPS, 2012, p.10).

A diversidade de práticas presentes nas ações realizadas — como Saraus Culturais, Cineclubes, Oficinas de Artesanato com reaproveitamento de materiais, Oficinas de Tear e Tricô, Projeto de Sala de Espera participativo, Biblioteca para a Comunidade GHC, Formação em Contação de Histórias, Programas sobre saúde em Rádio Comunitária (Ponto de Cultura da Rede GHC), Práticas de cuidado com Reiki, Meditação, cuidados a partir das vertentes de matriz africana, arteterapia, oficina de mandalas, entre outras — nos permitem evidenciar aproximações com a experiência do *Ekobé*.

Ao debruçar-nos sobre o vivido nesses dois espaços com contextos e regionalidades diferentes, pudemos refletir sobre suas aproximações e singularidades — e surge o desejo de compartilhar esses aprendizados, somar conhecimentos e saberes. As possibilidades surgem e se tornam inéditos viáveis ancoradas, em parte, pelas oportunidades criadas pelos encontros e espaços supracitados e, por outro, em situações de crise vividas por alguns dos que protagonizavam o processo no contexto do GHC, a partir dos quais se deu o deslocamento de alguns desses sujeitos para vivenciar o cuidado de si que se realiza no *Ekobé*.

Espaços de cuidado como estes, em especial o *Ekobé*, promovem um certo *encantamento* pela forma acolhedora, produtora de cuidados com a saúde,

o corpo e com a vida das pessoas em suas singularidades ao despertar desejos, paixões alegres em experiências de cuidado coletivo, valorização do humano e da solidariedade. Como *paixões alegres* compreendemos, com âncora em Spinosa (1988), que são aquelas que aumentam nossa potência de agir e pensar, ao fortalecer nossa potência de existir.

Ser afetado por essas *paixões* também provoca e produz questionamentos, reflexões e construção de novos sentidos ao viver e ao existir. Quem passa por processos de cuidado dessa natureza, ressignifica seu viver e passa a ser protagonista de seu corpo e de sua vida.

Essas vivências produziram laços afetivos e solidários entre os sujeitos das respectivas experiências que, por sua vez, geraram movimentos de transformar desejos em *sonhação* — e as oportunidades iniciais vieram mais uma vez por meio das estratégias para materialização da PNEPS como possibilidade de apoio institucional para viabilizar a integração CE/RS.

Como percursos de educação popular, não se tratava de replicar uma experiência do Ceará, mas de recriá-la, contextualizando-a para as características do estado, acolhendo e incluindo as potências locais, mas trazendo sujeitos cearenses para o compartilhamento e apoio pedagógico considerando a caminhada trilhada no *Ekobé*.

Assim, foram organizados encontros de formação em práticas integrativas e populares de saúde no RS, tendo os facilitadores do *Ekobé* na condução metodológica desses processos, que envolveram dezenas de pessoas provenientes de diversos espaços, de movimentos sociais populares, serviços de saúde, universidades — e com apoio de alguns gestores municipais e entidades populares ou sindicais para viabilizar a logística. Encontros potentes que foram multiplicando caminhos como a *Tenda do Afeto* na região Sul do Rio Grande do Sul; as *Tendas Paulo Freire* na região Norte, o fortalecimento do *Chalé da Cultura* no GHC — e outras iniciativas de inclusão de algumas práticas de cuidado no SUS, nos espaços coletivos dos movimentos sociais e em espaços de formação.

Como tudo que é processual e em rede, novos caminhos, trilhas e teias se delineiam e a ANEPS, como articulação no RS, também se reconfigura: são criados novos coletivos de educação popular e também ocorrem deslocamentos de parte dos que protagonizavam o processo de articulação, antes com muita referência em Porto Alegre, para outras regiões do estado — e, no caso específico do Movimento de Mulheres

Camponesas, se espalha no Brasil e na América Latina, integrando e ressignificando as práticas de cuidado já presentes na luta das mulheres do campo e da floresta.

Nesse movimento espiralado, novas possibilidades surgem com as políticas de inclusão e descentralização da formação em saúde no Brasil, deflagradas nos Governos Lula/Dilma e a criação do curso público de graduação em medicina em Passo Fundo — e os diálogos entre educadores e educandos do curso de medicina e os movimentos populares do campo e da cidade. Há ainda a construção do programa de residência multiprofissional em saúde, como possibilidade de envolvimento dos trabalhadores do SUS.

Essas oportunidades se abrem junto à Universidade Federal da Fronteira Sul, que foi criada a partir da articulação das lutas e demandas dos Movimentos Sociais Populares da região Sul do Brasil, com a política de expansão e interiorização do ensino superior adotada pelo governo Lula — que se expressou na sua criação em 2010, com um caráter interestadual e multicampi (com presença no RS, SC e PR), tendo em sua natureza institucional ser uma universidade pública, popular e participativa.

Nessa mesma perspectiva, com um conjunto ampliado de segmentos sociais e no contexto da expansão das escolas médicas e do Programa Mais Médicos durante o governo da Presidenta Dilma, foi criado o Campus Passo-UFFS, vocacionado à área da saúde através do curso de graduação em medicina e com as residências em saúde médica e multiprofissional, a universidade pública com esse caráter popular se insere na região vinculada ao Sistema Único de Saúde, na parceria interinstitucional com prefeituras, hospitais públicos e filantrópicos da região e do estado. As ações de ensino que interagem com o SUS, em especial nos Componentes Curriculares de Saúde Coletiva que perpassam todo o curso de medicina, as residências médicas junto aos hospitais e à residência multiprofissional em saúde na parceria com o GHC vão constituindo um espaço de formação no SUS.

A entrada em cena, através de concurso público, de docentes com trajetória e acúmulo na educação popular e saúde, os diálogos e as perspectivas já existentes entre ANEPS/CE, *Espaço Ekobé/CE* com a ANEPS/RS encontram, nessa universidade federal, espaço fértil para compor parte dessa rede de formação e cuidados em saúde, tanto nas práticas pedagógicas do ensino, na graduação em medicina e residência multiprofissional em saúde e de medicina de família e

comunidade, como em programas e projetos de extensão e cultura e de pesquisa — numa interação dialógica e participativa.

Nesse novo contexto, os processos formativos em diálogo com o Ekobé são retomados com a inclusão dessa diversidade de atores e atrizes, mas tendo como lócus o município de Passo Fundo.

O diálogo com os atores e atrizes populares, estudantes, residentes e trabalhadores(as) da saúde, se fortalece nas iniciativas de Extensão da UFFS com as Oficinas de formação em Reiki, Reflexologia e Plantas Mediciniais, que passaram a ser realizadas todos os anos, com a parceria entre o Espaço Ekobé, a UFFS, as secretarias municipais de saúde e sindicatos, que possibilitaram a vinda dos educadores(as) do Ceará até Passo Fundo/RS.

Esses processos formativos vêm tecendo redes de cuidados junto aos diversos espaços em que atuam, em especial nas Estratégias de Saúde da Família de Marau, Passo Fundo e de outros municípios da região e no estado, em diálogo com cuidadores(as) populares.

As práticas integrativas e populares vêm incluindo os cuidados de saúde de estudantes de medicina que buscam o cuidado de sua saúde — e se transformaram num Programa de Qualidade de vida dos estudantes de medicina na UFFS. As questões relativas à equidade ganham força, tanto no cuidado e nas relações com as populações usuárias do SUS como internamente, na universidade, com o Núcleo de Gênero, de feminismo e de enfrentamento à violência, assim como o Núcleo de Acessibilidade e a Comissão de Igualdade Racial.

O novo percurso, entretanto, evidenciou diversas contradições que emergiram na recuperação do vivido, quando pudemos problematizar o processo para dele extrair reflexões e aprendizados.

A potência das ações realizadas carrega consigo contradições e fragilidades, que vão desde a possibilidade de serem enfraquecidas, a depender de quem dirige os espaços institucionais, até a cooptação por outras formas de abordagem. Além disso, como a proposta pedagógica do curso de medicina é “híbrida” e os serviços de saúde na região têm trajetória tradicional, a tendência de reproduzir o instituído é muito marcante e requer ferramentas para a análise crítica e problematizadora, tanto dos educadores(as) como de estudantes, da comunidade regional e dos serviços de saúde.

O debruçarmo-nos sobre o diálogo dessas experiências com o que elas vêm produzindo nos faz pensar em como a educação popular em saúde pode contribuir na articulação entre ensino-pesquisa e extensão e na interação entre ensino-serviço-comunidade — e nos remete às reflexões de Freire (2000), quando interroga: *o que conhecer? Para quê? Como? A favor de quê e de quem conhecer?*

Essas aproximações colocam questionamentos tais como: esses processos de formação servem para a construção de atores e atrizes transformadores(as) da realidade, das ideias e das relações ou tem servido para a adaptação, aceitação e reprodução do que existe no cotidiano dos serviços de saúde e das relações comunitárias? Qual o papel das universidades públicas na formação em/na saúde? Qual o papel dos serviços de saúde de suas equipes de trabalhadores(as)? Qual o papel das comunidades, dos territórios vivos e seus atores e atrizes populares na produção de saúde, de cuidado, de participação/controlado social do SUS e na formação de profissionais da saúde?

Estas e outras indagações podem ser trazidas para a reflexão no sentido de aprofundar e construir novos elementos para qualificar os processos formativos, de articulação, organização e cuidado integral à saúde da população.

3.3 Duetos entre o Sul e o Nordeste, produzindo polifonias sobre o cuidado e a formação em saúde

No tecer dessas redes, singularidades, aproximações e dissonâncias são desveladas entre as experiências que revelam os diferenciados contextos políticos, sociais e culturais. Considerando a perspectiva da educação popular, escutamos essas dissonâncias como possibilidades de perceber os inacabamentos dos sujeitos em seus territórios vivos e de vislumbrá-las como possibilidades de produzir polifonias como possibilidades de inclusão e acolhida das diferentes vozes para o aprender coletivo e em permanente movimento.

Entre as aproximações estão os diálogos com a extensão e os serviços de saúde. Em ambas as experiências, estas se configuram como possibilidades de ancorar a extensão na perspectiva popular, rompendo com a visão funcionalista ainda hegemônica nas universidades — e que muitas vezes se coloca a serviço do capitalismo global que visa transformar a Universidade em uma agência de extensão. Nesse sentido, recorreremos a Santos (2004), que convida a pensar

a extensão de forma alternativa ao capitalismo global e às Universidades, um posicionamento no sentido de aprofundar a democracia e o posicionamento na luta contra a exclusão social.

Esse processo vem, também, demarcando formas peculiares de protagonismo da extensão que se faz na interação e diálogo entre os diversos sujeitos individuais, coletivos e institucionais que são envolvidos em processos de aprendizagens significativas e transformadoras das realidades e das relações, na perspectiva que apontava Freire da extensão universitária como comunicação interativa e emancipação comunitária.

Ao mesmo tempo, a interação com as residências em saúde e estudantes de graduação dos cursos da saúde e de outras áreas, e o envolvimento desses nos processos formativos, aponta para a inclusão de outros modos de cuidar no contexto do SUS que se materializam com a inclusão de práticas integrativas de cuidado e pela construção de diálogos com as práticas populares.

Também como aproximação importante, sublinhamos o processo pedagógico ancorado nos princípios pedagógicos da educação popular e incluindo a vivência, os círculos de cultura, as oficinas, as rodas de conversa, as místicas e outras ritualidades advindas dos movimentos e organizações populares. Entre os princípios e dimensões pedagógicas comuns, podemos elencar a amorosidade, a construção compartilhada, a problematização e a solidariedade.

As dissonâncias que emergem nas duas experiências decorrem da diversidade cultural. O Ceará e toda a região Nordeste têm valores e práticas culturais que incluem os festejos, o brincante, o lúdico, a arte popular e suas expressividades criativas, promovendo o encontro de corpos, mentes e almas que se materializam em abraços, rodas, corredores de cuidado, entre outros. No Sul, os encontros se dão de um modo mais formal, com menos aproximação física, mas imbuídos de muita solidariedade e afetos, como se viveu nas rodas de chimarrão ou mateadas, nas cantigas, nas rodas de conversa, nas expressões da arte na rua, da poesia gaudéria, nas danças e nas mais variadas formas de expressão cultural permeadas pelas contradições da cultura tradicional ou das possibilidades transformadoras.

No entanto, o ir e vir dos diversos sujeitos envolvidos na tessitura dessas redes tem produzido aproximações com essas expressões e ritualidades, permitindo que estes, percebendo-se inacabados e permitindo-se o aprendizado

com o outro e a outra, reconfigurem e ressignifiquem esses modos de sentir, pensar e fazer.

As aproximações junto aos(as) gaúchos(as) vão possibilitando o desvelamento das durezas impostas por um processo de desenvolvimento histórico-cultural de distanciamento e alienação da dimensão corporal e afetiva, dando lugar à sensibilidade, ao afeto, à criatividade e a toda sua potência de vida e de perceber-se como um ser humano inacabado e em permanente construção.

Essa rede foi produzindo relações interativas, solidárias de cuidado e de formação que contribuíram nos processos de transformação humana e existencial de muitas pessoas engajadas. Estas, ao elucidar suas crises existenciais, questionamentos e fragilidades, também puderam, nessa interação, identificar suas potencialidades e construir ferramentas individuais e coletivas para compreender, analisar e buscar formas de superação, de cura, de libertação e emancipação.

Nesse sentido, foi importante lançar mão das ferramentas de cuidado presentes e propostas nas práticas populares e integrativas, a fim de que cada ser em si pudesse se ressignificar e (re)existir na interação, compaixão e solidariedade coletiva.

Essas práticas têm potencialidade imensurável na construção de ferramentas de que as pessoas vão se apropriando e qualificando para dar conta da superação das lacunas, dificuldades, fragilidades e contradições humanas produtoras de sofrimento e também de adoecimentos. Trazem as estratégias de cura, de cuidado e de resistência da ancestralidade, das identidades de cada etnia, de cada região, com seus rituais e simbologias — e fortalecem a autonomia, a alteridade e a empatia dos atores e atrizes envolvidos.

Muitas situações de sofrimento pela violência, pela desigualdade social e pobreza, pelo preconceito, racismo ou outras formas de violação de direitos encontram, nas experiências populares de luta e resistência, lugar para o acolhimento, a problematização, cuidado amoroso e busca de superação individual e coletiva.

Corroborando nessa perspectiva Boff, ao afirmar que:

Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa colocar o interesse coletivo da

sociedade, da comunidade biótica e terrenal acima dos exclusivamente humanos. Significa colocar-se junto e ao pé de cada coisa que queremos transformar para que ela não sofra, não seja desenraizada de seu habitat e possa manter-se, desenvolver-se e co-evoluir junto com seus ecossistemas e com a própria Terra (BOFF, 1999, p. 17).

Por isso, essas teias entrelaçam o ensinar/aprender e o cuidar/ser cuidado numa relação educativa circular e dialética dinâmica, onde o conjunto das pessoas envolvidas se transformam e ressignificam o existir nessa trama da grande teia que envolve as diversas formas de vida no planeta.

Essa dinamicidade presente nas dinâmicas populares coletivas em suas mais variadas formas não cabem nos protocolos assistenciais dos serviços de saúde. Desse modo, mesmo que as práticas integrativas e complementares se implementem e se fortaleçam no SUS, não podemos abrir mão dessa interação com as práticas populares. Essa relação fortalece a essência do cuidado e impede que essas práticas integrativas por natureza e complementares no sentido de produzir diálogos com o SUS, sejam capturadas pela lógica hegemônica dos tratamentos de saúde, muitas vezes verticalizados e produtores de dependência e alienação do cuidado por parte dos usuários dos serviços de saúde.

4. Pontos de Chegada: aprendizados de uma rede em construção

As experiências de educação popular em saúde vêm constituindo-se como espaços de práticas não hegemônicas, mas que apontam para a reinvenção nos modos de cuidar e produzir saúde, de tecer redes que se movimentam pela ação dos sujeitos — e, por isso mesmo, carregam suas potências, suas fragilidades e suas contradições.

As práticas populares de cuidado surgiram como diferencial ao trazerem dimensões como a estética, a ética, a espiritualidade e a afetividade para a construção dos processos formativos, organizativos e comunicativos da luta popular — e fazem vislumbrar possíveis diálogos entre serviços de saúde, movimentos sociais e academia.

A diversidade de práticas ao desvelar os inacabamentos de cada experiência sublinha a potência de complementariedade e de possibilidades

emancipatórias na articulação de redes para seguir na luta, especialmente frente às mudanças conjunturais, quando o apoio institucional se inviabiliza.

A arte como dimensão humana e força impulsionadora do cuidado de si e do outro se expressou de forma significativa — e ganha novos sentidos nos processos educativos que perpassam o cuidado, a organização, a articulação e as resistências populares.

O cuidado em rede como expressão de amorosidade e compromisso com a defesa da vida e de tudo que trilha nesse caminho evidenciou sua essência e fortaleza.

Ao mesmo tempo, evidenciou a potencialidade que seria a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde nos diversos espaços e serviços, assim como os desafios que isso exige.

A articulação produzida pela ANEPS e seus sujeitos instituintes, entre diferentes atores e atrizes sociais na construção do Sistema Único de Saúde e de espaços de formação e de cuidado integral à saúde da população vem construindo e dando visibilidade a essas formas populares de fazer cuidado, formação, lutas, participação e controle social — invisibilizadas e fragmentadas no contexto nacional antes da criação da ANEPS.

O protagonismo dos estudantes das graduações da saúde e de outras áreas e residentes em saúde que se engajaram na ampliação dos espaços de formação, de cuidado e de inserção comunitária abriu espaços e horizontes para uma formação humanizadora e promotora de empatia, vínculos e implicações com as necessidades de saúde da população, assim como possibilitou a abertura a novos olhares, novas lentes para ver além do instituído — tecer novos fios nessa rede pedagógica de aprender a cuidar das pessoas cuidando e cuidando no SUS.

A articulação com gestores municipais e com os espaços de participação popular, como as Conferências e Conselhos de Saúde, foi outro elemento central dessas construções em rede.

Essas tessituras em rede se entrelaçaram em novos fios que vêm conduzindo desdobramentos em experiências de trabalho intersetorial envolvendo várias secretarias públicas com círculos de cultura em escolas, comunidades e incluindo as diversidades e as pessoas com necessidades especiais, os que vivem em assentamentos, as mulheres, os homens, as crianças, os jovens e idosos na trama do cuidado com a vida e seus desafios cotidianos. Produziu, também, encontros locais,

regionais, nacionais e internacionais como sementes do hoje e do amanhã, trazendo o legado de Paulo Freire e dos que já partiram dessa dimensão e seguem sendo luz.

Assim, em contextos sombrios como o que estamos vivendo, o desafio colocado é de manter os atores e atrizes articulados para o fortalecimento do SUS, da implantação de suas políticas específicas, da defesa da educação pública, dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários. Sabe-se que, corroborando com Giovanella (2012, p.8), as políticas públicas têm um ciclo de construção (de formulação, criação, implantação e implementação com avaliação, monitoramento e qualificação) — e o avanço ou recuo das mesmas depende dos atores sociais engajados e de suas intervenções.

Nesse sentido, se os setores organizados das classes populares, de profissionais de saúde, estudantes e educadores não se mobilizarem, corre-se o risco das conquistas, construídas com muita luta no Brasil e na América Latina na defesa da vida e dignidade, vir a ser golpeadas.

Por fim, destaca-se a importância das mobilizações em defesa de todas as vidas, pois todas têm seu valor na grande teia da vida planetária.

Referências:

- ARROYO, M. A prática educativa como processo de construção de sujeitos. In: Seminário sobre Educação Popular e Saúde no Contexto da Promoção da Saúde: seus sujeitos e espaços e abordagens, 2., 2001, Brasília. Conferência proferida... Brasília, 2001.
- BOFF, L. Do iceberg à Arca de Noé: o nascimento de uma ética planetária. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- DANTAS, V. L. A. Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza. Doutorado. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009.
- DANTAS, V. L. in Cruz, P. J. S. C.(org). Educação Popular em Saúde: desafios atuais – 1 ed. – São Paulo : Hucitec, 2018.
- DELORY-MOMBERGER, Christine. Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. In: Educação e Pesquisa. São Paulo, v. 32, n. 2, p. 359-371, mai/ago, 2006.
- DEMO, Pedro. Participação é conquista: noções de política social participativa. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996
- FREIRE, Paulo. Educação como prática da Liberdade. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- _____. Pedagogia do oprimido, 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2000. (Coleção Leitura).
- GIOVANELLA, L., et al. orgs. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora



- FIOCRUZ, 2012. 2nd. ed. rev. and enl. ISBN 978-85- 7541-349-4. Available from SciELO Books.
- LIMA, Ray F. Feira do soma sempre e a produção do comum [Internet]. Blog Rede Humaniza SUS; 2009 [citado 10 Fev 2018]. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/7391-feira-do-soma-sempre-e-a-producao-do-comum/> [Links]
- _____. Carta à Josevânia Dantas III [Internet]. Blog Cenopoesia do Brasil; 2014 [citado 22 Dez 2018]. Disponível em: <http://www.cenopoesiadobrasil.blogspot.com/2014/09/carta-josy-dantas-iii.html>
- PALUDO, Conceição. Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2001
- PULGA, Vanderléia. Mulheres Camponesas Plantando Saúde, Semeando Sonhos e Tecendo Redes de Cuidado e Educação em Defesa da Vida, 2015. (Tese de Doutorado em Educação - ênfase na Saúde). Faculdade de Educação. Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.
- _____; COSTA, F. S. da; MARTINO, A; AMORIM, A; CHARNEY, A; STOBBE, J.C. A formação médica na produção de redes de cuidado e de educação em saúde: reflexões a partir da experiência da saúde coletiva do curso de medicina da UFFS/PF. ISSN 1982-8829 Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 9(4), 199-215, dez, 2015.
- PEDROSA, J.I.; OLIVEIRA, M.W. Apresentação. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18. supl. 2, p. 1157-1158, 2014.
- SANTOS, B. S. P. A Universidade no século XXI. São Paulo: Cortez Editora, 2004.
- SPINOZA, B. Tratado teológico-político. Tradução, Introdução, e notas de Diogo Pires Aurélio. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1988
- TOURAINÉ, A. Palavra e sangue: política e sociedade na América Latina. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)/Trajetória, 1989.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, fev. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 de março de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100009>.

DIÁLOGO DE SABERES PARA LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE SALUD COMUNITARIA: INTERCULTURALIDAD Y AGROECOLOGÍA

Vivian Tatiana Camacho Hinojosa

Introducción

La construcción social de salud nos obliga a reflexionar ¿cuál es la salud que queremos?, ¿cómo la hacemos posible?

Desde estos cuestionamientos, se hace necesario superar el paradigma monocultural dominante de la cultura hegemónica, que nos ha heredado un imaginario inconcluso de salud que nos aprisiona dentro de un modelo hospitalocéntrico, basado en el asistencialismo vertical, cuyos conflictos de interés con las corporaciones fármaco químicas y el complejo médico industrial evidencian que su interés principal es la economía de mercado y no la salud de la población. Este modelo monocultural lucra con la enfermedad y destruye la salud.

Como propuesta urgente para la salud de las comunidades emerge la posibilidad del encuentro de saberes, de un diálogo entre las culturas, coexistimos miles de culturas en este tiempo en el mundo; los pueblos indígenas poseen saber acumulado a través de la historia que merece reconocimiento y promoción; en respuesta a las crisis globales que enferman y contaminan nuestro ambiente natural.

Contamos con la Interculturalidad para facilitar este diálogo, desde el respeto y equilibrio como posibilidad de encuentro para generar respuestas locales que construyan ambientes y vidas saludables.

La agroecología nos convoca a este diálogo de saberes para la producción y reproducción de la totalidad de la vida; el alimento, las relaciones humanas, las relaciones con el cosmos, son contempladas desde la agroecología que promueve el respeto a los saberes campesinos para el cuidado de la Madre Tierra.

La salud que queremos, es inclusiva libre de racismo, respetuosa de las cosmovisiones ancestrales, humana desde el cariño y el servicio a un ser que viene para calmar su dolor, intercultural desde los saberes que se complementan

y fortalecen mutuamente, agroecológica porque cuida la Madre Tierra y se construye desde las condiciones de vida digna para nuestros pueblos.

Antecedentes

Interculturalidad Contrahegemónica

Entendemos Interculturalidad como la valoración y el respeto del otro, un proceso de intercambio desde la diversidad y la complementariedad.

Desde una mirada crítica y emancipadora necesitamos un abordaje de Interculturalidad que supere las relaciones mercantilistas de salud (ejm. Dialogo con esta cultura en su idioma para venderle nuevos productos de salud o imponer programas de salud ajenos a la realidad cultural); las relaciones de poder económico injustas y dolorosamente asimétricas en el mundo, han impuesto una interculturalidad mercantil; que debe ser superada desde una Interculturalidad Contrahegemónica que transforma el orden dominante de injusticia social, hacia un nuevo proceso histórico del mundo donde la dignidad humana y el respeto por diversidad de la vida son el componente central.

La Interculturalidad Contrahegemónica se torna en facilitadora del diálogo de respeto entre los saberes conocimientos y prácticas entre la diversidad de miradas de mundo, que no solamente dialogan entre diferentes, sino que se complementan entre sí y fortalecen sus propios mecanismos y acciones en favor de los pueblos; que de manera equilibrada buscan convivir en armonía y respeto.

“La interculturación implica un triple proceso: afectivo (trato humano, no discriminatorio), cognitivo (entender el sentido de las diferencias culturales y metabolizarlas) y político (empoderamiento de las comunidades...)”

Desde esta propuesta emerge la Complementariedad no solamente como concepto sino como premisa de acción emancipadora en favor de las comunidades.

Determinación Social de Salud

El mundo se enfrenta a una crisis de salud global que se caracteriza por las crecientes desigualdades, emergen nuevas amenazas a la salud. La actual pandemia

en curso de Covid19, no hace más que reflejar esta indiscutible realidad.

Los procesos de globalización mercantil capitalista han sumergido al mundo en una injusticia social y económica sistemática y estructural, el 1% de la población mundial secuestra en sus manos la riqueza del 99% restante. Por tanto hay una distribución alarmantemente desigual para los recursos precisos para la salud de la población, afectando directamente a las poblaciones más empobrecidas.

La salud es un asunto social, económico, y político, sobretodo es un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia social se consideran las raíces de la enfermedad y muerte de los sectores empobrecidos y marginados de la sociedad. La salud para todos significa desafiar los intereses de los poderosos, oponernos a toda forma de injusticia sometimiento y dominación de los pueblos, las prioridades políticas y económicas tienen que cambiarse drásticamente hacia el cuidado de la vida, no del mercado global.

Más allá de enlistar y enumerar las “Determinantes” sociales de la salud (ejm: educación, vivienda, trabajo digno, seguridad alimentaria, protección social y acceso universal a la salud) como pretenden algunos documentos; es urgente considerar la base estructural de estas determinantes, que consiste en relaciones de poder desiguales, desigual acceso a recursos y toma de decisiones. Estas inequidades en conjunción con la discriminación institucionalizada desde varios ejes como clase, raza, género, etnicidad, edad, etc.; profundizan la inequidad en salud.

Es esencial trabajar estructuralmente sobre la Determinación social de Salud”, no solamente una lista determinada de “Determinantes”; para superar las crisis económica, ambiental, alimentaria, etc.

La determinación social se planteó en Latinoamérica, como categoría de análisis indispensable para trabajar la realidad en sus diversas dimensiones, una respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo que ha considerado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad sin analizar los procesos estructurales. Este enfoque devuelve a la salud su carácter complejo y multidimensional.

Una Salud Integral depende la determinación social de la salud: la sustentabilidad soberana de la producción y reproducción de la vida (agua, tierra,

territorio, alimento); la vigencia de relaciones sociales solidarias; el cuidado integral de los ecosistemas.

Desde la Determinación Social de salud, es una consideración urgente, subvertir el orden dominante de la hegemonía neoliberal capitalista hacia un nuevo sistema de vida que cuide la vida, desde la pluralidad de visiones de mundo emerge un Paradigma Civilizadorio importante para esta propuesta: El Sumaq Kawsay, Buen Vivir como la convivencia y acción en equilibrio y respeto con la Madre Tierra.

Salud es Derecho Humano no Mercancía

La salud es un reflejo del compromiso que una sociedad toma para abogar por la equidad y la justicia. La salud y los derechos humanos deben prevalecer por encima de los intereses mercantiles globales.

Desde el grupo de trabajo de Salud Global, nos reunimos varios representantes de la sociedad civil. Para aclarar y proyectar el rol de la sociedad civil dentro de la toma de decisiones sobre las políticas públicas globales, “que no hagan para nosotros, sin nosotros”. Los representantes de la sociedad civil como observadores y deben ser consultados para la planificación y abogacía de los derechos humanos, del derecho a la salud específicamente. Desde una visión comprometida buscar soluciones o siempre acorde al respeto de los derechos humanos, para tomar mejores decisiones; libres de conflictos de interés y de la influencia del sector privado que solamente vela por el lucro y la ganancia sin considerar la salud como derecho, ya que la trata como mercancía.

Vemos con preocupación las iniciativas de filantropía privada, estas no son organizaciones democráticas, son un club cerrado de poderosos que tienen elevado poder económico. Existe un gran riesgo de que el filantropocapitalismo junto al sector privado gane mayores espacios de decisión dentro de la OMS.

Pese a diversas observaciones y cuestionamientos que se le hace a la OMS, esta necesita de la sociedad civil para tener legitimidad, fortalecer la voz de la sociedad civil y reorientar la OMS hacia la Democratización de la Gobernanza en Salud, lograr una participación formal de la sociedad civil.

Desde las denuncias respecto al derecho a la salud nuevamente quedan

temas pendientes en el sur global; los programas de HIV, Tuberculosis, Dengue, Chagas, Malaria entre otras, que denotan fuertemente una gran barrera no solamente de acceso a la salud, sino que la inequidad es parte de estos problemas.

La pandemia trae asuntos que fueron ignorados o invisibilizados dentro de la sociedad en general, como el abandono y la injusticia social en el que viven millones de habitantes hoy día. Varios servicios esenciales de salud fueron abandonados por causa de la pandemia, el acceso a medicamentos se ha restringido por la cuarentena, la severa injusticia social empeoró las condiciones de vida y salud de millones de seres humanos durante la pandemia. Denotando que el derecho a la salud continúa siendo vulnerado en el mundo.

Revalorización de saberes comunitarios ancestrales

Se hace preciso generar puentes de diálogo de saberes que proporcionen respuestas colaborativas e integrales, considerando los saberes ancestrales.

Para acercarse a la comprensión de la ancestralidad viva dentro de las comunidades andinas tomo como ejemplo para este texto al pueblo Quechua que es parte del Tawantinsuyu, debemos primeramente revisar algunos enunciados, como ser:

El universo, el mundo, el ser humano conforman una unidad armónica y en equilibrio. El equilibrio se establece entre opuestos complementarios como: cálido-frío, femenino-masculino, noche-día, arriba-abajo, vejez-juventud, sol-luna.

La Tierra es la fuente de la vida. No se lucha contra la naturaleza sino se es parte de ella y por ello se la respeta, entiende y aprecia como a una Madre.

Todas las cosas se comunican unas con otras. Dentro de esta cosmovisión existe un paralelismo entre los procesos humanos-sociales y los procesos naturales-ecológicos. Existe también un paralelismo entre los procesos naturales y sobrenaturales entendidos desde la propia espiritualidad ancestral.

Las antiguas civilizaciones precolombinas organizaron sus territorios en base a los movimientos del cosmos, teniendo como principal referencia al Sol (Tata Inti), a la Luna (Mama Quilla), la Cruz del Sur (Chakana), sumados a una serie de constelaciones y figuras estelares que involucran a la Vía Láctea y todos los movimientos de estos, alrededor de la Tierra. Logrando identificar centros rituales ceremoniales como observatorios de los astros. Identificando además los

ciclos vitales de todos los seres vivos dentro de estos ciclos, tal es así que aún está vigente el calendario agrícola ritual de siembras y cosechas, aún están vigentes las celebraciones rituales de nacimientos y defunciones, incluso tenemos la fiesta de “Todos Santos” cuando recibimos a las almas de nuestros ancestros que visitan y bendicen nuestras vidas.

Es dentro de este complejo contexto y entramado cultural que se hace preciso buscar la construcción de puentes de diálogo desde las concepciones del mundo moderno convencional hegemónico y las miradas desde el mundo indígena ancestral, desde la revalorización de saberes ancestrales que constituyen identidad y resistencia cultural, además de contribuir a la diversidad que nutre y fortalece los tejidos de vida comunitarios.

Descolonización en Salud

La descolonización es el proceso mediante el cual un territorio logra la independencia de un poder colonial al que se encontraba sometido, es la práctica emancipadora que desde las raíces ancestrales emerge como lucha por la autodeterminación y construcción de un futuro propio, desde nuestra identidad indígena; podemos entenderla como el proceso para recuperar la soberanía y dignidad campesina indígena liberándonos de la esclavitud financiera externa capitalista.

Planteamos la Descolonización como horizonte civilizatorio para la humanidad el Vivir Bien con justicia social y equilibrio con la Madre Tierra. En Bolivia celebramos Día de la Descolonización el 12 de octubre.

Decolonialidad es un término utilizado principalmente por un movimiento académico latinoamericano para comprender la modernidad en el contexto de una teoría política crítica, que busca reencontrarse con las comunidades y reivindicar el saber de los pueblos indígenas del Abya Yala.

Ambas definiciones son propias basadas en la investigación social en salud que realizamos los últimos años. Como invitación a la investigación y construcción colectiva de estos procesos emancipadores que nos convocan a retomar las raíces profundas del Abya Yala.

La Descolonización como propuesta emancipadora de los últimos años, nos

reorienta a redescubrirnos como culturas ancestrales de profunda sabiduría y belleza, para reencontrarnos con la armonía y cuidado de la vida en su totalidad, del respeto a la espiritualidad ancestral gracias a la cual hemos sobrevivido los pueblos indígenas del mundo. El diálogo de saberes, intercientífico e inter y trans disciplinario nos apoya para reencontrar la fuerza ancestral, que el mundo actual en guerra consigo mismo, necesita para lograr la cultura de paz que anhelamos profundamente

La Salud debe atravesar este proceso de reencuentro profundo con las raíces ancestrales de los pueblos del mundo como proceso de Descolonización de la Salud.

Despatriarcalización del pensamiento médico

El Estado Plurinacional de Bolivia ha iniciado un proceso de Descolonización con la finalidad de desmontar las estructuras coloniales y republicanas de normas, pautas y actitudes cotidianas de patriarcado, racismo y discriminación, que sostienen estas diferencias de jerarquías y privilegios, la propuesta es superarlas y construir una sociedad justa y armoniosa bajo el principio de que “Todos nacemos iguales en derechos y en dignidad.”

La despatriarcalización es la subversión del orden patriarcal, asentado en las estructuras familiares, comunales y estatales. Es un proceso de liberación del pensar, sentir y conocer de las mujeres que busca su emancipación y empoderamiento por medio de:

- La desestructuración de las relaciones de poder que reproducen la subordinación y opresión de los pueblos, jerarquizan las relaciones entre hombres y mujeres e impiden la democratización del sistema político y el acceso de las mujeres a los espacios de decisión política;
- La transformación del modelo productivo y de las formas de redistribución de la riqueza, los ingresos, la reproducción y el trabajo, bajo el paradigma del Vivir Bien en armonía con la naturaleza;
- La redistribución del trabajo doméstico y el cuidado de la familia, como una responsabilidad familiar, colectiva y pública.

El empoderamiento se entiende como un proceso de la desigualdad de género que conduce a lograr una autonomía individual, a estimular la resistencia y la organización colectiva.

La emancipación de pueblos y mujeres solo será posible cuando los nudos del colonialismo interno y el patriarcado se desmoronen por obra de las políticas públicas y el protagonismo político de hombres y mujeres desde sus identidades, sentires y saberes.

El pensamiento médico hegemónico patriarcal, sigue vigente desde el inicio mismo de la existencia de las Universidades en el mundo, a las cuales en aquel tiempo, no eran admitidas las mujeres. La lucha por nuestros derechos a la educación, al trabajo digno y a la salud desde el enfoque de despatriarcalización, es urgente. Un ejemplo todavía vigente de esta imposición patriarcal de mentes patriarcales pensando los cuerpos de mujeres, es la posición acostada (litotomía) durante el momento del parto; esta posición es cómoda para quien observa y atiende, pero es contraproducente y antifisiológica para las mujeres que son obligadas a esta postura antinatural.

Desde el enfoque de Interculturalidad y Salud junto a la despatriarcalización de la salud, se vienen trabajando distintas experiencias de humanizar la atención del parto, respetando el saber de las parteras ancestrales, las ceremonias del parto, el empleo de flora medicinal para la prevención de complicaciones antes, durante y después del parto; el cuidado del recién nacido y la estimulación de la lactancia materna como parte de la cosmovisión ancestral, en relación al equilibrio con el cosmos, bendiciendo con ceremonias de fuego sagrado y baños de flores el camino de la criatura recién nacida que llega a traer nuevos dones y alegrías a la comunidad.

Dignificación de la Vida Campesina desde la Agroecología

La Madre Tierra nos alimenta con el agua, con sus frutos y nos da cobijo; cuando ella está sana, nosotros tendremos salud; los agroquímicos envenenan el aire, el agua, la tierra y nuestros cuerpos. Ante este modo de producción agroindustrial que prioriza el mercado y no soluciona el hambre del mundo, sino que lucra con ello; proponemos la Agroecología, la agricultura familiar campesina en equilibrio con la naturaleza.

La Agroecología como propuesta social para la producción campesina, busca de manera sustentable y saludable, generar producción de alimentos libre de productos agrotóxicos, que causan muchos problemas de salud, no solamente

por la exposición a los mismos (como en la intoxicación por agrotóxicos), sino también por su consumo como parte de los alimentos producidos con estos.

Existen prácticas agroecológicas que de manera integral, promueven el cuidado del cultivo, del terreno, del agua y de las personas. Algunos ejemplos:

- Diversificación de producción: en el caso de la chacra andina o de la millpa mesoamericana tenemos casos de asociación de cultivos, maíz con frijoles y con alguna planta rastrera o trepadora (por lo general algún tipo de cucurbita o calabacita y frijoles); Estas asociaciones provienen del saber ancestral de los pueblos, nutren el suelo y a la vez protegen de plagas;
- Otro tipo de práctica involucra a las plantas medicinales como parte del cultivo, por ejm: lavanda, romero, salvia u otras plantas de aroma intenso, cuidan al cultivo de algunas plagas;
- Los fertilizantes orgánicos, nutren el suelo y además pueden ser elaborados artesanalmente, sin riesgo alguno para la persona ni para la producción;
- Las flores dentro del cultivo promueven el trabajo de los polinizadores naturales, por lo tanto son benéficas para los cultivos asociados, además de tener un enfoque integral de diversidad de especies vegetales que conviven y se apoyan mutuamente.

Estas prácticas son integrales, libres de agrotóxicos, por lo tanto ayudan a cuidar la salud de manera directa. Previniendo la intoxicación que producen los agrotóxicos, muchas veces por descuido o por mala manipulación de los mismos. Además esta producción orgánica de manera agroecológica, nos regresa a la concepción de salud integral “que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento”.

Actualmente existen proyectos y programas en Bolivia que se han dedicado a promover la agroecología y la producción campesina respetando los saberes ancestrales, junto al calendario agrícola ritual que está relacionado a los movimientos del sol y la luna, a los ciclos de lluvia y tiempo seco para el cuidado de la Madre Tierra, orientada directamente a la producción de alimento saludable.

Desde el enfoque de la medicina tradicional ancestral, el alimento cuida de nuestro ser físico y también de nuestro ser espiritual, este enfoque fortalece la identidad cultural hacia la soberanía alimentaria.

La agricultura familiar campesina, el cuidado de los saberes ancestrales

de los pueblos indígenas para la producción de nuestro alimento, constituye un ejemplo directo del cuidado de la vida.

La dignidad de los pueblos campesinos ha sido mellada durante siglos, desde el pensamiento hegemónico que desvaloriza el trabajo manual para producir alimento; sin embargo, ante las crisis alimentarias que padece el mundo, son los campesinos que subvencionan la alimentación global con su trabajo esforzado y honesto. Es la dignidad campesina la que solidariamente está cuidando de las comunidades más vulnerables para que no pasen hambre durante la pandemia.

Diálogo de Saberes entre la Medicina Académica Convencional y la Medicina Tradicional Ancestral

Desde experiencias de trabajo comunitario en mutuo aprendizaje y coordinación con la academia, se propone el Diálogo Intercultural e Intercientífico para el fortalecimiento de las ciencias de los pueblos originarios, para encontrar las maneras más óptimas de compartir sabidurías, conocimientos y sentimientos, siendo capaces de desarrollar una actitud de mayor respeto y sentimiento ante otras formas de conocimiento con humildad y solidaridad, que nos enseñe a construir desde la diversidad biocultural.

A partir de estos enfoques podemos avanzar a la construcción de este diálogo desde la pluralidad de visiones de mundo, con sus propios valores y métodos dentro de las diferentes comunidades de conocimiento, tanto en la academia como dentro de los territorios indígenas.

Una muestra dura y directa de la necesidad de complementariedad de saberes es un momento crítico y delicado como es la atención del parto y nacimiento, por causa de la violencia obstétrica institucional (muchas veces desde una actitud racista), muchas hermanas indígenas prefieren quedarse en sus comunidades sin acudir a controles prenatales, mucho menos a la atención del parto institucional; sin embargo existen ejemplos exitosos donde las parteras y parteros hacen parte del sistema atención de salud en complementariedad de saberes y respeto mutuo con el personal de salud institucional.

Un ejemplo institucional pionero en Bolivia es el trabajo de la Dirección de Medicina Tradicional dentro de la Caja Petrolera de Salud, que ha involucrado prestadores de servicio de la Medicina Tradicional Ancestral, a nivel nacional.

En la revista informativa de Medicina Tradicional de la Caja Petrolera de Salud, se mencionan los servicios que ofrece el Consultorio de Medicina Tradicional, contando actualmente con estudios de caso y estudios epidemiológicos de las etnopatologías detectadas en consulta; con la siguiente cartera de servicios:

- Consejería y orientación sobre el uso de recursos naturales: plantas medicinales, productos minerales y otros de origen animal para el tratamiento de diversas enfermedades;
- Aplicación de terapias ancestrales de armonización en casos de: ánimo decaído, susto, infortunio y problemas de orden no específico pero que afectan a la salud;
- Diagnóstico de problemas de salud mediante método ancestral relacionadas con las costumbres, creencias y tradiciones;
- Consejería y orientación nutricional para la prevención de diversas enfermedades;
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas con vías digestivas, vías respiratorias, hígado, riñones, dolor en bajo vientre o abdomen, defensas bajas, nervios, corazón y otros de según al caso;
- Aplicación de terapias y fricciones para el tratamiento del dolor de huesos, músculos y articulaciones;
- Aplicación de masajes en caso de: estrés, ansiedad, depresión, dolor de cabeza, mal de aire o parálisis facial.

En el siguiente cuadro se elabora una síntesis de diferencias y similitudes entre las diferentes concepciones de salud

Componentes	Sub-sistema médico tradicional naturista y herboristería	Sub-sistema médico tradicional ancestral de tratamiento espiritual	Sub-sistema de Intervención de salud convencional y salud mental
Espacio de Intervención	_El cuerpo de la persona _Casa de la médica tradicional _Casa del enfermo _Casa de la familia	_El ajayu y las energías de la persona, la familia, la comunidad, la naturaleza, los lugares sagrados y las deidades ancestrales _Wak'as	_Dentro del centro de salud institucional convencional. _Dentro del sistema de protección formal como fiscalía, juzgado para solucionar conflictos.

Agentes de Intervención	_Medicina Naturista, Hierberas _Parteras _Kapachaqueras	_Lugares Sagrados y sus deidades ancestrales _Amawthas y Yatiris y Chámakanis	_Personal de salud médico convencional, trabajadores sociales. _Abogados, jueces. _Personal de psicología
Prácticas	_Masajes o frotaciones _Sahumerios _Emplastos _Baños _Preparados naturales	_Amawtha resuelve temas espirituales, equilibra y armoniza; identifica malestares físicos para derivar a Naturista. _Ritual de lectura de coca y ceremonia de ofrenda de mesas para la Pachamama	_Diagnóstico clínico convencional. _Técnicas terapéuticas de intervención o coordinación multidisciplinaria e intersectorial. _Referencia, seguimiento y contrareferencia.

La Medicina Tradicional Ancestral, es contemplada desde la Declaración de Alma Ata 1978, reafirmada en el documento de Recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel Alma Ata 40 años 2019, promovida desde la Política de Etnicidad y Salud de la OPS, como parte de los Derechos colectivos de los pueblos indígenas al respeto a la identidad cultural y empleo de la medicina ancestral dentro del Convenio 169 de la OIT y los Derechos de los Pueblos Indígenas de la ONU.

Desde estos convenios internacionales signados por los países de la región, es un compromiso y deuda social con los pueblos indígenas, trabajar en reconocimiento y respeto junto a la Medicina Tradicional Ancestral como parte de los Sistemas Universales de Salud de cada país. Salud como Derecho Humano con identidad cultural, diálogo de saberes desde la Interculturalidad y complementariedad.

Avanzando hacia el Sumaq Kawsay: Buen Vivir/Vivir Bien

Dentro del paradigma del Buen Vivir se entiende que “La tierra no es nuestra, no nos pertenece, nosotros pertenecemos a la Tierra, ella es Madre Tierra, Pachamama”, por lo tanto es urgente considerar la Salud de la Madre Tierra ante la amenaza cada vez más grave a causa de la convergencia entre el cambio climático, la crisis energética y financiera, crisis de agua y producción de alimentos, etc.

En necesario continuar construyendo desde la complementariedad de saberes: Mirada Indígena Ancestral / Mirada Occidental Moderna, ambas

miradas pueden complementarse y dialogar; cada cultura resuelve desde sus puntos de vista, capacidades y recursos, el sentido y eficacia mágica-médico se da en la propia trama cultural de la modalidad de sanación; desde la ancestralidad relacionada directamente con los vínculos con la Pachamama.

El paradigma emergente del Sumaq Kawsay desde la sabiduría ancestral de los pueblos indígenas, que nos guía hacia una transformación civilizatoria para la humanidad, superando la mercantilización capitalista de la vida y de los seres humanos que son tratados indignamente como residuos o como mercancía; proponemos el Vivir Bien como horizonte para el amanecer de nuestros pueblos lejos de la noche neoliberal; donde el respeto a la Pachamama, a la espiritualidad ancestral propia de cada pueblo, junto a la justicia social donde todos vayamos juntos y nadie se quede atrás, sea posible; que nadie muera de hambre, de sed o por violencia, sino que tengamos la abundancia distribuida justa y dignamente para las comunidades humanas en equilibrio con la Pachamama.

Desafíos

Este tiempo de pandemia global, nos refleja indiscutiblemente que la injusticia social es una de las primeras enfermedades que debemos erradicar, no basta con que un virus amenace la vida; antes de la pandemia ya estaba el mundo bajo la amenaza de destrucción por causa de la codicia capitalista corporativa global; el hambre y el dolor humano alimentan la necropolítica del poder en el mundo actual. El facismo reemergiendo en el mundo, ganando sitios de decisiones públicas en algunos países, nos refleja que aún queda mucho camino por recorrer para superar el racismo y el complejo de superioridad de la supremacía blanca, que es simplemente la mutilación para el sentido de belleza, crecimiento y fortaleza que aporta la diversidad a la vida entera.

Somos una misma humanidad, conviviendo en una casa común, es tiempo de reencontrar las fuerzas, los caminos, sumando cariños y esfuerzos desde nuestras comunidades de vida para transformar realidades dolorosas, en futuros viables para quienes vienen después de nosotros. Nuestros abuelos y abuelas, las fuerzas ancestrales, sembraron para nosotros un camino de belleza y dignidad, es tiempo de tomarnos las manos y recorrerlo juntos.

Conclusiones y Recomendaciones

Desde tiempos milenarios quedan en la memoria de nuestros pueblos, saberes profundos que nos comunican con el mundo invisible, desde otro paradigma de vida y visión de mundo o cosmovisión; para recordar que somos seres cósmicos y planetarios, somos de la Madre Tierra, ella cuida de nosotros, nos alimenta y resguarda.

En Bolivia, dentro del actual contexto de población mayoría indígena, quedan vivas estas memorias hechas prácticas, saberes y conocimientos vigentes; agradecemos por la vida, por el nacimiento, por la semilla, por el agua, por la siembra, por la cosecha, incluso por la festividad de las almas de nuestros ancestros que llegan a visitarnos en Noviembre; agradecer se torna entonces no solamente una palabra, sino un acto sagrado y ritual; existen varias maneras de agradecer, varios tiempos y celebraciones dentro del calendario de producción y reproducción de la vida, es entonces una vida cotidiana ritualizada dentro de este calendario agrícola-ritual; que nos renueva las fuerzas, la alegría, el compromiso de apoyar a nacer un mundo digno, libre y solidario.

Acabamos de realizar un encuentro a través de estas palabras que lees, aunque estemos lejos y nunca nos hayamos visto; esto significa que cada encuentro entre personas, no es solamente a nivel tangible, es también un encuentro con el territorio y la ancestralidad que cada uno aportamos al tejido, por tanto se hace necesario retomar dentro de la academia y cualquier otro espacio institucional, ceremonias de ofrenda para sostener las mentes lúcidas, los corazones brillantes y las manos dispuestas a sostener a otro ser humano; no solamente se intercambia saber técnico necesario dentro de la ciencia, se intercambian luchas, dolores y aprendizajes, victorias ganadas en base a unidad comunitaria, se intercambia pues el corazón.

La ciencia moderna occidental dominante, necesita aprender con humildad de los pueblos campesinos que conservan su espiritualidad y ritualidad propia para reencontrarnos con lo humano, con el cuidado, con el cariño, con el ser comunidad.

Representa todavía un gran reto para la comunidad científica, aprender a mirar con respeto otros conocimientos, de otras culturas, de otros paradigmas; por esto mismo es urgente el Diálogo de Saberes, el Diálogo Intercientífico, superar el racismo y el individualismo para poder reencontrar caminos que nos lleven a un mundo digno con justicia social y equilibrio con la Madre Tierra.

Hoy 21 de Junio 2020, Fiesta del Inti Raymi, fiesta del sol que renace desde hace miles de años, celebramos dentro del Tawantinsuyu rituales de fuego sagrado, pedimos con cariño poder compartir, aprender y crecer para que dejemos un camino sembrado que siga floreciendo para las siguientes generaciones.

Referencias:

- CAMEY HUZ M., (2012). Escuchando el clamor y los gritos de la Madre Tierra: Guía metodológica para la reducción de vulnerabilidad desde la Cosmovisión Maya. Ciudad Guatemala: Fundación CEDIM.
- CAMPOS R. et al. (2010). Yachay Tinkuy Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina. Bolivia: Prohisaba/Cooperación Italiana, Editorial Gente Común 2da edición.
- CHUYMA ARU. (2005). Así nomás nos curamos. Perú: Ediciones Asociación Chuyma Aru.
- CONSEJO MAYA MAM TXÉ CHMAN SAN MARCOS. (2012). Sanar nuestra vida, amar nuestra vida en plenitud. Ciudad Guatemala: Fundación CEDIM.
- DE LUCCA M., ZALLES J. (1992). Flora Medicinal Boliviana, Diccionario Enciclopédico. Bolivia: Editorial los amigos del libro.
- DELGADO F., editor. (2006). Diálogo Intercultural e Intercientífico: para el fortalecimiento de las ciencias de los pueblos indígenas originarios. La Paz: Agruco/Plural editores.
- ELBERS, J. (2013). Ciencia Holística para el Buen Vivir: Una introducción. Ecuador: CEDA.
- FERNÁNDEZ, G. et al (2009). Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.
- FERNÁNDEZ, G. (2004). Yatiris y ch'amakanis del altiplano aymara. Testimonios, sueños y prácticas ceremoniales. Ecuador: Ediciones Abya Yala.
- HAVERKORT B., et al. (2013). Hacia el Diálogo Intercientífico: Construyendo desde la pluralidad de visiones de mundo, valores y métodos en diferentes comunidades de conocimiento. La Paz, Bolivia: Agruco/Plural editores.
- JIMENEZ G. (2003). Rituales de vida en la cosmovisión andina. Bolivia: Ediciones Plural.
- LANGWEILER M. et al: Methodologies for effectively assessing: Complementary and Alternative Medicine. Research Tools and Techniques. United Kingdom, Singing Dragon/London and Philadelphia. 2015.
- MEDINA J. (2008). Suma Qamaña. Bolivia: Ediciones Plural.
- MIGJORN et al (2012). Parir, nacer y crecer. Argentina: Editorial Madreselva.
- MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA: El Vivir Bien como respuesta a la Crisis Global. Bolivia, Diplomacia por la Vida 2da Edición. 2009.
- ODENT M. (2009). El Bebé es un Mamífero. Argentina: Editorial Obstore.
- ODENT M. (2011). El nacimiento en la era del Plástico. Argentina: Editorial Creavida.
- OPS/OMS. (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington.

- OPS/OMS. (2017). Política sobre Etnicidad y Salud. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington.
- REGALSKY P. (1993). Los Jampiris de Raqaypampa. Bolivia: Editorial CENDA Centro de comunicación y desarrollo andino.
- RIST S., editor. (2016). Ciencias, diálogo de saberes y transdisciplinariedad: Aportes teórico metodológicos para la sustentabilidad alimentaria y del desarrollo. La Paz, Bolivia: Agruco/Plural editores.
- SCHALLMAN R. (2007). Parir en Libertad, en busca del poder perdido. Argentina: Editora Grijalbo.
- TAPIA N., editor. (2008). Aprendiendo el desarrollo endógeno sostenible: Contruyendo la diversidad biocultural. La Paz: Agruco/Plural editores.
- UNFPA. (2008). Sistematización de talleres de capacitación en Salud Sexual y Reproductiva en el contexto de la Medicina Tradicional con enfoque Intercultural. Bolivia: ediciones UNFPA.
- UNFPA. (2011). El rol de las Parteras Tradicionales en el Sistema Único de Salud. Bolivia: ediciones UNFPA.
- UNFPA. (2012). Las compañeras en el alumbrar. Despejando la penumbra en el arte obstétrico. Bolivia: ediciones UNFPA.
- VIAÑA J., et al. (2009). Interculturalidad crítica y descolonización: fundamentos para el debate. Bolivia: III-CAB Instituto Internacional de Integración – Convenio Andrés Bello.
- VIAÑA J. (2009). Interculturalidad como Herramienta de Emancipación. Bolivia: III-CAB Instituto Internacional de Integración – Convenio Andrés Bello.



DIÁLOGOS POR BEM VIVER:

RODAS E CONVERSAS COM CUIDADORES POPULARES DE PARINTINS, AMAZONAS

Maria de Fátima Guedes Araújo

A motivação para a luta é uma construção que parte de sentimentos individuais e difusos de insatisfação, inconformismo, revolta, alegria e carinho.
(VASCONCELOS, 2011)

1. Introdução - Chega aqui, parente!

A quentura está grande, parente! Mas é esse calor que alimenta nossa tição dialógico e reaviva memórias, algumas já esquecidas entre nós. O momento cobra-nos roda de conversa e temos muita coisa para anunciar.

Concentremos nosso diálogo sobre Bem Viver ou Sumak Kawsay (da cultura quéchua) ou Sumak Qamaña (da cultura aymará). Significa *o processo de vida em plenitude* que nasceu da prática histórica de resistência dos povos indígenas da América Latina. Esses povos apontam uma alternativa à ideia moderna de progresso porque a consideram essa noção discriminatória e violenta, desconsiderando a relação dos seres humanos com a natureza (Friedrich, 2016, p. 333). Por esse caminho, propõem um novo contexto para as lutas emancipatórias dos movimentos sociais.

Do massacre sobre os saberes tradicionais cultivados pelas populações da Amazônia, a curandagem ainda sobrevive como recurso primeiro entre a parentalhada¹ quando zinguizibas² lhes ameaçam o equilíbrio físico, mental e emocional. Vez por outra, mesmo com retraimentos, e independentemente do público, o assunto volta às rodas quando “remédios e tratamentos de branco” não resolvem o problema; quando as portas da atenção básica emperram ou o mercado impacta planos particulares de saúde. Nessa hora, todos se reconhecem parentes e recorrem ao que ainda sobrevive no universo da curandagem, cujos vestígios conflitam em natureza e expressividade com o modelo biomédico.

1 Do coloquial amazonense, coletivo de parente.

2 O mesmo que doença; mazela.

A propósito, antes que nosso fogo se esgote de vez, trazemos alguns desses vestígios identificados na sede do Município de Parintins, situada na ilha de Tupinambarana, à margem direita do rio Amazonas, a 420 km de Manaus por via fluvial, com uma área territorial de 7.069 Km². Este pedaço de Amazônia, conhecido apenas pela festa do Boi Bumbá³, abrigara, não muito distante, um grande número de curadores populares⁴. Hoje, a maioria com idade avançada e em número reduzido, perde espaços e referenciais. Suas fórmulas curativas e terapias naturais são substituídas por inovações mercadológicas, tecnicistas e estruturalmente inacessíveis para uma parcela significativa da população — os empobrecidos. Tais inovações assumem força hegemônica, silenciando tradições culturais milenares desenvolvidas nas observações e necessidades de subsistência e sobrevivência dos nativos.

Embora timidamente, as tradições de cuidados ainda resistem, mantendo o fraternal diálogo com a Grande Deusa⁵, na perspectiva do Bem Viver universal. Do que havia, muito se perdeu, dada a ausência de registros e ações sistemáticas de preservação: memórias diluíram-se na oralidade, nos silenciamentos histórico oficiais. Cascavilhando-se⁶ com insistência, encontramos ainda parteiras, benzedores/as, erveiros/as⁷ consertadores de desmintiduras⁸, puxadores⁹ costuradores de rasgaduras¹⁰ e sacacas¹¹. As nomenclaturas atribuídas às categorias citadas são peculiaridades da linguística caboca do baixo e médio Amazonas, e surgem da associação entre os elementos envolvidos nas especificidades das práticas. Contexto também ignorado pela medicina técnico-acadêmica (CARBONI e MAESTRI, 2003, p. 40) alimentam o argumento: *A entronização da forma culta e a subalternização e demonização dos falares [...] foi e é uma forma de subalternizar as classes populares e afastá-las da gestão dos poderes nacionais. A*

3 Festa folclórica de Parintins realizada na última final de semana do mês de junho.

4 Referência aos agentes de curas popular/tradicionais.

5 Em muitas mitologias, a Deusa Mãe Terra que, por sua fertilidade, gera o alimento de todas as espécies, possibilitando assim a existência da vida. Uma vez que a agricultura e muitas das artes estavam a princípio aos cuidados das mulheres, as deusas da fertilidade e das culturas precederam os deuses, e ainda mantiveram sua posição quando os deuses caíram (QUINTINO, 2000, pag.133).

6 Do falar parintinense: o mesmo sentido de procurar em profundidade.

7 Categoria popular de cura que desenvolve fórmulas naturais a partir das ervas.

8 Categoria popular de cura que realinha ossos deslocados.

9 Na tradição de cura popular do baixo Amazonas, o mesmo que massagem.

10 Curadores(as) que, imitando alinhavos em tecidos, costuram lesões musculares com resinas, agulha e rezas.

11 Segundo a tradição caboca, ser que chora no ventre materno antes de nascer e que é dotado de sensibilidade para visões e curas espirituais.

contribuição da Revolução Cubana dialoga no mesmo sentido: *Trato de ilustrar el cuadro mostrando algunos otros cambios y novedades de aquella coyuntura. Nuevos significados y palabras nuevas designan nuevas realidades* (HEREDIA, 1999, p. 98).

Na mesma perspectiva, o médico parintinense, Aldrin Verçosa Dias (*in memoriam*) nos deixara importante legado: *A medicina natural encontra raízes consistentes em nossa região, cuja miscigenação dotou o caboco de um conhecimento amplo em ervas, chás e similares, encontrados na diversidade da fauna e flora amazônica. A linguagem própria da medicina caboca é a característica de cada região, e a medicina científica necessita se enquadrar neste contexto para facilitar a melhor comunicação entre médico e paciente na elucidação das patologias.*

E o diálogo se amplia. Para Vandana Shiva (2018), a grande ameaça para o Bem Viver do planeta e a saúde de seus habitantes é a agricultura globalizada e industrial e a forma de produzir, processar e distribuir os alimentos, que acarretam 75% das doenças do planeta e da humanidade. A ecofeminista afirma que o atual sistema agroalimentar transforma as pessoas apenas em consumidores de suas mercadorias e não em seres humanos que precisam de uma vida saudável. Alimentar o mundo, para ela, é algo que só pode acontecer por meio da recuperação de práticas agroecológicas que convivam com a biodiversidade. O modelo da agroecologia permite aumentar a produtividade sem destruir a diversidade biológica do meio, produz alimentos saudáveis e cria empregos e formas de vida que evitam a migração das populações do campo para as periferias das grandes cidades (PRIMAVESI, 1984; SHIVA, 2018). A agroecologia propicia a valorização e a manutenção de conhecimento e práticas populares e ancestrais, como as medicinas tradicionais.

De acordo com Shiva (2018), é fundamental relacionar a agroecologia com a produção de alimentos saudáveis e vincularmos os alimentos com a saúde universal, cujo protagonismo das mulheres vem contribuindo satisfatoriamente na conquista por soberania alimentar e agroecologia.

A partir dos compromissos referendados, o desafio propõe diálogo, amorosidade e conjugação de forças sociais e institucionais para o justo acolhimento a contribuições étnico-culturais relativas aos cuidados tradicionais em saúde, negadas nos vazios da história oficial. Há muito a ser investigado sobre legados de nossa região. Há um acervo de saberes em agonia clamando a gestores,

pesquisadores, profissionais da saúde, educadores, artistas, pastorais e movimentos populares por sensibilização e ações efetivas. A revitalização da cultura popular/tradicional, enquanto caminho de inclusão, universalização e emancipação dos povos autóctones, pede socorro. Em derradeiro, o Educador Paulo Freire (2002, p. 126) nos instiga à ação: “A História como tempo de possibilidade pressupõe a capacidade do ser humano de observar, de conhecer, de comparar, de avaliar, de decidir, de romper, de ser responsável. De ser ético e de transgredir a própria ética”. E conclui instigante: “O futuro é dos Povos e não dos Impérios” (2002, p. 78).

O diálogo é a porta de entrada para a Utopia em construção.

2. METODOLOGIA - Caminhos em construção

Esta é uma sistematização dialógica entre percepções populares e materiais de sujeitos históricos — teóricos libertários —, levantadas e compartilhadas durante os *Diálogos por Bem Viver*, em Parintins/AM, no ano de 2018.

A denominação ‘rodas’ referendada no contexto metodológico do texto caracteriza-se num perfil aglutinador de ideias e intenções interativas com o propósito de visibilizar vestígios de curandagens e respectivos agentes. O acolhimento, ou melhor, a construção deste arquivo de oralidades dispersas e silenciadas no universo amazônico desvelou uma dinâmica metodológica de busca investigativa *in loco*, via entrevistas domiciliares agendadas previamente, haja vista o peso da idade associado a limitações físicas dos sobreviventes do massacre cultural aos saberes popular/tradicionais. Participam desta roda de memórias: Pajé Jurismar (90 anos); Waldemar de Freitas (68 anos); Altina Oliveira (70 anos); Fred Góes (72 anos); Maria Martins de Souza (54 anos); Maria Nascimento da Silva (102); Terezinha Silva de Souza (58 anos); Fátima Galúcio (62 anos); Zé Guerreiro (72 anos); Marina Assunção de Almeida (100 anos); *In Memoriam*, Parteira Leonilza Gadelha e Aldrin Verçosa, Médico clínico.

Cientes dos propósitos explicitados no texto e das intenções em compartilhar suas falas como registros de memórias para um *vir a ser* interventivo, os citados sentiram-se valorizados e acolheram solidariamente a oportunidade de transformar suas vivências e saberes, até então mantidos na oralidade e no silêncio, em possíveis contribuições na construção do Sistema Único de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa direção, para aquecer a roda, o Educador Paulo Freire (2001, p. 7) intervém e assopra o tição: “Ai de nós se pararmos de falar, somente porque eles já não possam mais mentir. Por isso vos digo: nosso discurso de libertação não é medicina para doença passageira”.

4. DA SABEDORIA AO CONHECIMENTO

Vivências e convivências orientam as trilhas até as memórias tradicionais de um viver humanamente saudável. Os cultivos (jeitos simples, naturais de autocuidados e de cuidados com o outro e com a vida) fluem da oralidade, de trocas de saberes; em princípio, refutadas na maioria de prescritos acadêmicos.

Similarmente reafirma o Taoísmo Confucionista (SIMPKINS & SIMPKINS, 2011, p. 22): “A sabedoria não vem da opinião, conhecimento ou aprendizado, e sim da intuição — a natureza mais profunda das coisas”. São universos distintos, cujo desbravamento confrontam valores, olhares colonizantes e posições ideológicas. Assim entendido, sabedoria e conhecimento, embora congêneres, divergem em natureza semântica.

Adentrando neste universo/diverso das afinidades simbólicas, Pajé Jurismar, da nação Sateré-Mawé¹², revela memórias tradicionais e a natural reciprocidade com as condições de saúde: *No tempo dos antigos, todos se cuidavam e nada faltava... Todos os parentes tinha saúde e vida com fartura... As doenças vêm das maldades, ambições, conflitos e perversidades dos humanos entre si e entre as outras espécies — das formigas às castanheiras. Ferir a floresta, as plantas, os frutos, os rios, o ar, os bichos é violentar a nós... A natureza somos todos nós. Ela dá a vida e também a morte. Resistindo à mercantilização da vida, os ecos trazidos pelo Pajé são provocações à educação popular, cujos princípios acolhem saberes e conhecimentos necessários ao Bem Viver.*

O modelo biomédico ou racionalismo científico nasce a partir da Revolução Francesa. Ditam-se, ali, os paradigmas da modernidade com influência decisiva sobre a medicina científica, sobre cujo perfil Capra (1990, p. 447) tece considerações: “O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em suas

¹² Etnia indígena, habitante da região do Andirá, município de Barreirinha/AM, significa papagaio inteligente.

peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular e das leis da física. O papel dos profissionais da saúde é intervir física ou quimicamente para consertar o defeito no funcionamento do mecanismo enguiçado”.

Na perspectiva da ancestral sapiência, saberes e experiências tradicionais de cuidados dialogam com caminhos de prevenção e promoção de uma saúde coletiva e universal: urgente desafio à reinvenção de paradigmas firmados em diálogos amorosos entre povos, comunidades, culturas e com a natureza.

Sobre expressões de cuidados, em Parintins/AM, Waldemar de Freitas, 66 anos, técnico agrícola, compartilha saberes. Para Waldemar, *curandeiros e curandeiras são envios de Deus para proporcionar amorosidade a quem precisa; é quem recebe iluminação especial para conhecer o corpo humano e colocar no lugar certo o osso ou o músculo doente. Sei da importância dessa prática para a Saúde do Município de Parintins, embora não seja reconhecida. O sistema é precário, e a doença é consequência da pobreza. Se as pessoas tivessem uma vida digna e boa alimentação, teriam boa saúde.*

Tem mais sabedoria chegando:

Quando a carne trilha e os tecidos enfraquecem, está na hora de Costurar. Hummm... É rasgadura! Altina Oliveira, parintinense, 68 anos, líder da Pastoral da Criança, traz esclarecimentos sobre o dom que a acompanha desde criança: Minha mãe sempre me via diferente pelas coisas que eu fazia, não sabia que eu tinha o dom de curar. O que vem de berço, somente nós sentimos. Além de benzer crianças com quebranto¹³, adultos com depressão e dores de cabeça, costura rasgaduras: Quando a carne rasga, é preciso costurar. Da rasgadura surge a hérnia. Através da concentração, com a ponta dos dedos sentimos o que produz a dor e ardência. Daí, faço a costura com resina da casca da laranja da terra¹⁴ e breu¹⁵. Coloco a resina sobre a dor e em seguida emplasto com breu. São três dias, e recomendo ao paciente chá de cidreira ou capim santo. Existe também outros jeitos de costurar. Tem curadores que utilizam um quadrado de tecido e agulha com linha. Concentram-se. Com orações vão costurando aquele tecido em forma de alinhavo sobre a lesão. O tratamento também dura três dias. Cada dia se costura uma parte do tecido até

¹³ Mau olhado.

¹⁴ Citrus aurantium L.

¹⁵ Resina utilizada para massagens em reumatismos, artrite; também utilizado para calafetar rachaduras em embarcações.

concluir. É o tempo em que é retirado todo o frio da região afetada e a carne volta ao normal. O paciente também deve tomar o chá.

A líder da Pastoral da Criança é entusiasta em relação à importância de sua prática no meio popular e defende ainda a possibilidade de uma saúde construída com o saber popular: *Nosso povo são pessoas humildes e trazem em si a tradição dos antepassados. Os primeiros habitantes de Parintins só se cuidavam com os curandeiros. Acreditavam em seus remédios, nas benzeções e se curavam dos males físicos e espirituais. As necessidades fazem a gente descobrir jeitos de viver e assim vamos aprendendo uns com os outros e melhorando a vida. Saúde é isso, todo mundo se ajudando a viver bem.*

Sacaca é outra referência mística de cuidado em saúde popular/tradicional desenvolvida no baixo e médio Amazonas. O Sacaca é identificado ainda no ventre materno quando, entre oito a nove meses da gravidez, a mãe ouve o choro do feto. É um aviso de que aquele ser vem ao mundo com dons de curar por meio de premonições, plantas e orações. Quem fala da questão é o jornalista Fred Góes, 70 anos, parintinense, membro da comissão de arte do Boi Bumbá Garantido: Em Tupi, sacaca é feitiço, é o sentido mágico da relação com o sobrenatural. É quem tem a capacidade ou o dom de lidar com práticas que permitem essa relação. Os pajés são considerados Sacacas. Já nasceram com o dom da transcendência e com a capacidade ou o poder da cura. Entre meus antepassados maternos há Sacacas. Embora eu não tenha desenvolvido a prática, a possuo em estado adormecido. Lembro com precisão da hora de meu nascimento; das angústias por não querer deixar o ventre materno, do medo de enfrentar o desconhecido, do frio que me feria o corpo... Essa memória é uma das características do Sacaca em potencial.

Dada a riqueza de saberes popular/tradicionais, é emergencial que o sistema oficial amplie o debate em prol da construção da Saúde Pública. A questão precisa ser olhada como um direito universal inalienável, e que reconheça outras formas de cuidados, respeitando-se as diversidades culturais.

Além dos citados, a parteira tradicional Leonilza Gadelha de Souza (*in memoriam*) deixara importante legado, quando a abordagem se refere ao acolhimento das práticas populares de saúde. Tia Leó, assim conhecida, denunciara as distâncias entre o sistema oficial de saúde e o saber popular: *Nós, curadoras, apesar de ser procuradas por todas as categorias, somos esquecidos por*

pura discriminação. Os médicos, enfermeiros, enfim, todo esse povo que trabalha na saúde passaram por uma universidade e nós, não. Nosso saber é deixado de lado na hora de falarem de saúde. A gente não existe.

A fala da Parteira provoca a mais uma intervenção do educador Paulo Freire (2002, p.82), que chama a atenção sobre a condução de diálogos com grupos populares, e infere sobre os prejuízos de uma equivocada formação política sobre o processo de libertação dos oprimidos.

Tais prejuízos sugerem estratégias para desconstrução de lógicas opressivas. A propósito, Vasconcelos (2011, p. 86) interage: “Na Educação Popular não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém vertical”. E prossegue Vasconcelos (2011, p. 103): “Educação Popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos”. Sobre os argumentos, problematizemos: como desconstruir produção de desigualdades se a expressividade imposta atrai, seduz e persuade grande parte da população (desprovida de criticidade) à negação de valores e símbolos popular/tradicionais?

5. CLAMORES POR EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Assim como a Educação Popular caminha na contramão do conhecimento oficializado, a teimosia de educadores, observadores e pesquisadores comprometidos com memórias ancestrais insiste na importância do diálogo e da troca de saberes no processo de construção de um projeto popular democrático, que reconheça experiências de cuidados em saúde entre as diversidades culturais. É importante lembrar que há um grande número de curadores populares atuando cotidianamente em comunidades periféricas, transformando *dons* em missão.

O testemunho vem da parteira Marina Assunção de Almeida, 99 anos, quilombola, parintinense: *O povo é que conhece a dor do outro e juntos buscam a saúde. Se todos os curadores se unirem e souberem do seu valor, ninguém adoecia ou ia procurar hospital.*

A fala da Parteira clama por urgentes necessidades: revitalização e construção do saber popular com base no conjunto de expressividades (linguagens,

diálogos, práticas, crenças, fórmulas etc.) específicas do universo simbólico das populações tradicionais em suas relações com a vida. Vale lembrar que a revolução industrial impôs formas tecnicistas, mercadológicas de cuidados que se afastam e até negam os princípios naturais. Em consequência, valores comunitários e todo o acervo simbólico, mantido e transmitido apenas na oralidade, vai perdendo o referencial. Segundo as regras do capital, o cientificismo omite as tradições históricas, culturais e étnicas: o que não tem valor de troca não pode subsistir. Daí a supremacia dos grandes laboratórios e de tratamentos hospitalares, na contramão das práticas de cuidados da sabedoria ancestral.

A esse tratamento subalternizado, Santos (2005, p. 34) chama atenção: “Porque o conhecimento científico tem sido definido como o paradigma do conhecimento, e o único epistemologicamente adequado, a produção do saber local consumou-se como não-saber, ou como um saber subalterno. A violência continua, pois, tão forte hoje como no passado”.

Mais um clamor vem de Zé Guerreiro, da Casa das Ervas (Parintins/AM), *empinimando*¹⁶ em defesa dos saberes popular/tradicionais. José da Saúde Guerreiro, erveiro, 70 anos, paraense, da cidade de Faro, rememora experiências de saberes em saúde vivenciados por suas avós, bisavós, tataravós, curandeiras... *A gente chegava com a dona Maria — curandeira das boa —, dizia o que estava sentindo... Primeiro ela benzia pra tirar da alma e do corpo as zinguizibas, as tenúias, as piemices*¹⁷; depois, ela ensinava o preparado, o chá e a gente ficava curado.

6. DESAFIOS MILITANTES

Seguindo preceitos da Organização Mundial de Saúde, o SUS preconiza, como condição básica para obtenção de saúde, o bem-estar físico, mental e social, garantidos através do acesso digno à alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e bens de serviços essenciais. Oficializado e normatizado pelas Leis 8080 e 8142 de 1990, o SUS compreende um sistema público e único em cada esfera de governo, descentralizado e aberto à participação da sociedade no que diz respeito ao controle social sobre a política, nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, onde participam profissionais da

¹⁶ Do coloquial parintinense: o mesmo que insistente, teimoso.

¹⁷ Do coloquial parintinense: abatido, fraco.

saúde, gestores, trabalhadores, produtores dos serviços e usuários. O SUS ainda propõe a democracia participativa e a justiça social (DARON, 2008, p. 37).

Por força de luta e resistência popular, em dezembro de 2005, na 162ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, aprovou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Medicinas Complementares para o Sistema Único de Saúde, assinado e publicado no Diário Oficial através da portaria Nº 971 de 03 de maio de 2006.

Apesar da convergência de forças políticas, do reconhecimento ministerial, dos resultados satisfatórios e da busca crescente por essas práticas, a questão ainda é tratada com resistência pelo Estado. As práticas desenvolvidas na Amazônia continuam silenciadas.

Com natural espontaneidade, nossas curadoras falam de suas relações com o Sistema Oficial de Saúde. Memórias da Parteira Leonilza Gadelha de Souza: *Alguns médicos aceitam nosso trabalho, outros, não. Mas teve médico, aqui em Parintins, que já foi até pro rádio pedir que as curiosas¹⁸ (assim ele falou) não se meterem no trabalho deles, pra não realizarem parto sem o consentimento deles. Mas como, mana? A gente não pode deixar as mulheres morrerem quando elas pedem ajuda, porque nem sempre os médicos estão por perto.*

Do seu jeito, a Parteira Marina Assunção de Almeida afirma, com certa indignação: *Não existe reconhecimento pelo trabalho da parteira curiosa. Muitos médicos acham que nós não sabe de nada. Mas, ai das mulheres pobres, se não tivesse nós por perto.*

Em meio à arbitrária conjuntura, a Curadora Popular, Maria Martins de Souza, a *Nete do São Francisco* (referência ao Bairro), 52 anos, moradora do Bairro São Francisco, Parintins/AM, amplia o diálogo. Acolhimento e sorriso constantes contrastam com as condições socioeconômicas da família. Das práticas de cuidados tradicionais desenvolvidas no interior do Amazonas, entende de tudo um pouco: *Sou parteira, benzo quebranto¹⁹, conserto osso dismintido²⁰, faço puxação²¹, preparo garrafadas... Tudo que faço me concentro em N. Senhora dos Remédios e ela vai me guiando. Iniciei tudo isso com sete anos de idade. Lá nós era as médicas.*

O diálogo com Dona Nete oportuniza a repensar conceitos, valores, modos de ser e viver... A paz e a alegria por Ela irradiadas independem de titularidade

18 Referência à parteira tradicional. O termo “curiosa” designa a descoberta da cura desenvolvida através da curiosidade, característica própria dos curadores populares.

19 Mau olhado.

20 Osso deslocado.

21 O mesmo que massagem.

acadêmica ou de conta bancária... Nete e os quatro adolescentes vivem o dia a dia num perene desafio às múltiplas adversidades, semeando amorosidade, solidariedade, enfim, cultivando valores e princípios herdados de seus antepassados.

Outros testemunhos fortalecem os desafios por um Sistema de Saúde Único e inclusivo.

Dona Maria Nascimento da Silva, 100 anos, parteira, *pegadora de ossos, puxadeira²²*, apenas com dificuldades visuais, auditivas e limitações no andar, intervém com sabedoria. No toque das mãos sobre luxações, hematomas e dores musculares, a Centenária Cuidadora revitaliza a magia das ancestrais curandeiras de quem absorveu a sabedoria: *Tudo que sei, aprendi com minha avó. De lá pra cá, venho ajudando as mulheres no parto e as pessoas que têm dores pelo corpo. Só uso remédio caseiro feito das minhas plantas.* Comenta sobre a própria saúde: *As doenças que me aparecem já são da idade. Às vezes, uma dorzinha de cabeça, fraqueza nas pernas, mas eu não me entrego. Cuido das minhas coisas, faço minha comida, lavo minha roupa, cuido das plantas... E ainda faço puxação quando me procuram. Parto não ajudo mais, a vista e as mãos não ajudam. De onde vem tamanha vitalidade? Nasci no interior e me criei por lá. A gente comia o que plantava. Galinha, peixe e caça era com fartura. Doença era a coisa mais difícil... E quando nós adoecia, minha mãe e minha avó cuidavam de nós com as plantas, com os chás, com os banhos, com as rezas e nós gozava Saúde. Acho que cheguei a essa idade porque minha raiz é das boa.*

A empatia dialógica rememora antigas práticas de cuidados, eficazmente comprovadas — ventosas, vomitórios e lavagens ou cristel —, muito comuns entre as populações tradicionais. É o que diz Dona Maria: *Quando alguém se empachava, usava a ventosa²³ ou a lavagem que é o mesmo cristel... Acho que hoje, se alguém com empachação²⁴ ou intestino preso pedir esse tratamento num Posto de Saúde, vão até rir da cara da gente... A ventosa já virou defunta. Os novos já não sabem nem o que é. Antigamente, os velhos faziam o cristel com o chá de folha amarela do mamoeiro, de eucalipto ou de pião branco... Colocava esse chá num depósito de alumínio ou de esmalte pendurado na parede. Tinha uma borrachinha fina que colocavam devagarinho no ânus do doente deitado de lado... O líquido*

22 Massagista.

23 É mencionada nos escritos de Hipócrates e praticada pelo povo Grego, no século IV a.C. Supostamente chegou às populações tradicionais da Amazônia via oralidade e por eficácia do método.

24 Acúmulo de gases no aparelho digestivo.

descia bem devagar... O doente aguentava um pouco aquele preparado no intestino e descarregava tudo. O alívio era na hora. Tudo o que não prestava vinha pra fora. O vomitório era pra limpar estômago sujo. A pessoa que estava com dor no estômago, com azedume na boca, tomava devagarinho um litro de chá até vir tudo pra fora. Naquele tempo, não se gastava dinheiro com farmácia. Todo o tratamento era com as ervas do quintal. Hoje proibem nós de fazer esses remédios, mas os hospitais não dão conta das doenças. Nem têm remédios pra dar... E aí?...

Um rasgo de luar trouxera o primeiro bocejo da Anciã Cuidadora... — *Vamo já parar?... Antes, porém, de se recolher, deixa um recado para a Saúde de Parintins: Tenho medo de hospital... Sei de muitas histórias ruins... Mas, médico é médico. Sou apenas uma velha analfabeta que faz puxação. Quem sabe, um dia, os hospitais aceitam nossa ajuda?...*

E segue a roda com Terezinha Silva de Souza, 56 anos, paraense de Terra Santa, que compartilha seus saberes e experiências focando na ventosa, banhos e mãe do corpo: *Descobri o dom com 14 anos. Não posso dizer como. Segredo meu... Daí fui aumentando minha percepção. Tenho visões, premonições sobre jeitos de cuidar e de preparar remédios.*

Sobre a ventosa, Dona Terezinha esclarece: *A ventosa serve para eliminar gases acumulados. Entre a região lombar e a barriga aparece uma doença que só se tira com a ventosa. Essa região do corpo fica parecida com bobó de boi. Aparece de problemas de gastrite, hemorragia e de nervosismo... Qualquer pessoa pode aplicar a ventosa; só precisa conhecer o problema. Era muito usada no Egito, na China... Acho que chegou por aqui porque curava mesmo.*

Os vazios da Atenção Básica aumentam a cada dia a procura pelos cuidados de Dona Terezinha. Recentemente desenvolveu um estimulante contra paralisia por AVC. Segundo suas orientações, *Banho quente de ervas picantes. Essas plantas deixam na água um ardume leve. Isso vai formigando os músculos, desperta o sangue até o doente sentir o corpo*, afirma.

Entre outras informações, tecera referência sobre Mãe do Corpo²⁵: *A Mãe do Corpo mora na região lombar interna, debaixo do umbigo. Quando o corpo enfraquece, contrai e bate como um coração. É a tal da palpitação. É um músculo que*

²⁵ Hipoteticamente, a “mãe do corpo” alude ao “chi” (Taoísmo), ponto localizado cerca de cinco ou seis centímetros abaixo do umbigo, chamada “tan tien”. Assim, de modo semelhante, nossa energia interna é acesa quando nos harmonizamos com o “elixir interno” (Taoísmo no dia a dia - C. Alexander Simpkins e Annellen Simpkins. 2009, p. 41)

liga nosso corpo ao de nossa mãe quando estamos no útero. Remédio de farmácia não resolve. O tratamento se faz com respiração, massagem circular com a mão fechada.

Por que, Mãe do corpo? É a protetora do corpo de todas as emoções ruins... Quando a gente desobedece e faz coisa errada — come mal, trabalha muito, se preocupa com tudo... —, isso aborrece a Mãe do Corpo e ela dá o castigo.

Após tanta riqueza de saber, Dona Terezinha deixa um desafio: *O povo precisa se conscientizar e valorizar as práticas naturais de saúde de nossos velhos. Falar hoje de ventosa, vomitório e lavagem vira gozação, mas era assim no tempo dos antigos. E a gente não morria de doença; morria porque já tinha vivido o que era pra viver. Nós, também, não pode esquecer da Mãe Terra. Pra mim ela é gente. Uma é parte da outra. Dependemos dela. Dela viemos e pra ela voltaremos.*

A erveira, Fátima Galúcio, 60 anos, parintinense, comenta que sua relação com o serviço oficial de saúde é amistosa, desde que *meu trabalho não cause interferências: O pessoal do sistema até informa sobre meus remédios e serviços, porém não propõe nenhuma ação de inclusão ou parceria. Até sonho com a possibilidade de uma parceria entre nossas práticas e a saúde oficial. Quem dera! O sistema precisa entender o valor dessas práticas e eliminar os preconceitos. Muita coisa iria mudar pra melhor.*

A cada fala constatam-se a vontade de contribuir e o compromisso nato com a sadia qualidade de vida; ao mesmo tempo, as negações a toda uma sabedoria que embasou o que hoje se denomina medicina oficial. Outra questão que clama por diálogo urgente: a postura unilateral da medicina oficial já não consegue suprir por si só o volume de demandas... Há outros jeitos de cuidar da vida, certamente, mais eficientes. *A história é tempo de possibilidades*, confirma o Educador.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do que foi possível dialogar, fica o desafio: ampliar o diálogo pela reinvenção da sadia qualidade de vida a partir de outro modelo de desenvolvimento que reconheça e respeite diversidades culturais e outras formas de fazer saúde. O caminho de volta fora traçado na milenar ancestralidade de xamãs, pajés, sacacas, de curiosas parteiras, de benzedores, de erveiros, de guias espirituais em fraternal diálogo com os elementos da vida — o solo, a água, o ar, o fogo... A

sabedoria ancestral clama indignada contra o silêncio morno da exclusão e da morte cultural. Portanto, é inaceitável acomodar-se ao silêncio institucional sobre as práticas popular/tradicionais em saúde, da Amazônia, no contexto das Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

O protagonismo de resistência de curadores e curadoras do Baixo Amazonas, na manutenção dos saberes popular/tradicionais, no exercício das práticas ancestrais, na construção da saúde clama por visibilidade e fortalecimento via políticas públicas. Em uníssono, o feminismo e a agroecologia opõem-se aos entraves à inclusão das práticas integrativas e complementares na saúde pública no Amazonas; ao sistema agroalimentar gerador de doenças — e exigem o direito à existência plena de todos/as os detentores/as de saberes popular/tradicionais de saúde.

Resta, por fim, a teimosia militante: não perder a capacidade de sonhar e investir num sistema público de saúde universal e equitativo; manter erguida a clava forte da justiça, para que ninguém *arregue*²⁶ do sonho — reinventar a vida em diálogo perene com princípios universalmente saudáveis.

É a centelha acalantada no tição da última fogueira... É o clamor dos que estão aí, anônimos, sutis e silenciosos, *tecendo a manhã*, organizando a roda, articulando de norte a sul, de leste a oeste movimentos e práticas de educação popular em saúde, gestando e parindo vida digna para todas e todos e todas...

É a *Utopia* transgressora instigando jeitos comunitários de viver Saúde. Canções de luz enchem a madrugada. Impossível dormir...

É a última hora, o *retezinho*²⁷ de esperança por um novo dia.

A Ti, V'ações!!!

Referências:

- CAPRA, Fritjof. Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1990.
- CARBONI, Florence; MAESTRI, Mário. A Linguagem escravizada: língua, histórica, poder e luta de classe. São Paulo: Expressão Popular, 2003.
- PULGA-DARON, Vanderléia. Saúde: Direito de Todas (os) e dever do Estado. In: Revista Mulheres Camponesas em Defesa da Saúde e da Vida. Associação de Mulheres Trabalhadoras Rurais da Região Sul do Brasil, abril. 2008. p. 37
- FREIRE, Paulo. In Pedagogia dos Sonhos Possíveis. Nita Freire (Org.) SP: UNESP, 2001; Pedagogia da Indignação. SP: UNESP, 2002.

²⁶ O mesmo que fugir .

²⁷ Fragmento mínimo.

- FRIEDRICH, Regina Neide. Entre xales, cachimbos, mulheres e xamãs. Curitiba/PA: Appris Editora, 2016.
- HEREDIA, Fernando Martinez. La fuerza del pueblo, un simposio. Outubro de 1988 a junio de 1999.
- PRIMAVESI, Ana. Manejo ecológico do solo: a agricultura em regiões tropicais. 7ª ed. São Paulo (SP): Nobel, 1984. 541 p.
- QUINTINO, Crow Cláudio. A Religião da Grande Deusa. SP: Editora Gaia, 2000.
- SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). Semear outras Soluções – Os caminhos da Biodiversidade e dos Conhecimentos Rivais. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2005.
- SIMPKINS. C. Alexander; SIMPKINS Annellen. Taoísmo no dia a dia. SP: Editora JBC, 2011.
- SHIVA, Vandana. Quém alimenta realmente al mundo? Capitán Swing. 2018. 316 p.
- VASCONCELOS, Eymard. A espiritualidade no trabalho da saúde. Hucitec Editora, São Paulo, 2011, 2a Edição.

ESPERANZA Y ALEGREMI: UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA SALUD DE LOS ECOSISTEMAS

Sandra Isabel Payán Gómez
Julio Alberto Monsalvo

Hacia la Vida como centro

La Humanidad está viviendo la posibilidad de transitar de la Cultura Antropocéntrica, en la que el ser humano se siente el centro del universo, a la cultura Biocéntrica, en la que asume que la Vida es el centro.

Desde el sentimiento de la Cultura Antropocéntrica, se ha enajenado la Vida y se ha perdido el sentido de pertenencia a la Naturaleza. Desde este lugar, el ser humano no ve el suelo, el aire, el agua, la flora, la fauna como manifestaciones de la Vida, sino que considera todo con la categoría utilitarista de “recurso” a su disposición y así actúa, depredando y expoliando irracionalmente a nuestro Planeta. Esta alienación lleva a considerar “recurso” a otros seres humanos, generando injusticias sociales, inequidad, explotación, violencias de todo tipo y guerras, imponiendo el capitalismo como sistema económico, político y social que tiene la rentabilidad como objetivo excluyente. No considera los daños de los ecosistemas, a punto tal de provocar una acelerada pérdida de la biodiversidad y el calentamiento global que pone en riesgo la supervivencia de la especie humana.

Ante este grave panorama, se constatan reacciones: voces de alerta, movilizaciones, protestas y sobre todo, acciones concretas que evidencian que es posible otro estilo de vida.

Acciones concretas que expresan el anhelo de vivir de otra manera: producción local de semillas, alimentos saludables, energía limpia, bioconstrucción, kioscos saludables en las escuelas, separación de residuos, elaboración de compost, reciclados, mingas, gratiferias y muchas otras.

Son “bolsones de vida” que indican que es alcanzable el cambio cultural para que la Humanidad sobreviva, no de cualquier manera sino disfrutando el Buen Vivir.

Son signos de la Cultura Biocéntrica: la Vida es el centro. Es la Cultura de la Vida que comprende que la Vida es un entramado y que los seres humanos somos una hebra más de ese tejido vital.

Desde la Cultura de la Vida, la Salud y la Educación se sienten de manera diferente. Desde la pertenencia al entramado vital, la salud es una sola, la salud de los ecosistemas, y la educación es el encuentro, la conjunción y el diálogo de saberes para el cuidado de esa salud.

Esperanza y Alegría es una propuesta pedagógica que emerge del sentimiento de pertenencia a la Vida, construida colectivamente y constituida por experiencias de acciones concretas que promueven la salud integral o salud de los ecosistemas en múltiples territorios.

La Salud de Nuestra Casa

El Planeta Tierra, Nuestra Casa Grande, es un sistema. Todo está vivo y está relacionado entre sí. Desde la Modernidad se ha impuesto en el mundo, la Cultura Antropocéntrica. Los seres humanos se sienten el centro de todo, se sitúan fuera de la Naturaleza a la que consideran una “bodega de recursos” a su disposición.

No tienen la capacidad de percibir la diversidad de la vida. No ven el suelo, el aire, el agua, la flora, la fauna, como formas de vida sino como “recursos”.

Los cachorros humanos, nacidos y criados en esta cultura, son enseñados de esta manera

Desde esta visión surge el capitalismo, explotando a toda forma de vida incluyendo a los propios seres humanos, con su insaciable afán de lucro y acumulación.

Nuestro hermoso Planeta Azul está manifestando los síntomas de los daños y enfermedades que le está provocando continua y crecientemente la Cultura Antropocéntrica.

Síntomas cada vez más conocidos que se perciben cotidianamente, como son las manifestaciones del cambio climático.

Ante la magnitud de la crisis de la salud del Planeta, emocionalmente corremos al menos dos riesgos:

- 1) Ignorar lo que sucede y seguir insistiendo en el modelo civilizatorio consumista de la explotación y acumulación.
- 2) Paralizarnos resignadamente creyendo que nada podemos hacer desde nuestro ser y estar en el día a día.

Coexiste en nosotros otra manera de sentir y de mirar la vida, diferente

del Antropocentrismo, en la cual nos sabemos pertenecientes a la Naturaleza, una hebra más del sabio tejido de relaciones que tiene como centro la Vida.

Este sentimiento de pertenencia nos hace tomar conciencia que el Planeta Tierra es un sistema conformado por millones de subsistemas, impulsándonos a la acción en nuestros propios espacios microfísicos, superando los riesgos de la indiferencia y de la parálisis.

Todos los seres de la Naturaleza intersomos, somos en y con los otros. Entre más coherentes seamos con este sentimiento, más saludable será nuestro ecosistema planeta Tierra.

Salud de los Ecosistemas Locales

“Eco” significa “casa”. “Sistema” es concebir un mundo de relaciones.

Nuestro ecosistema local es el hogar donde amamos, trabajamos, jugamos, estudiamos. Es también el escenario en donde se nos ofrece el privilegio de ser protagonistas de una Nueva Historia, una nueva historia con Alegremia.

La salud del ecosistema local incluye la salud del suelo, aire, agua, flora, fauna y por supuesto la salud de la población humana.

La salud del ecosistema no es la suma de la salud de cada uno de sus componentes, es la salud de las relaciones entre ellos y de cada uno de ellos con el todo.

La salud es una sola porque le pertenecemos a la Vida. La salud de la Tierra es la salud del ser humano, de los árboles, del río, de los animales, de todos los seres de la Naturaleza.

Pertenecerle a la Vida, es pertenecerle a todas sus manifestaciones, desde nuestro propio cuerpo hasta la comunidad que estamos siendo, desde el cuerpo de los otros hasta nuestros propios sueños.

Ser conscientes de nuestra pertenencia a la Vida, significa mirarnos entre los seres humanos con el mismo respeto y admiración con que miramos el amanecer o el nacimiento de una flor. Esto supone una especial manera de aprender y de enseñar, que es más un aprenderNOS y un encontrarNOS.

Se trata de asumir que todos somos maestros y educandos al mismo tiempo. Es decir, que asumir que la salud es una sola, es superar la oposición entre el que sabe y el que no, renaciendo otra manera de relacionarnos.

De nuestra renaciente conciencia de pertenencia a la Vida, emerge una pedagogía que plantea que todos formamos parte de la transformación de nuestra propia realidad. Una pedagogía que nos hace estar integrados al mundo, no acomodados ni adaptados a él.

Surgiendo de esta manera la esperanza como pedagogía y como propósito de todas nuestras acciones, en la medida en que transitamos del creer que poseemos todo, al saber que le pertenecemos al Todo. Del querer controlar y dominar, trascendemos al disfrutar un compartirNOS que nos transforma.

Una de las propuestas pedagógicas para la Salud de los Ecosistemas, es la “Esperanza y Alegremia”.

Construcción histórica de la Alegremia

En la primavera de 1996, un grupo de “doñas” campesinas del Norte Argentino, conversaban acerca de qué cosas son realmente las “necesidades básicas”, pues no estaban conformes con lo que escuchaban por radio acerca de las últimas cifras de las NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas).

- Lo básico es lo básico, lo esencial, lo que no puede faltarle a nadie, no puede ser un número.

De la reflexión de las señoras, surgió lo que consideraban necesidades básicas... Mágicamente todas comenzaban con la letra “A”: Aire, Agua, Alimento, Albergue, Amor.

- ¡Gracias a Dios que vivimos en el campo! ¡qué lindo Aire que respiramos! Nada que ver con la ciudad, con humos, olores, ruidos...

- Si Dios nos envía el Agua de lluvia que es pura, ¿por qué tenemos que hervirla o ponerle cloro?... ¿Quién la contamina?

- Nosotras queremos que nuestros Alimentos sean sanos, que sean para nuestra salud. Por eso no usamos venenos y a los animales les damos alimentos naturales. Sin embargo, ese señor que compró ese campo grande para poner una arrocería, fumiga con una avioneta y nos envenena el suelo, mata nuestras plantas, a los chicos les salen granos, los abuelos tienen tos...

- *Necesitamos un Albergue digno, que nos Abrigue, donde podamos vivir en familia.*

- *¿Quién puede vivir sin Amor? El amor es necesario para vivir... en la pareja, en la familia toda, entre vecinos...*

- *Y si todo esto estuviera bien, ¡qué salud que tendríamos!*

Y la “conversa” entra en otra fase... ¡reflexionar acerca de la salud! Comenzaron cuestionando que la salud sea un “estado de normalidad”, medido por esos análisis de laboratorio que hablan que todo está bien si la glucemia o la colesterolemia o lo que sea, se halla entre valores mínimos y máximos.

- *Eso no puede ser, así como hay enfermedades que son muy leves y otras más graves, la salud puede ser cada vez más linda, más saludable.*

De esta manera, como una travesura, surge esta nueva palabra: “Alegremia”, alegría que circula por la sangre.

Docentes de la Provincia del Neuquén expresan que para tener Alegremia, debe estar la A del “Arte”, porque el Arte alimenta el espíritu al expresarnos con creatividad.

En los Andes colombianos una niña de 15 años, planteó en su escuela que es necesaria la A de “Aprendizaje”.

Jóvenes estudiantes secundarios de San Martín, Chaco, escribieron un manifiesto proclamando la A de la “Amistad”.

Estudiantes universitarios de Medellín incluyeron la A de la “Armonía”.

Propuesta pedagógica que se hace camino al andar

A finales del 2003, la Revista “El Médico” de Argentina, publica la historia de las 6 “A” de la Alegremia: Aire, Agua, Alimento, Albergue, Amor y Arte.

Llega a Ecuador, y Patricio Matute, comunicador trabajando en la Fundación Niño a Niño, de la ciudad de Cuenca, tiene la idea de proponer a las y los docentes de seis escuelas, que en cada una de ellas se trabaje una “A”, con las niñas y los niños.

En junio de 2004, se celebra un encuentro del Frente Nacional por la Salud de los Pueblos. Una marcha de niñas y niños de esas escuelas por las calles y las plazas de la ciudad, inaugura el evento.

Con ruidosas batucadas, coloridos disfraces, pancartas, ingeniosas dramatizaciones y programas de radio, manifiestan sus propuestas acerca de cada una de las “A” que quieren para el mundo.

En ese momento Cuenca ya está viviendo el clima de la II Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos a celebrarse al año siguiente.

Las y los docentes de muchas escuelas se entusiasman y deciden proponer esta actividad en sus escuelas como Proyecto Educativo “Esperanza y Alegremia”.

Así, ya en julio de 2005 son más de 60 las escuelas de las provincias del Azuay, del Cañar y de Guayaquil que han incorporado este Proyecto y participan del Foro Global de la Niñez Esperanza y Alegremia, realizado en forma simultánea con la Asamblea.

Desde entonces, la “Epidemia de Esperanza y Alegremia” ha seguido contagiándose, y ahora sabemos que se encuentra en diferentes países.

Se trata de una propuesta pedagógica que consiste en reflexionar sobre las “A”. Identificadas por la sabiduría popular como esenciales para vivir: Agua, Aire, Alimento, Albergue/Abrigo, Amor, Arte, Aprendizaje, Amistad, Armonía.

Se intenta con la misma recuperar nuestro sentido de pertenencia a la Naturaleza, conocer los componentes del ecosistema local y programar y ejecutar acciones comunitarias para la salud integral.

Es una idea fuerza que ha despertado la creatividad en diversos ámbitos.

Así sabemos de obras de teatro, títeres, canciones, pinturas y dibujos, formación de clubes, entre otras iniciativas para llevarla a la práctica.

Proponemos Esperanza y Alegremia como Propuesta Pedagógica para Cuidar la Salud de los Ecosistemas.

“Cuidar” significa acompañar con la poderosa ternura. Una actitud superadora al concepto de “atender”, donde las relaciones son asimétricas.

Sentipensar cómo nos sentimos siendo cada una de las “A” de la Esperanza, nos lleva a recuperar el sentido de pertenencia.

Tomar consciencia de cómo se encuentra cada una de las “A” en nuestro Ecosistema Local, nos impulsa a la acción de cuidar la salud de nuestro Ecosistema.

Una de las metodologías probadas en diversos encuentros, propone trabajar las siguientes consignas, compartir las ideas y sentimientos que se generen, y construir conocimiento colectivamente en el indispensable diálogo de saberes:

- ¿Cómo me siento siendo Aire, Agua, Alimento, Albergue, Amor, Arte?:

Apela a volver a sentir que somos Naturaleza.

- ¿Qué tiene que ver cada “A” con mi vida?: Procura involucrarnos vivencialmente con el entorno y con uno mismo.
- ¿Cómo se halla cada “A” en mi ecosistema local?: Trata de hacer tomar conciencia que la salud es una sola
- ¿Qué hacer?: Motiva a una acción colectiva para el cuidado de la salud de nuestro Ecosistema Local.

Hemos vivenciado que esta propuesta pedagógica es un aporte que ayuda a aprehender lo cotidiano de manera ecosistémica.

La Salud de los Ecosistemas es la salud de las relaciones, de cada singularidad consigo misma, con el Todo y de las singularidades entre sí.

Esperanza y Alegremia, un solo sentimiento

Esperanza es definida como “estado de ánimo que surge cuando se presenta como alcanzable lo que se desea”.

“Tener Esperanza” no significa asumir una actitud pasiva, esperando que alguien vaya a conceder o hacer lo que se desea. Todo lo contrario, ¡“tener Esperanza” implica Acción!

Desde nuestra visión del mundo, tenemos la Esperanza que nos lleva a la acción de bregar por el cambio cultural. Despojarnos del Antropocentrismo y abrazar el Biocentrismo.

¿Qué aporta la Alegremia, la “alegría que corre por la sangre”?

La Alegremia energiza para la Acción.

Ya en 2001, en el marco del Seminario “Globalización, Salud y Desarrollo Humano”, realizado en Cuenca, Ecuador, nuestro amigo Arturo Quizhpe, por ese entonces Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, resaltaba una y otra vez, ante estudiantes y docentes, la trascendencia de “la alegría que corre por la sangre”.

Arturo es quien comienza a hablar de “Esperanza y Alegremia”. Dice que “Esperanza” se escribe con las “A” de la Alegremia.

La palabra Alegremia sintetiza el sentir que expresa la Sabiduría Popular: la salud es sentirse bien, estar contento, tener ganas de vivir, de trabajar, de visitar amigos, de abrazar el árbol.

Y la salud es valorada como “lo principal”. Es componente esencial de la felicidad. Hemos venido al mundo a ser felices.

Y la palabra tuvo y tiene magia. Contagió y contagia. Es desde su inicio una idea-fuerza que estimula la imaginación creativa.

Nos induce a volver a las raíces, a recuperar el sentido de pertenencia a la Vida. Somos Aire, Agua, Alimento, Albergue, Amor, Arte.

Nos lleva a tomar conciencia de las Necesidades Vitales Indispensables. Una valiosa “medicina” para liberarnos de la consumopatía que nos induce a emplear todas nuestras energías para tener cosas.

Es una construcción colectiva que agrega nuevas A: Aprendizaje, Amistad, Armonía, Actividad física, Afrontamiento, Austeridad, Agradecimiento, Alma y siguen las A... Se enriquece con sentipensares que fluyen de distintas fuentes, para darnos entusiasmos para abordar problemas y dificultades con imaginación creativa.

Nos genera entusiasmos para vivir con Esperanza cuidando la Vida día a día.

Y la Alegremia se va haciendo presente en diversos ámbitos mediante reflexiones, escritos, canciones, obras de teatro, títeres, poemas, murales, programas de radio, manifestándose con una multifacética creatividad.

La Alegremia energiza para Esperanzar.

Generación de políticas públicas desde lo cotidiano

Estas vivencias sentipensando las “A” de la Esperanza para tener Alegremia, expresan una nueva ética, una nueva manera de sentir la Vida, y tienen la potencialidad de generar políticas desde lo cotidiano.

¿Este emprendimiento o actividad que realizamos en nuestro ecosistema local, aporta a la salud de los ecosistemas?

Esta es la pregunta que proponemos para que acompañe cada una de nuestras decisiones y acciones personales, familiares, comunitarias, institucionales, gubernamentales.

Nuestro hacer es transformador de la comunidad a la que le pertenecemos. Por eso nos acompaña la alegría de saber que desde nuestros sueños íntimos,

nuestras actitudes cotidianas y nuestras organizaciones sociales, estamos construyendo un mundo mejor.

La Alegría no se puede “medir”. Sin embargo, la percibimos en la manera como nos sentimos, como caminamos, como nos relacionamos, y en la luz que emana de los rostros y en las estrellas que bailotean en los ojos.

Es una actitud positiva en la vida. No se trata de risa fácil ni de ignorar las dolorosas consecuencias de las injusticias sociales y ecológicas.

La supervivencia de la Humanidad está amenazada y demanda un cambio de modelo civilizatorio.

De allí la propuesta pedagógica “Esperanza y Alegría” para contribuir a la salud de los ecosistemas locales.

Contribuir a la salud del ecosistema local, es contribuir a la salud del Planeta en su totalidad.

“Esperanza y Alegría” propone asumir la investigación local como base de todo proceso educativo, e invita a sumergirnos en la necesaria aventura de pensarnos por nosotros mismos.

Esta propuesta pedagógica que viene de la esperanza y que nos lleva a ella, nos permite trascender de la obligación a la autenticidad y de la dominación a la libertad.

Referências:

- FREIRE, Paulo. *Pedagogía de la Autonomía. Saberes necesarios para la Práctica Educativa*. Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires, 2002 (1996)
- FREIRE, Paulo. *Pedagogía de la Esperanza. Un Reencuentro con la Pedagogía del Oprimido*, Siglo Veintiuno Editores Argentina, Buenos Aires, 2006 (1992)
- MONSALVO, Julio. *Cuadernos de la Internacional de la Esperanza*. Tomo XIII. *Alegría y Esperanza*, Ediciones Co.incidir, http://www.altaalegria.com.ar/contenidos/cuaderno_13_alegria_y_esperanza.html
- PAYÁN, Sandra Isabel y MONSALVO, Julio Alberto, *Salud de los Ecosistemas. Desde el sentimiento de ser Naturaleza con Esperanza y Alegría*, Colección Altaalegría N°2, Formosa, Argentina, 2009
- WEINSTEIN, Luis. *Cuadernos de la Internacional de la Esperanza*. Tomo I. *Miradas a la Internacional de la Esperanza ¿Visión? ¿Misión? ¿Acción?*, Ediciones Co.incidir, http://www.altaalegria.com.ar/contenidos/cuadernos_miradas_a_la_internacional.html



TRILHANDO CAMINHOS PARA O CUIDADO INTEGRAL: ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL

José Ribamar Fernandes Saraiva Junior
Aline Magnus Ritt Saraiva

Introdução

O interesse em espiritualidade e saúde mental é evidente: nota-se um aumento significativo de produção de pesquisas científicas relacionadas com o tema. Nos últimos cinco anos, quase que duplicou a produção, quando comparados ao mesmo período anterior.

Nas práticas de educação popular, a dimensão espiritual sempre esteve presente, mas de forma não claramente reconhecida nas análises teóricas. As dimensões emocionais e simbólicas são marcas centrais das dinâmicas educativas destas práticas, vistas através de um instrumental teórico sobre espiritualidade (VASCONCELOS, 2009).

Graças a este interesse, os autores da área buscam cada vez mais aprimorar suas pesquisas, produzindo estudos relacionados à prática clínica. Demonstram, assim, que intervenções espirituais e religiosas vêm melhorando a saúde mental, a qualidade de vida e um maior controle do sistema imunológico e inflamatório (Moreira-almeida & Lucchetti, 2016).

Por outro lado, pesquisas mostram que religião e espiritualidade podem ser prejudiciais à saúde mental quando existe enfrentamento religioso negativo, incompreensão, falta de comunicação e crenças negativas. A religião e a espiritualidade têm a capacidade de promover ou prejudicar a saúde mental. Esse potencial exige uma maior conscientização sobre assuntos religiosos por profissionais da área da saúde mental, bem como atenção nas pesquisas destas áreas (Weber & Pargament, 2014).

Historicamente, observamos discordâncias e conflitos evidentes entre psiquiatria e religião. No século XIX, banhado pela concepção iluminista, o progresso da ciência e da psiquiatria emergia como disciplina; à medida que isto acontecia, a religião foi rapidamente rotulada como problemática.

Em 1907, Sigmund Freud descreveu a religião como uma “neurose obsessiva universal”. Os adeptos da psicanálise, influenciados pela postura ateísta de Freud, solidificam ainda mais a posição da psiquiatria como hostil à religião (WEBER & PARGAMENT, 2014).

Por outro lado, o avanço da medicina da saúde mental alienou vários clérigos que consideravam a psiquiatria como “anticristã” ou “perigosa”. Essa dicotomia entre psiquiatria e religião persistiu durante a maior parte do século XX, criando um abismo entre ciência e religião. Felizmente, nos últimos 30 anos observa-se uma postura mais positiva e receptiva em relação à religião e à espiritualidade, com uma crescente valorização da importância da cultura dos pacientes, postura esta influenciada pela produção de evidências científicas crescentes de que religião e espiritualidade podem ter efeitos salutares na saúde mental (WEBER & PARGAMENT, 2014).

Instigados pelo assunto, procuramos avaliar os estudos clínicos randomizados publicados nos últimos cinco anos para avaliar como está se dando a implementação das questões relacionadas à espiritualidade e saúde mental na prática clínica. Pesquisamos nas seguintes bases de dados: Pubmed, Web of Science, CINAHL e PsycINFO. Nós utilizamos como termos para esta pesquisa: spirituality, Spiritualities, Mental Health Recovery, Mental Health e Recovery, Mental Health. Como critérios de inclusão, utilizamos somente ensaios clínicos randomizados para dar uma maior relevância ao tema que tivessem o componente espiritualidade instituído em suas intervenções.

Contextualização

Há relatos na literatura de que desde os primórdios da humanidade a experiência religiosa e espiritual é um elemento que está presente na nossa história, de diferentes formas culturais e sociais. Em um contexto histórico de todas as civilizações é possível perceber narrativas a respeito de suas religiões, cerimônias, mitos, rituais e símbolos, juntamente com descrições de seus deuses ou do seu deus. Isso demonstra que o homem sempre esteve ligado ao lado místico e espiritual, buscando, assim, um sentido para tudo a sua volta — e, inclusive, para sua própria vida. Desta forma, quando estamos em crise, geralmente buscamos

os fenômenos transcendentais (religioso/espiritual) para tentar explicar o nosso momento atual ou para tentar encontrar a solução dos nossos problemas. Deste modo, o “misterioso” nos deixa perplexos e nos atrai imensamente (ALVES & ASSIS, 2015).

Sabendo que os significados sobre a religiosidade e a espiritualidade são diversos, a busca de uma definição única é uma árdua tarefa. Como diria Koenig (2012) *in* Alves e Assis (2015), tentar definir a diferença entre as palavras religião e espiritualidade é conseqüentemente gerar um tópico problemático, pois cada sujeito tem sua própria definição. Entretanto, no âmbito da pesquisa científica, esses termos devem ser definidos com maior exatidão para o estudo objetivo de seu impacto na saúde, em especial, na saúde mental (ALVES & ASSIS, 2015).

Tratando-se de educação popular em saúde, Eymard Vasconcelos, nos seus estudos, nos mostra que o trabalho em saúde sempre esteve ligado às práticas religiosas. Na atualidade da medicina científica moderna, estudos antropológicos recentes demonstram que o processo de adoecimento, tratamento e cura levam em consideração as dimensões religiosas em qualquer estrato social. Porém, a necessidade de afirmação da ciência moderna levou a uma visão dualista inerente ao paradigma newtoniano e cartesiano de ciência, que separa o mundo da matéria do mundo do espírito, tornando os espaços acadêmicos de formação frios em relação ao debate do ser humano enquanto espírito religioso, com suas vivências e práticas da espiritualidade importantíssimos como promotores de saúde (VASCONCELOS, 2009).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, não existe definição “oficial” abrangendo os seguintes fatores: bem estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência e a autorrealização de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas afetam o modo como a “saúde mental” é definida. A saúde mental pode incluir também a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica, bem como um conceito mais amplo, entendido como ausência de transtornos mentais, ou ainda, um equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. Deste modo, a privação do direito de ir e vir, o prejuízo da autodeterminação e da autoestima, o prejuízo psicológico fazem parte de

um conjunto de formas de violência psicológica que devemos entender e não aceitar (KRUG et al., 2002).

A visão da loucura vem se transformando ao longo do tempo, indo desde o campo da Mitologia até o da Religião. Na Grécia Antiga, o “louco”, geralmente era um conselheiro, homem dotado de poderes e inteligência, era considerado uma pessoa com habilidade diversas. O que dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. A loucura era tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, reconhecida e valorizada socialmente. Não havia necessidade de seu controle e/ou exclusão (TORRE & AMARANTE, 2011).

Da antiguidade clássica até a era cristã, a loucura era vista sob alguns enfoques: o de Homero, com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes, com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno, com o das disfunções somáticas. Na idade média, as possessões diabólicas dos loucos ou a pedido de alguma bruxa, ambos serviam de exemplo para não ser seguidos, recebendo castigos variados. Havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa — e a segunda, a obsessão, na qual o demônio altera percepções e emoções da pessoa (FIGUEIRÊDO et al., 2014).

Ainda na Idade Média, época marcada pela forte influência da igreja católica cristã, pela peste, lepra e medo de ameaças de outros mundos, a loucura precisava ser vista como expressão das forças da natureza ou algo da ordem do não humano, pois não podia ser algo dos homens e do divino. Era exaltada, num misto de terror e atração. Mais tarde, era tida como possessão por espíritos maus, pois ainda não se tinha o conceito de doença mental — e também não se podia aceitar que assim fosse natural, e por isso precisavam ser extirpados mediante práticas inquisitoriais, sob o controle da Igreja (RIBAS et al., 2009; TORRE & AMARANTE, 2011).

Já no século XVII, o conceito de desrazão, sendo o “louco” aquele que transgride ou ignora a moral racional, vem acompanhado de uma associação com a periculosidade, visto que, uma vez “desrazoado”, representa o não-controle, a ameaça e, por conseguinte, o perigo. Grande parte deste conceito vem do início dos estudos sobre a loucura, que ganha um caráter moral, passando a ser algo desqualificante — e que traz consigo um conjunto de vícios,

como preguiça e irresponsabilidade, atrelados ao Mercantilismo e às conquistas das grandes navegações, que dominavam o pressuposto de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Daí, todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os loucos, começam a ser depositados e encarcerados: sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante, nasce um embrião higienista da medicina (RIBAS et al., 2009).

Nesta época vemos retratados, nas mais variadas obras, o horror, o temor e a admiração provocados pelos loucos à época da *Stultifera Navis* (Naus dos Insensatos), onde os loucos, ladrões e prostitutas eram lançados ao mar numa tentativa de se livrar daqueles encaixos da sociedade, sob o argumento de testar as navegações (FIGUEIRÊDO et al., 2014).

Aproximadamente um século mais tarde, com a Revolução Francesa (1789), influenciado pelo avanço científico que culminará no século das luzes, cujos ideais de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” tomavam força e impulsionavam transformações, inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos, até então isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais, que pareciam mais depósitos de pessoas em porões daquelas instituições. Tais Hospitais se constituíam, ao mesmo tempo, num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão, ou seja, onde cuidado e segregação se confundem. Os conceitos de saúde e doença situavam-se numa perspectiva social de cunho moral, relacionado ao caráter, subordinada às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, com vistas à manutenção da ordem pública (RIBAS et al., 2009).

No final do sec. XVIII, em 1793, é que Pinel, uma vez nomeado para dirigir o Hospital de Bicêtre, na França, define um novo *status* social para a loucura: a loucura, enquanto doença, deveria ser tratada medicamente. Trata-se do início da apropriação da loucura pelo saber médico, numa tentativa de retirar as amarras dos loucos e dar um tratamento mais humanizado. A partir de então, loucura passa a ser sinônimo de doença mental. Pinel manda desacorrentar os alienados e inscreve suas “alienações” na nosografia médica (PEREIRA, 2004).

Mesmo com a intenção de humanizar o tratamento da loucura — com a visão de que a loucura, enquanto doença, deveria ser tratada medicamente —, sua

iniciativa abre duas questões importantes: se por um lado, tal iniciativa cria um campo de possibilidades terapêuticas, por outro, define um estatuto patológico e negativo para a loucura. Suas idéias acabam por estabelecer que o louco tivesse o tratamento adequado do seu transtorno, mas por outro lado terminam por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, com a finalidade de estudá-los e buscar sua cura — iniciando a disseminação dos asilos, que passam a ser vistos como o melhor espaço terapêutico, porém ainda com a instituição do tratamento moral como sendo a melhor opção. Nasce a concepção de alienação e, com ela, a separação absoluta da sociedade, perdendo o direito de ser considerado sujeito igual aos demais cidadãos, evoluindo com a interdição civil e o controle absoluto (PEREIRA, 2004).

Mesmo com toda tentativa de diagnóstico implicada na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações biológicas, mentais e sociais do paciente, que eram realizadas dentro no manicômio — que passou da condição de asilo onde se abriga, para a condição de cura/tratamento, e sua ampla repercussão na Europa —, a doutrina de Pinel foi logo ofuscada pelo emprego inadequado do tratamento; porém, aumentou o interesse pela explicação e tratamento da loucura a partir de modelos organicistas, reservados ao poder médico, psiquiátrico, em busca de um tratamento medicamentoso ou procedimento exclusivo da ordem médica. Com a volta da visão organicista na prática psiquiátrica, o manicômio deixa de ser recurso terapêutico e volta a ser um instrumento de segregação social (FIGUEIRÊDO et al., 2014).

Nosso primeiro hospital psiquiátrico manicomial foi criado em 1852, nesse caso, o Hospício D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Em 1912 foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, seguido do ganho de *status* de especialidade médica autônoma aos psiquiatras, a partir daí aumentando o número de instituições destinadas aos doentes mentais. Inicia-se a psiquiatria no Brasil por meio de disciplinas médicas com suas especificações e especialidades bem definidas. A disciplina instituída nessas instituições também produzia socialmente a normalização de comportamentos, sendo estes passíveis de intervenção do saber psiquiátrico, atuando na higienização social. Nessa direção, outros dispositivos disciplinadores foram criados, a exemplo de nossas instituições de saber, leis e decretos, orientando práticas médicas no tratamento da loucura (FIGUEIRÊDO et al., 2014).

Hoje evoluímos com a reforma psiquiátrica brasileira: os manicômios não existem mais nas práticas do cotidiano, mas o estigma da doença mental talvez seja o próprio manicômio nas ruas do nosso país.

Resultados

Encontramos 15 ensaios clínicos randomizados que abordavam intervenções envolvendo algum tipo de espiritualidade nas práticas de saúde, utilizando os unitermos citados acima. Destes, 03 estudos foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão desta revisão.

A busca foi realizada em pares e revisada duas vezes em relação aos critérios de inclusão e exclusão, utilizando o protocolo PRISMA para realização do estudo (MOHER et al., 2015). Os resultados foram agrupados na tabela 1, no final do texto.

Um primeiro estudo selecionou de forma randomizada mães com síndrome de Burnout, avaliadas pela versão alemã validada do Maslach Burnout Inventory (MBI-D); foram divididas em dois grupos de forma aleatória, em que um grupo recebeu aconselhamento nutricional ayurvédico, que envolve práticas de espiritualidade, e o outro aconselhamento nutricional convencional, programadas em cinco sessões de aconselhamento durante doze semanas. Em ambos os grupos as intervenções obtiveram efeitos positivos ao Burnout, qualidade de vida, sono, estresse, depressão e ansiedade, mais pronunciados no grupo Ayurveda. Na análise qualitativa, identificou-se que o praticante ayurvédico usou formas interrogativas abertas, dispositivos para demonstrar compreensão e reavaliação positiva com mais frequência, levando a uma interação menos assimétrica (KESSLER et al., 2017).

Em outro estudo, Kwan e colaboradores (2019) aplicaram a técnica de revisão da vida, que é uma intervenção promissora para melhorar o bem estar espiritual das pessoas idosas. Este é o primeiro estudo randomizado, duplo cego controlado por placebo a examinar a eficácia e a aplicabilidade de uma intervenção de revisão de vida conduzida por enfermeiros em pessoas com doenças limitantes da vida, com o objetivo de melhorar seu bem estar espiritual e diminuir sua ansiedade e depressão. Foi adotada uma abordagem seqüencial de método

misto, ensaio clínico randomizado e avaliação qualitativa. O estudo foi realizado em três hospitais regionais de capital público em Hong Kong. Os participantes eram pessoas que sofriam de doenças que limitavam a vida e recebiam cuidados paliativos no domicílio (da própria comunidade) ou hospitalizado. Foram utilizados dois conjuntos de questionários: a subescala espiritual do Questionário de Qualidade de Vida McGill, versão de Hong Kong, e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, versão chinesa. Foram recrutados 109 participantes (54 no grupo de intervenção e 55 no grupo de controle). O grupo de intervenção mostrou uma melhora significativamente maior no bem estar espiritual do que o grupo controle, com um tamanho de efeito de Cohen de 0,65. Embora tenha havido melhorias nos níveis de ansiedade e depressão no grupo de intervenção, a significância estatística nas comparações entre os grupos não foi alcançada. Os participantes descreveram o processo de intervenção como ‘confortável’, ‘relaxante’ e ‘interessante’ e se sentiram iluminados, com maior autoconsciência, depois dele. A intervenção de revisão da vida liderada por enfermeiros demonstrou efeitos significativos de melhoria no bem estar espiritual. O feedback dos participantes sobre o desempenho dos enfermeiros foi positivo, considerando a intervenção aceitável e útil. O cenário da intervenção agora foi estendido do leito para o lar. Recomenda-se incorporar a revisão da vida no treinamento especializado em enfermagem paliativa, capacitando mais enfermeiros para realizar a intervenção em sua prática diária (KWAN et al., 2019).

Visto a sobrecarga emocional, baixa qualidade de vida (QV), a intensidade da doença e do tratamento, a díade paciente-cuidador tem desafios únicos que levam ao esgotamento físico e mental. Um estudo muito relevante envolvendo cuidadores e pacientes com câncer, pois existem poucos estudos sobre intervenções que proporcionem a melhora e apoio a longo prazo nos cuidadores. Neste estudo foram avaliadas alterações em vários domínios da QV após a participação em uma intervenção de QV para cuidadores de pacientes com câncer avançado, recentemente diagnosticado. Foram randomizadas as díades paciente-cuidador para atendimento habitual ou para uma intervenção em grupo composta por seis sessões de 90 minutos de componentes multidisciplinares estruturados de QV, entregues ao longo de 4 semanas, com 10 telefonemas de acompanhamento em 20 semanas. Os cuidadores participaram de quatro das seis sessões acompanhados dos pacientes. As sessões

incluíram fisioterapia, estratégias de enfrentamento e comunicação, educação em saúde mental, espiritualidade e necessidades sociais. A QV do cuidador (CQOLC) e a autoavaliação analógica linear (LASA) e o humor (perfil do Mood States-Brief [POMS-B]) foram medidos na linha de base e em 4, 27 e 52 semanas. Testes de Wilcoxon e tamanhos de efeito foram utilizados para comparar os grupos de cuidadores. Dos 131 cuidadores (65 intervenções e 66 cuidados habituais), 116 completaram o estudo. Os cuidadores pós-intervenção (com 4 semanas) tiveram melhores pontuações no bem estar espiritual da LASA; Escore total do POMS-B, Vigor/Atividade e Fadiga/Inércia; e Adaptação CQOLC. A longo prazo (em 27 semanas), os cuidadores mantiveram a melhora na fadiga/inércia do POMS-B e obtiveram melhorias na perturbação do CQOLC e nas preocupações financeiras. Os cuidadores que receberam a intervenção apresentaram maiores classificações de QV para domínios específicos da QV, mas não para a QV geral, mostrando que as intervenções gerais podem ser úteis, mas que é importante personalizar e considerar as necessidades individuais (LAPID et al., 2016).

Sabe-se que o Transtorno de estresse pós-traumático é muito prevalente na sociedade atual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Um estudo piloto com o intuito de testar a eficácia do Impact of Killing (IOK), um novo tratamento cognitivo-comportamental (TCC) destinado a reduzir os sintomas de saúde mental e o comprometimento funcional. Foram randomizados 33 veteranos de combate com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) que concluíram a psicoterapia focada no trauma e relataram sofrimento por matar ou se sentirem responsáveis pela morte de outros na guerra. O IOK é uma TCC de 6 a 8 sessões, semanal, individual, com duração de 60 a 90 minutos, e focado em temas-chave, incluindo fisiologia das respostas ao assassinato, dano moral, autoperdão, espiritualidade, correção e melhora funcional. Evidenciou-se que o grupo que recebeu IOK apresentou uma melhora significativa nos sintomas de TEPT, sintomas psiquiátricos gerais e qualidade das medidas funcionais, fornecendo evidências preliminares de que os veteranos podem se beneficiar de um tratamento focado no impacto da morte após a terapia de trauma inicial (MAGUEN et al., 2017).

A depressão em adolescentes e adultos jovens é uma importante condição de saúde mental que requer atenção, pois é o maior fator de risco para suicídio,

sendo a maior causa de morte no mundo para população até os 19 anos de vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Pesquisas sugerem que abordagens que incluem conceitos espirituais e são entregues por meio de uma plataforma on-line são uma abordagem potencialmente benéfica para o tratamento/gerenciamento da depressão nessa população (RICKHI et al., 2015).

Apresentamos um estudo que teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção on-line de saúde mental informada em espiritualidade on-line de 8 semanas (Projeto LEAP) sobre a gravidade da depressão e os resultados secundários do bem estar e autoconceito espirituais em adolescentes e adultos jovens com transtorno depressivo maior de gravidade leve a moderada. Foi um estudo randomizado, controlado por lista de espera, estudo clínico piloto cego por avaliador foi realizado em Calgary, Alberta, Canadá. A amostra de 62 participantes com transtorno depressivo maior (DSM-IV-TR) foi definida por dois subgrupos etários: adolescentes (13 a 18 anos; n = 31) e adultos jovens (19 a 24 anos; n = 31). Comparando os braços de controle do estudo e da lista de espera na semana 8 (o ponto em que o braço do estudo havia concluído a intervenção e o braço de controle da lista de espera não) e dentro de cada braço em quatro momentos no período de acompanhamento de 24 semanas, conclui-se que na linha de base, não houve diferença estatística entre os participantes do estudo e da lista de espera para os dois subgrupos de idade para os três resultados de interesse. Após a intervenção, a gravidade da depressão foi significativamente reduzida; comparação entre os braços na semana 8 e ao longo do tempo em cada braço e nos dois subgrupos de idade. As mudanças espirituais de bem estar não foram significativas, com exceção de uma melhora ao longo do tempo para os participantes mais jovens do grupo de estudo ($p = 0,01$ na semana 16 e $p = 0,0305$ na semana 24). O autoconceito melhorou significativamente para os participantes mais jovens imediatamente após a intervenção ($p = 0,045$ comparação entre os braços na semana 8; $p = 0,0175$ no braço de controle da lista de espera) e com o tempo no braço do estudo ($p = 0,0025$ na semana 16). Nos participantes mais velhos, a mudança foi mínima, com exceção de uma melhora significativa em um dos seis fatores (vulnerabilidade) no braço do estudo ao longo do tempo ($p = 0,025$ na semana 24). Parece que os adolescentes se beneficiariam com intervenções on-line na faixa etária de 13 a 24 anos com transtorno depressivo maior leve a

moderado, com várias situações da vida e de maneira limitada sobre o bem estar espiritual e o autoconceito (RICKHI et al., 2015).

Antecedentes: o objetivo deste estudo foi explorar a eficácia de um pacote de treinamento em cuidados espirituais em cuidadores maternos de crianças com câncer. Materiais e métodos: este estudo foi um estudo quase experimental, com desenho pré e pós-teste, composto por uma amostra de 42 mães de crianças diagnosticadas como portadoras de câncer. Os participantes foram aleatoriamente designados para um grupo experimental ou um controle. O pacote de treinamento consistia em sete sessões de treinamento em grupo oferecidas em um hospital infantil em Teerã. Todas as mães completaram a Escala de Classificação de Espiritualidade e Cuidado Espiritual (SSCRS) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) no pré e pós-teste e após três meses de acompanhamento. O autor encontrou diferença estatística significativa na melhora da ansiedade em relação ao atendimento personalizado (espiritual e religioso) e aumento da pontuação total na espiritualidade nos grupos intervenção em relação ao controle no seguimento ($P < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa nos escores de estresse e depressão entre a intervenção e os grupos de controle no acompanhamento, apesar de diminuir a ansiedade em mães de crianças com câncer e diminuir a ansiedade. Pode-se concluir que o treinamento em cuidados espirituais poderia ser usado efetivamente na redução de desafios espirituais angustiantes em mães de crianças com câncer (BORJALILU et al., 2016).

Um estudo sobre a intervenção Calmer Life (CL) e Assistência comunitária aprimorada com aconselhamento de recursos (ECC-RC)-RC para populações carentes com 50 anos ou mais, para o tratamento de ansiedade generalizada, ansiedade, depressão, transtornos do sono, melhoria de qualidade de vida e melhoria da satisfação relacionadas à saúde. Foi um pequeno estudo randomizado, 40 adultos carentes de 50 anos ou mais, com preocupação significativa e principal ou Transtorno de Ansiedade Generalizada coprincipal (TAG) ou Transtorno de Ansiedade Não Especificado. A intervenção Calmer Life trabalha com habilidades flexíveis, centradas na pessoa, para reduzir a preocupação; recurso: aconselhamento para atender às necessidades básicas não atendidas, podendo incluir religiosidade/espiritualidade e facilitação da comunicação com os cuidados primários, com os provedores desenvolvidos através de uma parceria entre a comunidade acadêmica,

serviço social e organizações de base religiosa. Foram utilizados o Questionário de Preocupação Primária ou Penn State - Abreviado, a escala de Gravidade de ansiedade generalizada GAD e a Escala de Depressão Geriátrica- breve, assim como o Índice de Gravidade da Insônia e escala de resultados médicos de 12 itens. Foi evidenciado que o treinamento fornecido foi válido; as classificações médias para provedores comunitários estavam bem acima da média, com nada menos que adequado. O alcance foi excelente, os participantes que recebem Calmer Life tiveram uma melhora maior na diminuição da gravidade da ansiedade generalizada e depressão, que aqueles que receberam apenas os Cuidados Comunitários. A satisfação com os dois tratamentos foi equivalente (STANLEY et al., 2016).

Objetivos: determinar se a Calmer Life (CL) melhorou a preocupação, a ansiedade generalizada, sintomas relacionados ao transtorno (GAD), ansiedade, depressão, sono, sintomas relacionados ao trauma, *status* funcional e qualidade de vida melhor que Assistência Comunitária Aprimorada com Recursos Aconselhamento (ECC-RC) aos 6 meses; e se os efeitos do tratamento foram mantidos em 9 meses. Desenho: Estudo randomizado, controlado e de eficácia comparativa; Local: bairros menos favorecidos, de baixa renda e majoritariamente em Houston, Texas; Participantes: Indivíduos com 50 anos ou mais com preocupação e interesse significativos em receber tratamento psicossocial; Intervenções: CL, terapia cognitivo-comportamental com aconselhamento de recursos, facilitação de comunicação com os prestadores de cuidados primários sobre preocupação/ansiedade, integração de religião/espiritualidade, flexibilidade centrada na pessoa, no conteúdo e na entrega de habilidades e não-tradicionais provedores comunitários; ECC-RC, informações e recursos padrão aprimorados baseados na comunidade, aconselhamento para atender às necessidades básicas não atendidas e às necessidades de saúde mental. Medições: Desfechos primários: preocupação e gravidade dos sintomas relacionados ao GAD. Secundários desfechos: ansiedade, depressão, dificuldades para dormir, sintomas relacionados ao trauma, estado funcional, qualidade de vida, uso do serviço e satisfação. Resultados: Melhorias semelhantes e moderadas após CL e ECC-RC por preocupação, relacionadas ao GAD sintomas, ansiedade, depressão, sono, sintomas relacionados ao trauma e qualidade da saúde mental vida aos 6 e 9 meses, mas com os sintomas restantes nos dois momentos. Maior satisfação com

CL nos dois momentos. Menos participantes do ECC-RC relataram pelo menos 1 internação em 3 meses anteriores ao CL em 6 e 9 meses; aos 9 meses, menos relataram pelo menos uma visita com um profissional de saúde nos últimos 3 meses. Conclusões: CL e ECC-RC levaram a melhorias semelhantes aos 6 e 9 meses, embora com restantes sintomas que podem exigir cuidados contínuos. Qualquer intervenção ou uma combinação dos dois podem ser úteis para idosos de baixa renda com preocupação/ansiedade identificadas (STANLEY et al., 2018).

A esquizofrenia é uma doença que tende a ser crônica e degenerativa, com uma prevalência mundial em torno de 1 a 2%. Desde muito cedo, pode-se observar os primeiros sinais da doença, sendo por volta dos 15 aos 25 anos a fase da chamada “virada esquizofrênica”, o que acarreta uma sobrecarga ao cuidador (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), gerando altos graus de emoções inconscientes (vergonha e culpa/culpa própria), além de outras consequências graves para a saúde mental. Os membros da família são altamente influenciados por fatores étnicos e culturais no que tange à forma como se olha a doença mental. Pesquisas indicam ainda que certas práticas e valores culturais (espiritualidade, coletivismo) podem ajudar os membros da família a lidar com as emoções inconscientes e o fardo associado ao cuidado (DE MAMANI & SURO, 2017).

Este estudo compara intervenções com sistema de tratamento familiar e culturalmente informado para a esquizofrenia (CIT-S). Utilizando uma amostra de 171 cuidadores de pacientes com esquizofrenia (60% hispânicos, 28,2% caucasianos, 8% afro-americanos e 3,8% “outros”), avaliou-se a capacidade do CIT-S de reduzir emoções inconscientes e a carga do cuidador acima e além de uma condição de controle de psicoeducação em três sessões (PSY-ED) e examinado ainda se emoções inconscientes mediavam a relação entre o tipo de tratamento e a carga do cuidador. Demonstrou-se que o CIT-S superou o PSY-ED na redução da culpa/culpa própria e do fardo do cuidador. Além disso foram encontradas reduções na culpa/culpa inconsciente para mediar as mudanças observadas entre o tipo de tratamento e a carga do cuidador. Enquanto os cuidadores de ambos os grupos de tratamento demonstraram reduções significativas de vergonha após o tratamento, porém neste aspecto o CIT-S não superou o PSY-ED. Concluindo que os cuidadores de pacientes com esquizofrenia podem responder bem a um tratamento que explique especificamente suas crenças, valores e comportamentos

culturais, ajudando-os a lidar com a esquizofrenia de um parente (DE MAMANI & SURO, 2017).

Tabela 1.

	n	Crítérios	Intervenção	Análise	Resultado
(Kessler et al., 2017)	34	Mães com síndrome de Burnout avaliadas pela versão alemã validada do Maslach Burnout Inventory (MBI-D)	Aconselhamento nutricional ayurvédico e aconselhamento nutricional convencional programa de 5 sessões por doze semanas.	Maslach Burnout Inventory (MBI-D) Cohen Perceived Stress Scale (CPSS) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) Medical Outcomes Study 36-Item-Short Form (SF-36) Aspects of Spirituality (ASP) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Análise qualitativa	Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. No entanto, alterações médias intragrupo significativas e clinicamente relevantes para o resultado primário esgotamento e resultados secundários sono, estresse, depressão e saúde mental foram encontrados apenas no grupo Ayurveda
(Kwan et al., 2019)	109	Pessoas que sofriam de doenças que limitavam a vida com o Questionário de Qualidade de Vida McGill, versão de Hong Kong e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, versão chinesa	Intervenção de revisão da vida liderada por enfermeiros o. 20 semanas. Os cuidadores participaram de quatro das seis sessões atendidas pelos pacientes. As sessões incluíram fisioterapia, estratégias de enfrentamento e comunicação, educação em saúde mental, espiritualidade e necessidades sociais	Questionário de Qualidade de Vida McGill, versão de Hong Kong e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, versão chinesa	O grupo de intervenção mostrou uma melhora significativamente maior no bem estar espiritual do que o grupo controle, com um tamanho de efeito d de Cohen de 0,65. Não houve diferença estatística significativa para depressão e ansiedade apesar do relato de melhora dos pacientes

(Lapid et al., 2016)	116	Cuidador de paciente com câncer	Seis sessões de 90 minutos de componentes multidisciplinares estruturados de QV, entregues ao longo de 4 semanas, com 10 telefonemas de acompanhamento. 20 semanas na diade paciente cuidador	QV do cuidador (CQQLC) e a auto-avaliação analógica linear (LASA)) e o humor (perfil do Mood States-Brief [POMS-B])	Cuidadores pós-intervenção (com 4 semanas) tiveram melhores pontuações no bem estar espiritual da LASA; Escore total do POMS-B, Vigor (0,02) / Atividade e Fadiga (0,01) / Inércia (0,01); e Adaptação CQQLC (0,02). A longo prazo (em 27 semanas), os cuidadores mantiveram a melhora na fadiga / inércia do POMS-B (0,01) e obtiveram melhorias na perturbação do CQQLC (0,049) e nas preocupações financeiras (0,02)
(Maguen et al., 2017)	33	Veteranos de guerra com diagnóstico clínico de TEPT (SCID for DSM-IV)	A psicoterapia individual variou de seis a oito sessões, teve duração de 60 a 90 minutos e envolveu tarefas a serem concluídas pelos participantes entre as visitas. A conclusão do tratamento foi definida como participação total em todo o conteúdo descrito nas seis sessões, conclusão de todas as atribuições entre sessões e conclusão das medidas de resultado.	PTSD Checklist—Military Version DSM-IV symptoms of PTSD specifically for military populations Brief Symptom Inventory – BSI the Military to Civilian Questionnaire - M2C The Killing Cognition Scale, KCS	As pontuações totais de PCL, BSI e M2C melhoraram mais, em média, no grupo intervenção em comparação ao controle, embora não tenha atingido significância estatística. Porém o poder de efeito foi grande na ansiedade obsessiva compulsiva, fóbica e no total de BSI
(Rickhi et al., 2015)	62	DSMIV-TR	Intervenção on-line de saúde mental informada em espiritualidade on-line de 8 semanas, 1 módulo por semana (Projeto LEAP)	Escala de classificação de depressão infantil revisada (CDRS-R) para crianças de 13 a 18 anos ou Escala de classificação de Hamilton para depressão (HAMD) para crianças de 19 a 24 anos)	Mudanças espirituais de bem estar foram significativas na melhora ao longo do tempo para os participantes mais jovens do grupo de estudo (p = 0,01 na semana 16 e p = 0,0305 na semana 24). autoconceito melhorou significativamente para os participantes mais jovens imediatamente após a intervenção (p = 0,045 semana 8; e p = 0,0025 na semana 16

(Borjalilu et al., 2016)	42	Escala de Classificação de Espiritualidade e Cuidado Espiritual (SSCRS) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) pré teste	Grupoterapia de 7 pessoas utilizando ASSET model (Actioning Spirituality and Spiritual Care Education and Training) Este pacote de treinamento abrangeu sete sessões de 90 minutos oferecidas uma vez por semana. isto	Escala de Classificação de Espiritualidade e Cuidado Espiritual (SSCRS) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) pós teste	Diferença estatística significativa na melhora da ansiedade em relação ao atendimento personalizado (espiritual e religiosa) e aumento da pontuação total na espiritualidade nos grupos intervenção em relação ao controle no seguimento (P <0,001)
(Stanley et al., 2016)	40	Questionário de Preocupação Primária ou Penn State - Abreviado, Gravidade do GAD e Escala de Depressão Geriátrica - Curto, Formato; Índice de Gravidade da Insônia	Contatos breves (15 minutos) por telefone, com 4 a 5 ligações em 3 meses (3 quinzenais, depois 1 a 2 mensais, com base na preferência dos participantes)	Questionário de Preocupação Primária ou Penn State - Abreviado, Gravidade do GAD e Escala de Depressão Geriátrica - Curto, Formato; Índice de Gravidade da Insônia	Melhora maior na diminuição da gravidade da ansiedade generalizada e depressão
(Stanley et al., 2018)	134	Generalized Anxiety Disorder scale Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated (PSWQ-A), and the 8-item Patient Health Questionnaire (PHQ- 8) Structured Clinical Interview for DSM 5 (SCID)	Sessões de calmer life por 6 meses. treinamento de habilidades flexíveis, aconselhamento de recursos e facilitação da comunicação com os profissionais de saúde. Treinamento de habilidades básicas e eletivas, pode incluir religião / espiritualidade 1 ou 2 sessões sejam realizadas pessoalmente. durante os primeiros 3 meses há telefonemas breves, pelo menos 6 sessões de treinamento de habilidades.	Generalized Anxiety Disorder scale Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated (PSWQ-A), and the 8-item Patient Health Questionnaire (PHQ- 8) Structured Clinical Interview for DSM 5 (SCID)	Calmer Life e Assistência comunitária aprimorada com aconselhamento de recursos (ECC-RC)-RC produziram melhorias semelhantes e moderadas na preocupação / ansiedade e sintomas relacionados. Ambas melhoraram os sintomas depressivos e podem ser utilizados pelos serviços comunitários para populações mais velhas, de baixa renda e carentes.
(de Mamani & Suro, 2017)	171	DSM IV SCID I/P	Avaliação inicial de 2 a 2,5 horas (identidade cultural, dinâmica familiar e estratégias de enfrentamento) Avaliação familiar, 16 sessões de treinamento.	The Modified Burden Assessment Scale for Families of the Seriously Mentally Ill DSM IV SCIDI/P Likert ratings	Carga do cuidador ($\beta = 2,058, p <01$) e culpa / culpa própria ($\beta = 0,397, p <0,05$) O efeito indireto entre a condição de tratamento e a carga do cuidador por vergonha, no entanto, não foi significativo ($\beta = -176, p = 860$)

Tentamos escrever este texto com o máximo de neutralidade científica,

numa tentativa de aproximar as intervenções relacionadas à espiritualidade com o tema saúde. Nesta revisão da literatura, observamos que várias evidências científicas fortes nos fazem pensar e refletir que nossa prática clínica necessita ser personalizada, centrada na pessoa, considerando a cultura, espiritualidade/ religiosidade, conhecimento, capacidade de autocuidado, desejo, que transcendem as recomendações puramente clínicas baseadas em evidências científicas.

Relatamos com as pesquisas que expusemos que as intervenções são geralmente de caráter multifatorial e que lançam mão de várias ferramentas, dentre elas a espiritualidade, para conseguir melhorar a saúde das coletividades, sempre levando em conta a pessoa. Estas pesquisas são muito difíceis de realizar, seja pela falta de incentivo financeiro, seja pelo risco de viés de seleção, intervenção e aferição, mas cremos que a comunidade científica está cada vez mais observando que avaliar as pessoas na vida real, com um olhar amplo, produz material significativo para ser replicado. Fica, então, um forte apelo para que nossos pesquisadores possam seguir estas linhas de pesquisa.

Referências:

ALVES, D. G., & ASSIS, M. R. (2015). O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental : discutindo alguns de seus significados. *Conexões Psi*, 3(1), 72–100.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (E. Artmed (ed.); 5th ed.).

BORJALILU, S., SHAHIDI, S., MAZAHARI, M. A., & EMAMI, A. H. (2016). Spiritual care training for mothers of children with cancer: Effects on quality of care and mental health of caregivers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(2), 545–552. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.2.545>

DE MAMANI, A. W., & SURO, G. (2017). The effect of a culturally-informed therapy on self-conscious emotions and burden in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized clinical trial. *Physiology & Behavior*, 176(12), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>

FIGUEIRÊDO, M. L. DE R., DELEVATI, D. M., & TAVARES, M. G. (2014). Entre Loucos E Manicômios : História Da loucura e a reforma Psiquiátrica no Brasil. *Ciências Humanas e Sociais* |, 2, 121–136.

KESSLER, C. S., EISENMANN, C., OBERZAUCHER, F., FORSTER, M., STECKHAN, N., MEIER, L., STAPELFELDT, E., MICHALSEN, A., & JEITLER, M. (2017). Ayurvedic versus conventional dietary and lifestyle counseling for mothers with burnout-syndrome: A randomized controlled pilot study including a qualitative evaluation. *Complementary Therapies in Medicine*, 34, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.07.005>

KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A, ZWI, A. B., & LOZANO, R. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. In *Organização Mundial de Saúde* (Ed.), *Organização Mundial da Saúde*.

KWAN, C. W. M., CHAN, C. W. H., & CHOI, K. C. (2019). The effectiveness of a nurse-led short term life review intervention in enhancing the spiritual and psychological well-being of people



- receiving palliative care: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.007>
- LAPID, M. I., ATHERTON, P. J., KUNG, S., SLOAN, J. A., SHAHI, V., CLARK, M. M., & RUMMANS, T. A. (2016). Cancer caregiver quality of life: need for targeted intervention. *Psycho-Oncology*, 25(12), 1400–1407. [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1099-1611%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emex&NEWS=N&AN=606016814](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1099-1611%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emex&NEWS=N&AN=606016814)
- MAGUEN, S., BURKMAN, K., MADDEN, E., DINH, J., BOSCH, J., KEYSER, J., SCHMITZ, M., & NEYLAN, T. C. (2017). Impact of Killing in War: A Randomized, Controlled Pilot Trial. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 997–1012. <https://doi.org/10.1002/jclp.22471>
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J., ALTMAN, D., & THE PRISMA GROUP. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>
- MOREIRA-ALMEIDA, A., & LUCCHETTI, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 68(1), 54–57.
- PEREIRA, M. E. C. (2004). Pínel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3), 113–116. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004003011>
- RIBAS, V., MELO, R. DE, & RIBAS, G. (2009). Uma breve história da reforma psiquiátrica A brief history of the psychiatric reform. *NEUROBIOLOGIA*, 72(1), 85–96.
- RICKHI, B., KANIA-RICHMOND, A., MORITZ, S., COHEN, J., PACCAGNAN, P., DENNIS, C., LIU, M., MALHOTRA, S., STEELE, P., & TOEWS, J. (2015). Evaluation of a spirituality informed e-mental health tool as an intervention for major depressive disorder in adolescents and young adults - a randomized controlled pilot trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0968-x>
- STANLEY, M. A., WILSON, N. L., SHRESTHA, S., AMSPOKER, A. B., WAGENER, P., BAVINEAU, J., TURNER, M., FLETCHER, T. L., FRESHOUR, J., KRAUS-SCHUMAN, C., & KUNIK, M. E. (2018). Community-Based Outreach and Treatment for Underserved Older Adults With Clinically Significant Worry: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(11), 1147–1162. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.07.011>
- STANLEY, M. A., WILSON, N., SHRESTHA, S., AMSPOKER, A. B., ARMENTO, M., CUMMINGS, J. P., EVANS-HUDNALL, G., WAGENER, P., & KUNIK, M. E. (2016). Calmer Life: A Culturally Tailored Intervention for Anxiety in Underserved Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(8), 648–658. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.03.008>
- TORRE, E. H. G., & AMARANTE, P. (2011). Michel Foucault e a História da Loucura: 50 anos transformando a história da psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 3(6), 41–64. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1502>
- VASCONCELOS, E. M. (2009). Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cadernos CEDES*, 29(79), 323–333. <https://doi.org/10.1590/s0101-32622009000300003>
- WEBER, S. R., & PARGAMENT, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358–363. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>

I

LA AMISTOSOFÍA

En conversaciones en vivo y en directo y en comunicaciones escritas, hemos percibido interés en la intuición-idea de la amistosofía. De un tema abierto, ajeno a toda opción autoritaria. Filosofía, teosofía, antroposofía, ecosofía, poéticofía... Sofía... amistosofía.

La amistad es una actitud positiva, de acercamiento, de afecto, de compartir, de converger, de cuidado, de ayuda mutua, de promoción humana, de equidad, de respeto a la naturaleza, de posicionamiento de la condición humana, de búsqueda de la esencia, de la espiritualidad.

Sofía es sabiduría, Amistosofía... encuentro de la orientación amistosa, en todos sus niveles, con la Sofía, la sabiduría, la visión de conjunto, la cosecha de la experiencia, el pre requisito del sentido, la condición esencial para enfrentar las crisis y la actual crisis de la civilización y su expresión en la pandemia.

Amistosofía... una directiva ... el desarrollo de conciencia, para la convivencia, para la salud integral. Una tarea para la unidad en la diversidad, Una tarea política en el sentido directo de la palabra.

Amistosofía, un desarrollo personal, un desarrollo humano, una ecología, una sabiduría, una dirección, una búsqueda.

Una de las acepciones del término amistad, al decir de la Real Academia, es el de afinidad, conexión entre cosas.

Afinidad, conexión entre cosas, asociar... La filosofía, la antroposofía, la ecosofía, la teosofía, la psicofía, la poéticofía... son cercanas, viven en comunidad, a veces, hasta muestran mutualidad de la propia esencia. Mirándolas bien, se advierte cómo todas tienen un aire de familia: el de la amistosofía, el del reconocimiento de nuestra conexión, el de la identidad de pertenencia.

Más allá, junto con nuestra identidad existencial, nuestro ser diferenciado, está nuestra pertenencia, el ser partes de una familia, una comunidad, una especie,

la vida, la tierra, el cosmos, el ser...

La amistosofía, sabiduría desde la amistad, sobre la amistad, es inseparable del desarrollo personal, del desarrollo de conciencia, de las aproximaciones a la felicidad, del discurrir sobre otras formas de amor.

La amistosofía no es un término pasado por el civil, pero se utiliza, no causa daño, contribuye al cambio personal y al cambio social.

En nuestro caso, hablamos de amistosofía silvestre. De conversar, de discurrir, de recordar sobre la amistad desde el acontecer diario. Desde colaborar en la búsqueda de una visión integrada de la amistad, no pretender contar con ella.

Es reconocer sus muchas dimensiones. Estar consciente de su relevancia para el ser humano, para la convivencia, para el sentido.

Ir hacia la amistosofía... Buscar a Amisto Sofía.

Es un posible puente integrador entre la antroposofía, en el sentido más general del término, y la ecosofía.

Los cimientos de la amistad se pueden situar en lo amigable, la actitud básica de apertura, de simpatía, de agrado por la existencia del otro, de lo otro, de uno mismo... Donde hay contenido y no indiferencia. Donde hay afinidad, simpatía y no rechazo. Donde hay confianza. Si lo amigable aumenta de caudal, se convierte en corriente, en fuerza amistosa. A medida que se posee a sí mismo, lo amistoso va traduciéndose, va mutando a un accionar inducido, e, insensiblemente, va siendo flor y fruto al mismo tiempo, sabiduría pensante, sintiente. Amistosofía con el otro, con el ser, con uno mismo. Sabiduría como un asumir el puesto del ser humano como coexistencia activa, amistosa, ecosofía.

Amistad con la existencia y con uno mismo

Con la naturaleza y con la obra humana

Con el otro significativo y con la aventura humana

II

AMISTAD CONSIGO MISMO

El derecho a ser amigo de sí mismo

Mas allá de ciertos desiertos

en que ciega, arena, duelen obligaciones,
 hay un más acá
 delicioso, fértil, tuyo,
 tan tuyo tan redondamente tú
 que no necesitas cuidarlo,
 hacerlo derecho,
 o quitarle el palpitar de lo humano.
 Es el aquí
 de saberse libre,
 aunque tengamos la máscara del domesticado,
 es la chispa que saltó
 hace tiempo,
 al juntar humano con humano
 desde el mismo fondo
 de la primera sonrisa, de las preguntas de amanecer
 cuando la vida fluye silvestre
 a pura amistad,
 y cada descubrimiento
 es la alegría del pozo infinito,
 es vivir transparente
 al sol interno,
 desierto de lo turbio,
 cierto de inventar risas,
 aunque queme el dolor
 porque hasta la muerte es débil
 cuando pierde pudor la amistad
 y uno descubre su doble en cada arrebol humano,
 ese perfume del paraíso disimulado
 desde aquellos tiempos,
 la livianísima sonrisa de Eva y Adán
 palpitando en la verdad de la amistad desnuda
 cuando la culpa se disuelve en gracia,
 cuando el miedo da la mano al sueño,

cuando haces collares con muertes y días,
 cuando desconfianzas florecen mariposas muy ebrias
 cuando el rencor es marea que amasa alegría
 cuando de pura cercanía anticipas la humanización de las estrellas.

III

EL DERECHO A LA AMISTAD UNIVERSAL

Apertura del encuentro internacional:

Los Derechos Humanos y los nuevos Desafíos del siglo XXI.

Santiago, noviembre 2001

Amigas y Amigos:

Nos llamamos expositores y organizadores, convocantes e invitados, mujeres y varones, jóvenes y no tan jóvenes, oriundos de ese o de aquel país, con nuestras propias convicciones y profesiones, personalidades y formas de comunicación. En general, podemos no habernos visto antes, pero tenemos un gran amigo en común, uno y diverso, los Derechos Humanos, y sabemos que el alma de los derechos humanos es un valor, una actitud, un referente, la amistad con lo humano, con la humanización. Nuestras experiencias de vida nos han enseñado lo complejo que es el camino que permite extender las amistades particulares a la disponibilidad para la amistad con cada humano, con la tarea de humanización.

Por eso estamos aquí. Hay una historia extraña, maravillosa, inquietante, que nos regala la ciencia del siglo veinte. Nuestra ascendencia conocida es de unos quince mil millones de años, a partir de una gran luz, una llamarada original seguida por la emergencia progresiva del cosmos. No, no vamos a repetir esa historia con aquel hito significativo del origen de la vida en un lugar anodino del universo, junto a la progresiva aparición del ser capaz de saber de sí mismo, de hacerse preguntas, de colaborar con la vida.

El ser cuyos derechos venimos a examinar, a defender y a promocionar, somos los humanos, ahora sumidos en una crisis de evolución, de identidad, que remece hasta los cimientos el sentido de la existencia.

Asistimos a las grandes migraciones de los países pobres en medios de subsistencia hacia las naciones que olvidan las verdaderas riquezas humanas; a las penurias del continente hermano donde se iniciara la humanización; a lo que se asoma del enorme iceberg de las grandes contradicciones, de la crisis de sentido del desarrollo y la convivencia en el mundo, a la guerra entre el fundamentalismo individualista y la tendencia a no aceptar el examen del fundamento de las creencias: el integrismo del dinero y el integrismo de la fe.

El ser humano es el ser de los desafíos para encarar la supervivencia y la riqueza de vivencias. Ahora se nos da la gran oportunidad de enfrentar la ingente amenaza de destrucción total junto al afianzamiento, al poner luz y fuego de afectos, desde lo mejor del ser humano, en afirmar el derecho a la paz, a la justicia, a la satisfacción de las necesidades, básicas y superiores, de todos los humanos, en armonía con la naturaleza, con sentido de trascendencia.

Somos trabajadores, somos dialogantes, somos investigadores, abogados a realizar nuestra contribución a esa tarea que es de las minorías críticas y de las mayorías del mundo.

Es la responsabilidad por los derechos de los humanos cuando seis mil quinientos millones de personas requieren una visión integradora de conjunto,

Del siglo veinte podemos cosechar dos frases inspiradoras. Einstein insistía en que todo es comprensible, menos que, precisamente, todo sea comprensible. Nos facilitó la apertura a vivir desde la gran emoción fundante del asombro por la condición del ser humano, por la naturaleza, por el ser

Mahatma Gandhi, el sabio, el alma grande, decía que no había un camino hacia la paz. Para él, la paz es el camino. La paz activa, creadora. Ya le dimos un nombre: la amistad.

La amistad nos llama, nos desafía, a pensar en el otro, en los otros, en las otras culturas, en lo coyuntural y en las grandes directrices del desarrollo. En nuestra unidad en la diversidad.

Pensar, razonar, junto con intuir, sentir, valorar, trascender. Tal vez el autor uruguayo Clemente Estable lo resumió cuando propuso: "... puede ser que la utopía sea tan fuerte que parezca razón, puede ser que la razón sea tan bella que parezca utopía ..."

No cabe hacerse ilusiones débiles, necesitamos la utopía concreta, fuerte, hermosa, razonable, de la humanidad, de la paz, de la sinergia, de la

diversidad, la complementariedad y la integración, del derecho al asombro a la amistad, a la humanización.

Hagamos de nuestro tiempo y espacio de convivencia la respuesta, a nuestra escala, a los desafíos a los derechos humanos en el siglo veintiuno, escuchándonos, conociéndonos, creando desde las cercanías y las diferencias. Formando redes que conviertan este encuentro en una instancia perdurable.

IV

LA ECOLOGÍA DEL YO COMO CAMINO PARA LA AMISTOSOFÍA

La amistad, como vínculo entre personas, como relación con el ser, requiere ver, sentir al otro, a lo otro. Es decir, trascender la dependencia de sí mismo, la autodefensa, la autoexaltación, el autodeslumbramiento... A la vez, llegar al otro, a lo otro, a los laberintos de uno mismo, conocer, cuidar. Ello implica entrar a una relación amigable con las cosas, con la naturaleza, alcanzar el yo tú existencial y conocerse, quererse uno mismo. Ello, lleva consigo un desarrollo que entrega la vida, que da la propia experiencia de la amistad, que es susceptible de favorecerse, de intencionarse, con un trabajo meditativo y dialógico.

Intentemos llevar a cabo un ejercicio, para entrar a un primer plano en la ecología del yo, asumir cuatro estados básicos: el yo integrador, el yo testigo, el ego, el sí mismo.

El intencionar la ecología del yo es parte importante de este proceso. En esa ecología es básico un proceso guiado por una racionalidad integradora de:

- La individualización y la universalización
- La apertura a la incertidumbre y al compromiso dentro de la relatividad.
- Del amor y el desapego.
- De la seguridad y la creatividad.
- Del proceder focalizado y el horizonte de la multidimensionalidad.

Un Encuentro: La Salud y la Pregunta

Hay amistad entre el hacerse preguntas y el ser saludables.

Hay casi unanimidad en sentir amistad hacia la salud.

Muchos son indiferentes e incluso hostiles a las preguntas.

Por ahí se asoma un campo de amistad, de salud, de necesario cambio cultural: la cercanía, la amistad con las preguntas.

Va una fabulilla:

CONVERSABAN LAS DOS AMIGAS

La Salud, alegre, animosa, tomaba su jugo de zanahoria, disfrutándolo con ademanes distendidos, dueña de sí, atenta y soñadora, portando su expresión inimitable: combinación de sencillez y de la sabiduría de no contar con edad y de integrar todas las edades.

La Pregunta, más definidamente adolescente; muy concentrada al modo de quien, de súbito, encuentra su sentido; con algo en el semblante recordando algunos crepúsculos de antaño; tomando el café frío, como sin darle mayor importancia.

Se les sentía cercanas, con un definido aire de familia. Hablaban de la educación para la vida. Pregunta contó cómo, en calidad de niña de tres años, se oyó preguntar cuándo empezó esto del mundo, lo antes, de antes de antes... cómo en el espesor de una pareja le vino, quién sabe de dónde, eso de inquirir cuál era el fondo del querer...

“Mira la coincidencia”, le interrumpió la Salud, “tus preguntas dan salud y... yo acabo de sentirme haciendo la pregunta de por qué enfermamos. Tú vas hacia mí, yo voy hacia ti...”

Las dos amigas chocaron taza y vaso, brindando por su relación entrañable de siempre... La Pregunta como expresión de Salud, de eso que los humanos llaman un gran síntoma, síntoma de salud... La Salud, a su vez, floreciendo con las preguntas, defendiéndose, reparándose y desarrollándose a través de las preguntas.

“Sí”, dijo la Pregunta, “por qué es tan grande esa enfermedad de no preguntar, por qué nos apartamos de la Salud y dejamos, en general, de hacernos...” “...Preguntas”, agregó la Salud.

V

LA AMISTOSOFÍA NOS CONDUCE A LA AMISTAD CON LA SITUACIÓN EXISTENCIAL DEL SER HUMANO

Mientras, con mayor o menor conciencia, viajamos del nacimiento a la muerte; de no ser astronautas, poco vivenciamos de los paisajes transitados por nuestra nave espacial; en cambio, se nos da la gran posibilidad de ir haciéndonos cargo de nosotros mismos, de nuestro centro y de nuestra relación con el ser.

Nosotros aquí y ahora, nosotros como proyectos; nosotros, seres finitos, podemos ser más o menos indiferentes, extraños, hostiles amistosos... hacia el hecho de existir.

La amistad con la existencia es el trasfondo de la orientación amigable hacia la naturaleza, la cotidianidad, la trascendencia, las y los seres significativos, la humanidad, los valores... Todo ello, es obvio, se da sobre los cimientos, en el escenario del existir.

La amistad como relación con nuestro ser, como relación con nuestra finitud, con nuestra realización y nuestra búsqueda. Como relación con quienes coexistimos.

Es una realización de compromiso con la vida, con los otros, con nosotros mismos, es al mismo tiempo una actitud desapegada en que la coexistencia tiene un lugar especial.

Este arte de conducir en armonía, en sinergia, el compromiso y el desapego, nosotros y la coexistencia, el buscar y el realizar, tiene un punto de apoyo importante: la gratitud. La gratitud por existir. En esa vivencia se integra nuestra condición de ser finitos.

Finitos con nostalgia de infinito, integrable con la amistosofía.

VI

ALICIA Y EL PRINCIPITO EN EL PLANETA DE LA AMISTAD

Paseaban varias amistades: la verde, de la camaradería, la amarilla, del afecto, la roja del goce en común. Ahí, aparentemente desentonando, la gris, la utilitaria.

Alicia miró con aire de pregunta a la Amistad Azul, la de la promoción

mutua, la de la comunicación profunda, la del tú trascendente, la de la confianza básica, la del amor ético.

“Sí, todas ellas están aquí, como en la tierra”, fue la respuesta a su inquietud, no vertida en palabras.

“Sin embargo algo te preocupa”, expresó el Principito, sonriendo, cercano, tal vez recordando su conversación con el zorro.

“Es verdad”, respondió la Amistad Azul, “nos conocemos, somos diversas, pero hemos aprendido a integrarnos, ya hablaremos de ello. Quien no está por estos lados, es esa sin consistencia, sin color, la de las cartas que empiezan con el Estimado Amigo... a quien no conocen. Esa amistad acerca de la cual advirtió Kant, la retórica:

“La amistad es la manía de todos los retóricos morales; es para ellos néctar y ambrosía”

VII

CUATRO ESTADOS DEL YO:

EL YO INTEGRADOR, EL TESTIGO, EL EGO, EL SÍ MISMO

Un Ejercicio

- Llegar a un estado de ligera relajación. Cerrar los ojos. Respirar por la nariz. Boca cerrada. Lengua, afirmada en el labio inferior. Inspirar, subir el aire. Mantenerlo. Sacar abdomen. Soltar, lentamente, el aire y el abdomen. Poner atención en los pies. Sentir peso, sensación de que están relajados. Seguir hasta la cabeza, peso, relajación...
- Tener presente una condición personal que valoramos, la generosidad, la confiabilidad, la sensibilidad, la que elijamos...
- Qué diría ante ella nuestro ego, nuestro yo testigo, nuestro yo integrador, nuestro sí mismo.
- Llevemos cada una de esas posibles afirmaciones hacia una imagen. El yo integrador procura hacer una sola imagen de las cuatro emergentes.
- ¿Cuál es la reacción del ego? ¿Cuál es su propuesta?
- ¿Cuál es la reacción del yo testigo y del Sí mismo?

- g) Sin abrir los ojos procure recordar la experiencia.
- h) Permanezca unos minutos con la mente en silencio.
- i) Abra lentamente los ojos.
- j) Piense en alguien a quien le podría contar esta experiencia y vea cómo llevarlo a cabo.

VIII

SUGERENCIA PARA UN TALLER

Escribe una síntesis que resuma el aporte de estas ocho citas:

1. Karl Jaspers

“Lo que no se realiza en la comunicación aún no existe; lo que no se funda últimamente en ella, carece de fundamento o razón suficiente. La verdad empieza a dividirse.”

2. Montaigne

“El acercamiento amistoso entre dos almas y el culto de ese vínculo a lo largo de los años, no son hechos menos enigmáticos, ni menos venturosos que el nacimiento y el despliegue de un gran amor. Por lo demás, siendo obvias en ciertos aspectos las diferencias entre uno y otra, las coincidencias entre el amor y la amistad rozan en más de un sentido, la sinonimia. Por eso es tan difícil trazar con pulso firme cualquier frontera drástica que aspire a distinguirlos de modo absoluto”.

3. Pitágoras

“Filosofía, amistad con la sabiduría...”

4. William Blake

“Del pájaro, el nido; de la araña, la tela; del ser humano la amistad.”

5. Machado

“La monedita del alma se pierde si no se da”

6. Walt Whitman

“Yo vi en un sueño una ciudad invencible a los ataques de todo el resto de la tierra. Soñé que era la ciudad nueva de los Amigos. Nada en ella era más grande que la calidad del amor robusto: este superaba a todo lo demás. Se le veía a todas horas en los actos de los hombres de aquella

ciudad, y en todas sus miradas y palabras.”

7. Kant

“La amistad es la manía de todos los retóricos morales; es para ellos néctar y ambrosía.”

8. Aristóteles

“La amistad perfecta, pues, es aquella que subsiste entre aquellos que son buenos y cuya similitud se encuentra en su bondad.”

IX

CONVERSAR CON DOS POEMAS

Sugerencia: escribir una posible continuación de cada uno de los poemas y, luego, un texto en que los sentidos de cada uno aparezcan integrados.

LA AMISTAD ES AMOR

Pedro Prado

La amistad es amor en serenos estados;
los amigos se hablan, cuando están más callados.
Si el silencio interrumpe, el amigo responde
mi propio pensamiento, que también él esconde.

Si él comienza, prosigo el curso de su idea;
ninguno de nosotros la formula ni crea.
Sentimos que hay algo superior que nos guía,
y logra la unidad de nuestra compañía.

Y nos vemos llevados a pesar con hondura,
y a lograr certidumbre de la vida insegura;
y sabemos que encima de nuestras apariencias,
se adivina un saber, más allá de las ciencias.

Y de eso yo busco tener a mi lado

al amigo que entiende cuando digo callado.

AMIGO

Pablo Neruda

Amigo, llévate lo que tú quieras,
penetra tu mirada en los rincones
y si así lo deseas, yo te doy mi alma entera
con sus blancas avenidas y sus canciones.

Amigo, con la tarde haz que se vaya
este inútil y viejo deseo de vencer,
bebe de mi cántaro si tienes sed.
Amigo, con la tarde haz que se vaya
este deseo mío de que todo el rosal me pertenezca,
Amigo, si tienes hambre come de mi pan.

Todo, mi Amigo, lo he hecho para ti, todo esto
que sin mirar verás en mi estancia desnuda:
todo esto que se eleva por los muros derechos
-como mi corazón- siempre buscando altura.

Te sonríes, Amigo... ¡qué importa! nadie sabe
entregar en las manos lo que se lleva adentro,
pero yo te doy mi alma, ánfora de mieles suaves
y todo te lo doy, menos aquel recuerdo
que en mi heredad vacía aquel amor perdido,
es una rosa blanca, que se abre en el silencio.

X

AMISTAD E INDIVIDUACIÓN

Las capacidades para vivir la amistad, provenientes del afecto, de la compañía, del juego, del goce compartido... aparecen muy temprano.

Las condiciones para la amistad profunda, donde se dialoga, se traspasan los límites del ego, emerge el yo testigo capaz de intuir el yo del otro, de asumir las diferencias en perspectivas, en historias, en capacidades, el habitar la dimensión común de ser humanos... implican un proceso de individuación.

Individuación para ir y venir por las fronteras de la individualidad. Individuación para poder arribar al tú y al nosotros.

Se trata de pasar una noche, como una nohecilla mística.

Individualizado a concho, camino a la amistad fraterna...

El camino a ser individuo pasa pronto por un túnel. Es un espacio y un tiempo de oscuridad. No existe la luz para ver la luz. La luz humana, distinta a la de las estrellas y las lámparas, la luz capaz de ver las señales de los confines, los altos montes, el abismo humano. Oscuridad donde se palpa el poder, se goza la trivialidad, pero no se ve al otro. La otra, el otro, sirven, se usan, son cosas...

Buscando, imaginando, queriendo a rabiar, aparecen ventanas, se aprecia la luz... el individuo ha tenido metamorfosis... entra a un mar, le brota luz, ve a los otros, se hace amigo de la amistad, llega, de puro individuo, al país del tú, también llamado el país del nosotros.

El país de la luz, de las ferias donde se intercambian los sueños, el país donde se comparten gajos del yo.

XI

EL FANTASMA DE LA HUMANIZACIÓN

Un fantasma recorre un mundo donde parece andar, con prisa inaudita, la densa realidad del consumo, el poder y el deslumbramiento por las innovaciones tecnológicas. Es el fantasma de una nueva mirada y una nueva forma de vivir, convivir y apreciar la existencia. Es el fantasma del Cuidado y es el fantasma de la Amistad. Es el fantasma de la transformación, la del intervenir en la evolución, del

asumir el paradigma de la coexistencia activa, de la integración, de la complejidad, de la salud integral, de la educación integral, de los derechos y responsabilidades integrales, de la integración de la ecología ambiental, la social, la subjetiva, la del yo... la del desarrollo de lo más humano de lo humano. El fantasma de hacerse cargo de nuestra identidad como especie, de seres finitos con vocación por cooperar con la vida. De especie que vive el cuidado.

El fantasma del llegar al yo-tú, al diálogo de confianza en la coexistencia, en el ser iguales y diferentes, en el encontrarse y complementarse. El fantasma de la amistad profunda. El fantasma del Cuidado.

Es una inquietud, es un anhelo que empieza a vislumbrarse porque cada vez son más quienes buscan, quienes empiezan a caminar, muy resueltos, o a tientas, por sendas de cambio, a través de la ciencia o la filosofía, de la espiritualidad, lo poético o la acción social.

Hay quienes han llegado a la conciencia y la práctica de una misión: trabajar por hacerse dignos de la condición humana, por su desarrollo y por favorecer el desarrollo de otros, por asumir la misión de cambiar el paradigma vigente. Por llevar los anhelos, los sueños, a la realidad.

La tarea incluye el aceptar que se trata de una minoría avanzada, crítica, realizadora y propositiva.

Una minoría con trayectorias muy presentes y una minoría que debe enfrentar la realidad de que el sentido común dominante sigue siendo otro, individualista, de miras estrechas. Incluso, en parte en los cercanos. Incluso, en cierto grado, en quienes dedican su vida al cambio de la vida y de la conciencia.

En la resistencia alemana en tiempos del nazismo se repetía una palabra de un texto de Rilke: Resistir.

Ese resistir se llama, hoy, de diversas maneras. Una de ellas, una forma de resiliencia, es dialogar.

Dialogar dentro de cada persona, con las relaciones significativas, con las personas agrupaciones y tendencias cercanas. Y con las que no son tanto.

Dialogar, es decir llevar a la práctica el nuevo paradigma, aquí y ahora.

Dialogar, ir haciendo difusas las fronteras dentro y fuera de la minoría, muy diversa, que cree y vive desde la perspectiva que está en los anhelos de muchos. La perspectiva que todavía es un fantasma.

XII

SOMOS SERES FINITOS VENIDOS A MÁS ...

Somos seres finitos. Lo olvidamos haciendo, teniendo, temiendo, buscando poder... Olvidamos lo que somos y, de improviso, viene un sismo o la muerte de un ser querido, la amenaza de una guerra nuclear o de una tortura, una pandemia, la pérdida de trabajo o el desconcierto por una calumnia, una enfermedad grave o una separación...

Viene un cambio, una con- moción...

Empieza nuestra mirada crítica acerca de cómo estamos orientando nuestra residencia en la tierra... Nos preguntamos, por ejemplo, cómo podemos dejar de negar la necesidad de sentido.

No podemos, y no tenemos por qué dejar de lado las necesidades básicas o el sentido del humor, saborear la fruta o mirar el cielo estrellado, pero aparece, con fuerza, la inquietud por ir más allá, por preguntar, por entrar a la pregunta por el sentido de la vida, e, inseparable, por el sentido que nosotros le damos a nuestra vida.

Es el tiempo de relacionar el ser al hacer, al tener, al adquirir, al acumular, al placer, el temer el poder... De integrarlos al sentido.

Tarea difícil. La búsqueda y el asumir un sentido es parte de un proyecto de vida, del capaz de enriquecer la vida, dándole consistencia y dignidad, pero es muy exigente de auto crítica, de diálogo, de resiliencia, de amplitud e ímpetu de desarrollo permanente. De coraje de ser.

Es la dignidad de asumir nuestros límites como seres mortales, la dignidad de vivir poniendo en primer plano la coexistencia, el diálogo, el tú, la amistad creativa, profunda y respetuosa de la alteridad.

Es la valentía de poner distancia frente al engolosinamiento con la magia del yo, con la espectacular carrera de la humanidad de la caverna a la nave espacial, de los gruñidos al internet, del primer gesto de sorpresa a la pregunta de Hamlet por ser o no ser...

El coraje de ser . . . distanciado del narcisismo personal, del propio de grupos y tendencias, del narcisismo de nuestra especie.

Se trata del coraje de reconocer que los humanos somos finitos.

Finitos venidos a más.

Requeridores de complementación, de Amistad.

XIII

CONVERSANDO EN UNA PLAZA

Ya es tiempo de que se diga algo sobre la muy mentada Plaza de la Amistosofía.

Empecemos con lo más general y, en este caso, inesperado. Es una pregunta:

¿Cómo es, a escala humana, la Plaza de la Amistosofía?

En un lugar inaccesible a mi memoria, pero sin duda ubicado en el Planeta de la Esperanza, se encuentra una plaza poco conocida fuera de esa nave espacial. Es la Plaza de la Amistosofía.

A primera vista, es una plaza semejante a todas, podría estar en Talca, París o Londres: árboles, perros, insectos, bancos, glorietas, senderos, inscripciones rutinarias, juegos, bicicletas, palabras secretas, declaraciones de amor...

Cierto, pero hay algo que la diferencia: la Plaza aparece y desaparece, en cualquier lugar del planeta mencionado, de acuerdo al deseo de un grupo de... personas... mejor podríamos llamarlos Seres.

Algunas y algunos de ellos están en el imaginario colectivo y casi universal: el Principito Antonio, el Zorro, La Rosa, el Baobab, la serpiente del Planeta Tierra de Saint Exupery, Alicia, el gato de Cheshire, el Conejo Blanco, la Duquesa, la serpiente del País de Las Maravillas, la rata, el Profeta y Almitra de Gibrán, Juan Salvador y otras Gaviotas de Bach, Higia, Quirón, Maas. Otras y otros son de bajo perfil, como la Coneja Rosada y el Conejo Rosado, la Delfina Luna y el Delfín Alfa Centauro.

En realidad, para ser más precisos, la Plaza, para incorporarse a la existencia, necesita la conjunción de, por lo menos, dos de estas damas y caballeros.

Hay más. La Plaza se aviene a emerger inmediatamente cuando entre quienes se encuentran concertados, a la expectativa, hay personajes que se conocen poco. Por ejemplo, es Alicia y, en esa ocasión, se acompaña con la coneja rosada, o se aprontan a conversar el Zorro, Quirón y Alfa centauro...

Si quienes vienen a compartir son cercanos, como ser el Principito y el Baobab, se necesita que medie entre deseo y realización el tránsito de dos crepúsculos. Tal vez por eso, muchos de los encuentros en esta Plaza se llevan a cabo a esa hora del día.

XIV

LOS ESCONDITES DE LO EGÓTICO

Después de llegar de regreso a su planeta, Antonio, también llamado “el Principito”, dibujó un macetero con una tierra generosa y, ante su sorpresa, allí se instaló la Rosa diciéndole con malicia: “Ahora, yo también voy a viajar. Dibuja un avión como el de ese padre espiritual que contraste en la tierra. Nos ponemos dentro y ...yo te voy a conducir, no a otro planeta como el del vanidoso o el de la tierra, no iremos al país de las lágrimas... vamos al Planeta de la Esperanza, a esa plaza donde te espera Alicia.

Antonio, emocionado, en esta ocasión no hizo preguntas y, sin saber cómo ni cuándo, se encontró viajando en el avión que acababa de dibujar, sentado al lado de la Rosa, quien entraba y salía de su macetero, como si eso hubiera hecho durante toda su existencia.

— ¿No es cierto que lo encuentras natural? –preguntó la Rosa.

— Confirмо que me tienes muy domesticado –contestó, feliz, Antonio.

El Planeta de la Esperanza se veía a distancia como un gran bosque. Anochecía. Estaba expresivo el color endrino.

— Es la plaza de la Amistosofía –dijo la Rosa– justo acaban de pasar los dos crepúsculos que necesitábamos, por ser la nuestra, reunión entre afines, aunque tú eres el afín principal...

Al descender del avión, los esperaba el Zorro. Antonio lo abrazó, sin atinar a pronunciar palabra, pero su mirada emotiva era hasta demasiado elocuente. La Rosa y el zorro se saludaron como antiguos conocidos.

— Pongan atención –exclamó el Zorro, indicando a los árboles.

Todos parecían estar mirándolos desde inimaginables variedades de rosas. La Rosa del planeta del Principito los saludaba, eufórica. Los árboles se inclinaban, en son de hospitalidad y amistad. Sí, era una enorme plaza, de maravillas... Como

si fuera un País de las maravillas inmensamente amable.

Antonio, como recibiendo un ramalazo, recordó cuando dejó a su Rosa y también aquella ocasión en que fue despectivo con las otras rosas.

- Es algo esencial –dijo el Zorro– A veces, el crecer es como un salto: te diste cuenta de que, a pesar de tu sabiduría, tenías algo bien egótico. No tuviste paciencia con la Rosa, luego descalificaste a un conjunto de rosas de la tierra, sin que mediara nada que lo justificara...
- ¿Y tú no estás resentido porque todos dan como sabio a Antonio y no a ti? –preguntó la Rosa, con tono cercano, casi maternal.
- Peor, todavía –dijo el Zorro– me cuesta ver en los humanos algo más que nefastos cazadores, avaros con sus gallinas. Evidentemente es mi yocito, ellos son seres, son más que aquello.

XV

CONSIDERACIONES SOBRE EL YO

- ¿Y ese conejo blanco? –pregunta Rosa.
 - Esa sonrisa, allá, arriba tuyo; ¿es o no es tuya? –inquieta el Zorro.
 - Tantas preguntas... –dice Alicia, con un mohín amistoso– Hola, a todos. Les presento al Conejo Blanco, mi amigo, el primer habitante que me tocó conocer en ese otro país mágico tan asombroso, tan cambiante, tan amenazante...
 - Hola –dijo el Conejo blanco, apresurándose a dar cuenta de que comunicará la visita a la Reina de corazón, “para que no ordene cortar vuestras cabezas.”
- Alicia hizo un guiño simpático, abrazó a los visitantes y les condujo, sorteando los rosales, a una gruta muy especial en que las paredes sonreían y se sentía una música muy suave, una especie de sinfonía en que los invisibles instrumentos daban diversos tonos de maullidos.
- Creación conjunta, en un viaje anterior de mi gata Dina y del gato de Cheshire –señaló Alicia.
- De entre los pliegues de una sonrisa emergió la Rata del País de las Maravillas. Se la veía confiada, en ese mundo tan gatuno.
- Nos hemos conocido, hemos evolucionado –explicó, discretamente, Alicia.

La Rata se presentó, y pidió excusas porque había escuchado la conversación de los visitantes recién llegados sobre el tema de lo egótico y se la había contado al conejo y a Alicia.

- Estaba cerca de ustedes, pero muerta de sueño, así que no podía delatar mi presencia...
- Menos mal que no lo supo la Reina –terció el Conejo Blanco, incidiendo en su tema favorito.
- Buen –dijo Alicia– yo después de contrastar mis prácticas de niña con mis ideales de adolescente, el querer ser respetuosa y, sin embargo, hacer grandes elogios de los dotes de cazadora de mi gata Dina, hablando con la amiga rata y con unos pájaros, me he convencido de que para entrar al tema que nos preocupa de fondo, el cómo orientar nuestro proyecto de vida amigable, lo que podemos influir en la vida, debemos partir con el yo. Nuestro yo que puede y no puede estar con alta egoemia. Será útil que veamos algunos de los principales rasgos del yo. Punto de partida de lo que ahora se llama la ecología del yo.
- El Zorro intervino, con alguna ansiedad.
- El yo se mantiene en el tiempo, mientras pasan los años, los cazadores, la lluvia... Es identidad. Estando hace dos días frente a una gallina obesa, sin cazadores o perros a la vista, mi yo era el mismo del momento en que conversamos con Antonio, por primera vez, sobre el tema del domesticar ...
- Cierto –dijo el Conejo– y no es por tenerte miedo, pero no sólo eres el mismo en el tiempo, sino que tiene lados, tendencias distintas unidas en tu yo. Percibo tu parte vital, deseosa de comerme, que, por suerte, coexiste y se subordina a tu lado desarrollado de ser sabio y saber ser amigo.
- El yo es identidad y unidad –dijo la Rata– pero, también, es separación, yo soy yo y no soy Alicia, no soy sus gatos, ni sus cambios de altura...
- Separado de lo externo y unido a una personalidad y a un cuerpo –dijo Antonio– en los distintos planetas, el yo del Orgullosito y el del Vanidoso estaban bien unidos a sus respectivas personalidades y posturas corporales.
- Y con las cosas que nos pasan a todos nosotros –expresó Alicia– caramba que podemos aceptar que nuestro yo es como una isla de certeza, en un mar de misterio. Tenemos la certeza de estar en esta gruta de paredes de sonrisas... pero

¿no será un sueño...? Soy yo quien habla, con este yo mío de siempre, unido, integrado a mi modo de ser, aparentemente separado del resto de la realidad, de ustedes, del mundo, pero unido por un cordón umbilical sutil, invisible; aunque, si profundizo, si excavo en estas certezas, veo cómo amanece el misterio... Entonces llegó Bill, la lagartija del País de las Maravillas.

XVI

El jardín es invisible, pero existe.

Allí, las naranjas cantan al medio día y su color conduce el coro con la pura mirada.

Las rosas son silenciosas, pero sus senti-pensamientos son claros, comunicantes y traen el secreto de la verdadera amistad.

Los poemas escritos vienen del muy transparente surtidor y se alojan muy familiarmente en la parte más azul del cielo.

El vuelo y la sombra se miran con esa profundidad tan cercana al tiempo como para hacerlo detenerse en son de aprender.

El tiempo envió un mensaje a su amada eternidad.

Ella, comprensiva, le obsequió aquel instante capaz de moverse y permanecer en meditación en las inmediaciones del absoluto.

Las sonrisas de las azucenas convierten la sombra en pétalos de aurora y los límites en abrazos donde las almas se encarnan con la más absoluta de las confianzas y también propician el gran encuentro en que los pájaros y las mariposas intercambian el yo.

El Jardín es invisible, pero se lo siente en las nubes más clarividentes.

Referências:

WEINSTEIN, Luis. Cuadernos de la Internacional de la Esperanza. Tomo I. Miradas a la Internacional de la Esperanza ¿Visión? ¿Misión? ¿Acción?, Ediciones Co. incidir, http://www.altaallegremia.com.ar/contenidos/cuadernos_miradas_a_la_internacional.html

WEINSTEIN, Luis. Cuadernos de la Internacional de la Esperanza. Tomo I. Miradas a la Internacional de la Esperanza ¿Visión? ¿Misión? ¿Acción?, Ediciones Co. incidir, <https://pt.slideshare.net/maliciapino/2-coincidir-71-enero-2020>



SOBRE AUTORES E AUTORAS

ORGANIZADORES (AS)

VANDERLÉIA LAODETE PULGA

Filósofa. Doutora em Educação com ênfase na Educação em Saúde. Mestre em Educação com ênfase em Educação, Cultura Popular e Saúde. Especialista em Preceptoría no SUS. Especialista em Docência na Saúde. Docente de Saúde Coletiva da UFFS/Campus Passo Fundo/RS na graduação em Medicina. Coordenadora do Projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS”. Coordenadora da COREMU da UFFS e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Integrante GT Educação Popular e Saúde da Abrasco, da Rede Unida e da ANEPS.

VERA LÚCIA DE AZEVEDO DANTAS

Médica. Doutora em Educação. Mestre em Saúde Pública. Atua na Estratégia de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Supervisora do Programa Mais Médicos. Coordenação GT Educação Popular e Saúde da Abrasco. Integrante da ANEPS e da Rede Unida.

OSVALDO PERALTA BONETTI

Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. Coordenador Adjunto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC). Tecnologista da Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional Brasília. Membro do GT de Educação Popular e Saúde da Abrasco.

ETEL MATIELO

Nutricionista, Mestre em Saúde Pública, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC). Tecnologista do Ministério da Saúde.

ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Médico, Doutor em educação. Professor associado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), em Psicologia (UFPA) e em Saúde da Família (UFMS). Membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT) e da Câmara Técnica de Estudos Integrados de Controle e Participação e Social (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Rede Unida.

AUTORES E AUTORAS**JÚLIO CESAR STOBBE**

Doutor em Clínica Médica (2011) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestre em Clínica Médica (2004). Graduação em Medicina pela Universidade de Passo Fundo (1999). Experiência na área de Gestão Hospitalar e Medicina, com ênfase em Medicina de Urgência, Geriatria e Medicina Interna. Médico, Preceptor da residência em clínica médica do HSVP, Tutor do Programa Mais Médico para o Brasil e Diretor do Campus Passo Fundo da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS).

MARIA LUIZA JAEGER

Socióloga. Sanitarista. Secretária de Saúde de Porto Alegre (1989-1992) e do Estado do Rio Grande do Sul (1999-2003). Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (2004-2006). Servidora aposentada da SES/RS.

SHANA GINAR DA SILVA

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel/2017). Mestre em Atividade Física relacionada à Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/2012). Docente do Curso de Medicina e da Residência Multiprofissional em Saúde na Universidade Federal da Fronteira Sul, campus de Passo Fundo, RS. Integrante do Projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”

ZULEIDE MARIA IGNÁCIO

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Sul de Santa Catarina, Criciúma,, Santa Catarina, Brasil (2016). Mestre em Neurociências pela UFSC (1999). Docente da Universidade Federal de Fronteira Sul - UFFS, Campus Chapecó, SC, Brasil, atuando no curso de graduação em medicina e pós-graduação em Ciências Biomédicas. Integrante do Projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”.

SOLANGE TODERO VON ONÇAY

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Sul de Santa Catarina, Criciúma,, Santa Catarina, Brasil (2016). Mestre em Neurociências pela UFSC (1999). Docente da Universidade Federal de Fronteira Sul - UFFS, Campus Chapecó, SC, Brasil, atuando no curso de graduação em medicina e pós-graduação em Ciências Biomédicas. Integrante do Projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”.

JULIE ROSSATO FAGUNDES

Mestre em Administração (Universidade do Oeste de Santa Catarina). Especialista em Comunicação Estratégica e *Branding* (UCEFF Faculdades). Técnica-Administrativa em Educação na UFFS. Integrante do Projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”.

ELISABETE CRISTINA HAMMES

Mestranda do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, UFFS Campus Erechim. Técnica em Assunto Educacionais da UFFS. Integrante do Projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”.

ADRIANA REMIÃO LUZARDO

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Colaboradora no Projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”.

ANTÔNIO MARCOS DE ALMEIDA

Mestre em Medicina de Família e Comunidade pela UFCSPA. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo TEMEC. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo com atuação no curso de medicina e na residência multiprofissional em saúde. Integrante do Projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”.

OSCAR JARA HOLLIDAY

Educador Popular y Sociólogo. Doctor en Educación. Director del CEP Alforja en Costa Rica. Presidente del CEAAL (Consejo de Educación Popular de América Latina y el Caribe).

JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA

Doutor em Saúde Coletiva. Professor Titular da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Parnaíba-PI. Coordenador do Curso de Medicina de 2014 a 2019. Vice Presidente da Abrasco.

FABIANA SCHNEIDER

Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Especialista em Saúde da Família e Comunidade-Gestão, Atenção e Processos Educacionais. Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Psicóloga. Integrante da COREMU/UFFS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS/SMS Marau.

FERNANDA MATTIONI

Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Saúde Pública. Especialista em Gestão Pedagógica no SUS e em Cuidados de Enfermagem em Doenças Crônicas. Enfermeira. Atua no GHC e na Escola de Saúde Pública/RS nos Programas de Residência em Saúde e foi Coordenadora da RIS/GHC descentralizada em 2015/2016.

GISLEI KNIERIM SIQUEIRA

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Agroecologia e Desenvolvimento Territorial-UFRPE. Coordenação Pedagógica da RMSFSPC DA Fiocruz-BSB.

VIRGÍNIA DA SILVA CORREA

Mestre em Políticas Públicas em Saúde, Pós-graduada em Política e Representação Parlamentar, atua no Programa de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho da Fiocruz Brasília; integra a Comissão Político-Pedagógica do PRMSFSPC.

ISRAEL COUTINHO SAMPAIO LIMA

Enfermeiro, Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá - UNESA. Pesquisador financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho – UECE.

ANA SUELEN PEDROZA CAVALCANTE

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Bolsista financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva – UECE.

SOFIA DIONIZIO SANTOS

Psicóloga, Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista – UNESP. Professora Assistente II da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Membro do Grupo de Pesquisa Redes Integradas de Saúde – UECE.

DAYZE DJANIRA FURTADO DE GALIZA

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Professora Adjunto II da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas – UECE.

DIÓGENES FARIAS GOMES

Enfermeiro, Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Bolsista financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP. Membro do Grupo de Pesquisa Políticas de Seguridade Social, Movimentos Sociais e Trabalho do Serviço Social – UECE.

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem, da Pós-graduação nos Programas de Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, e Mestrado Profissional em Saúde da Família da UECE. GT Edpop Saúde Abrasco. Coordenação Nordeste Rede Unida.

HELENA MARIA SCHERLOWSKI LEAL DAVID

Professora titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Membro do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão em Educação Popular e Saúde, formação e teoria crítica do trabalho.

VIVIAN TATIANA CAMACHO HINOJOSA

Médica. Doutora em Medicina e Cirurgia. Especialista em Interculturalidade e Saúde. Parteira Quechua. Mestre em Agroecologia e Cultura. Comunicadora indígena da Rede de Abya Yala.

MARIA DE FÁTIMA GUEDES ARAÚJO

Educadora popular e pesquisadora de conhecimentos tradicionais da Amazônia. Graduada em Letras pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Estudos Latino-Americanos pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF), Guararema (SP). Fundadora da Associação de Mulheres de Parintins, da Articulação Parintins Cidadã, da Teia de Educação Ambiental e Interação em Agrofloresta, e Militante da Marcha Mundial das Mulheres. Autora das obras literárias Ensaio de Rebeldia, Algemas Silenciadas.

RALF AMARAL SANTOS

Acadêmico de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo/RS (UFFS/PF), bolsista do Projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de atores sociais para o fortalecimento do SUS”.

IURY DARON

Acadêmico de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo/RS (UFFS/PF), voluntário do Projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de atores sociais para o fortalecimento do SUS”.

LUANA DE BEM GIARETA

Acadêmica de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo/RS (UFFS/PF), voluntária do Projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de atores sociais para o fortalecimento do SUS”.

RAQUEL BUFFON

Acadêmica de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo/RS (UFFS/PF), voluntária do Projeto “Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de atores sociais para o fortalecimento do SUS”.

RITA TATIANE DA SILVA MIRANDA

Integrante da Comunidade Quilombola da Arvinha, Sertão/RS e estudante do Curso Técnico em Comércio - Proeja no Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS - Campus Sertão).

FERNANDA SOUZA DE OLIVEIRA

Integrante da Comunidade Quilombola da Mormaça, Sertão/RS. Tecnóloga em Gestão Ambiental pelo Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS – Campus Sertão/2015) e estudante do Curso de Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Básica e Profissional (IFRS – Campus Sertão).

SIMONE ZANETTI

Assistente Social e integrante da Cáritas Arquidiocesana de Passo Fundo/RS.

SANDRA ISABEL PAYÁN GÓMEZ

Médica, Especialista em Investigación en Ciencias Sociales, Jefa del Programa Salud Comunitaria del Ministerio de la Comunidad de la Provincia de Formosa, Argentina, e integrante del Movimiento de Salud Popular Laicrimpo y de la Internacional de la Esperanza.

JULIO ALBERTO MONSALVO

Médico Sanitarista, Magister Scientae. Ex Director del Departamento de Salud Pública, Federación Médica de Córdoba. Ex Director Hospital Zonal de J. J. Castelli, Chaco. Ex Director General de Atención Médica del Ministerio de Salud y Acción Social del Chaco. Ex Miembro del Comité de Salud Pública de la Sociedad Argentina de Pediatría. Ex Consultor del Instituto de Cultura Popular, Reconquista, Santa Fe. Ex Miembro de la Comisión Nacional Asesora en Epidemiología; Min. de Salud de la Nación. Ex Jefe del Programa Salud Comunitaria, Ministerio de la Comunidad, Formosa. Miembro Honorario de la Federación Argentina de Medicina General. Condecoración al “Mérito Institucional” por la Asociación de Facultades Ecuatoriana de Ciencias Médicas y de la Salud. “Premio N’ Aitun”, otorgado por la Corporación Cultural Artistas Pro-Ecología, Isla Negra, Chile.

JOSÉ RIBAMAR FERNANDES SARAIVA JUNIOR

Médico de Família e Comunidade. Psiquiatra. Docente do ensino superior, Curso de Medicina da UFFS – Passo Fundo/RS – Brasil. Mestre em Envelhecimento Humano – UPE.

ALINE MAGNUS RITT SARAIVA

Nutricionista - Instituto Metodista de Porto Alegre – IPA. Acadêmica de Medicina da Faculdade Meridional – IMED.

LUIS WEINSTEIN

Chileno. 1931. Poeta y ensayista, educador comunitario, médico psiquiatra y de salud pública. Es parte del Directorio de Artistas pro Ecología y del Canelo de Nos, y co-fundador de “La Internacional de la Esperanza”, a la que ha aportado su visión de la “amistosofía”, como parte de su mirada al pensamiento existencial, complejo-humanista ecológico-integral. Autor de una metodología del desarrollo personal integrado al cambio sociocultural y de paradigma básico, con aportes al trabajo de desarrollo individual, al diálogo en profundidad, a una instancia grupal y a su proyección comunitaria. Ha escrito 89 libros personales de poesía, fabulas y ensayos. Editor General de la Revista Co.incidir.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em
Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Pensamento Negro Descolonial

Educação Popular & Saúde

Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-01-4



9 786587 180014