

Cuidado e Formação

no campo da saúde

em diálogo com os saberes populares

Organização

Vanderléia Laodete Pulga
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Osvaldo Peralta Bonetti





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES
Vanderléia Laodete Pulga
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Osvaldo Peralta Bonetti

Série Educação Popular & Saúde

Cuidado e Formação

no campo da saúde

*em diálogo com os
saberes populares*

1ª Edição
Porto Alegre
2023

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

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);
Célia 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);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
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);
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);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staeve 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);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Revisão

Luana Monteiro Rodrigues

Capa | Projeto Gráfico
Julie Rossato Fagundes

Diagramação
Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C966

Cuidado e formação no campo da saúde em diálogo com os saberes populares/
Organizadores: Vanderléia Laodete Pulga, Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Osvaldo Peralta Bonetti – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023.

345 p. (Série Educação Popular & Saúde, v.11).

E-book: 7.00 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-124-3

DOI: 10.18310/9786554621243

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.
3. Educação em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18

CDU 614

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

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

www.redeunida.org.br



Prefácio

Helena Maria Scherlowski Leal David

A leitura desta coletânea de textos, com forte marca vivencial e narrativa, traz à tona um debate que não é novo, mas é ainda necessário e atual: como pensar as contradições entre a produção cotidiana da vida, marcada por saberes de diversas ordens, afetos, memórias e linguagens ancoradas nas histórias pessoais e coletivas, e a imposição - implícita ou explícita, de uma visão de mundo e progresso cuja base é o seu valor de troca, incitada pelo desejo de ter, de ser algo inalcançável, de transformar e deformar corpos, almas e vontades, cujos canais são hoje onipresentes por meio das mídias sociais e imagéticas dos aplicativos em rede e do *streaming*.

A crítica à chamada cultura de massa desenvolvida pelo filósofo judeu-alemão Walter Benjamin em sua curta vida, durante a primeira metade do século passado, pode ser lida à luz do atual mundo no qual ideias, opiniões, verdades e inverdades circulam na velocidade da luz. Benjamin, na sua crítica, nos apresenta o conceito de “imagem dialética”, negando a ideia de linearidade do progresso e da história. É uma ideia profundamente ligada à compreensão da história como campo de tensões, interconexões, rupturas, em contraste com a visão tradicional e linear do tempo.

A história não caminha em linha reta para algum lugar, no qual o passado desaparece. O passado, revivido pela memória afetiva, pessoal e coletiva, está vivo no presente de maneiras complexas e inesperadas. Em vivências produtoras de belezas e significados capazes de apontar para novos caminhos e saídas. Para Benjamin, o caminhar da história, pela força da memória do passado que se faz presente no cotidiano e pela convergência de forças sociais, é capaz de produzir pontos de inflexão que efetivam transformações sociais.



A marca do resgate da memória das pessoas, coletividades, povos para, a partir do presente, pensar os desafios para uma vida plena que seja para todos é um dos ensinamentos que se produzem nas experiências e iniciativas do campo da Educação Popular em Saúde. As narrativas trazidas nos textos aqui organizados estão sutilmente costuradas entre si com a linha fina e quase invisível da memória que emerge de cada reflexão e relato de experiência, e conformam um enredo – uma rede de significações comuns, gerando, no dizer Carlos Güida Leskevicius, autor do primeiro texto, *“una creciente curiosidad y paulatino entusiasmo, propio de quien descubre que es posible transitar desde lo utópico hacia una posible realidad”*.

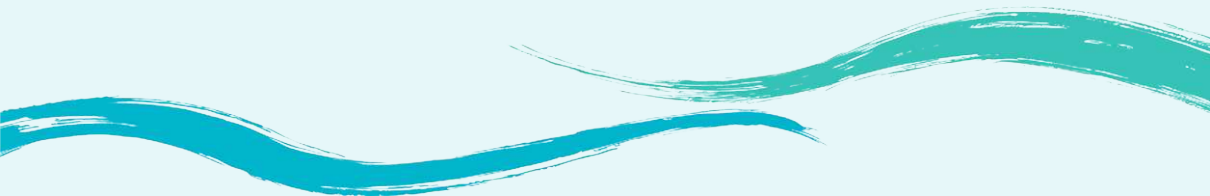
As memórias, experiências, reflexões e estudos convergem para os conceitos que sustentam a pedagogia popular produzida com os povos e grupos subalternizados ao longo das últimas décadas no continente sul-americano, e que têm no pensamento de Paulo Freire seu ponto de ancoragem, seu porto de partida e chegada. O “popular” não é o predicado que informa para quem se dirige o processo educativo. O qualificativo “popular” quer afirmar que são, sim, os coletivos, grupos e povos os que pensam, enunciam e conduzem o educar, com os pés fincados no cotidiano das lutas por justiça, visibilidade, vida digna.

Pensar novos modos de fazer e produzir saúde, com as forças que já existem e circulam, pela via da educação popular libertária e emancipatória: esta é a convocação que o livro nos apresenta. Transitemos, pois, do utópico para o concreto, do passado para o agora, sem deixar romper a linha de afetos e intencionalidades que nos mantém lado a lado nesta caminhada!



Sumário

APRESENTAÇÃO	11
<i>Vanderléia Laodete Pulga, Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Osvaldo Peralta Bonetti</i>	
SEÇÃO 1 ABORDAGENS FREIREANAS DA EDUCAÇÃO POPULAR EM DIÁLOGO COM OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO NA SAÚDE	16
REFLEXIONES ACERCA DE LA INFLUENCIA DE PAULO FREIRE EN NUESTRO ACTUAR EN EL CAMPO DE LA SALUD.....	17
<i>Carlos Güida Leskevicius</i>	
EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD: PARA LA EMANCIPACIÓN, EL RECONOCIMIENTO DE LA OTREDAD	34
<i>Ricardo Pérez Abarca</i>	
ENCUENTROS Y REENCUENTROS CON PAULO FREIRE EN EDUCACIÓN EN SALUD	47
<i>Ana Berta Colina Godoy</i>	
PROMOÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR: UM DIÁLOGO MAIS QUE NECESSÁRIO PARA TRANSFORMAR OS ESPAÇOS DE PRODUÇÃO DE VIDA	57
<i>Mayana de Azevedo Dantas, Eliziane Oliveira de Lima, Leandro Araujo da Costa, Nelson Filice de Barros, Maria Rocineide Ferreira da Silva</i>	
DIÁLOGOS DOS APRENDIZADOS COM FREIRE: ANDARILHAGENS NO MUNDO	70
<i>Marcela Alicia Ballara Soto</i>	



SEÇÃO 2 | INICIATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O PROTAGONISMO POPULAR EM TEMPOS DE PANDEMIA..... 87

MÃO COM MÃO, SAÚDE É VIDA..... 88

Selvino Heck

EDUCAÇÃO E VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID 19: RELATO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA FIOCRUZ BRASÍLIA.....102

Etel Matiello, Osvaldo Peralta Bonetti, Elizabeth Artmann, Jacinta de Fátima Senna da Silva, Daniel Marcos de Sousa Santos

UMA CIÊNCIA COM O POVO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA..... 125

Ângela Moreira Vitória, Maria Laura Vidal Carrett, Rogério da Silva Linhares, Ana Paula de Oliveira Rosses, Lilian Moura de Lima Spagnolo, Natacha Deboni Cereser, Juliane Fernandes Monks da Silva, Fernanda Capella Rugno

ATÉ QUE A FLOR DE MANDACARU FLORESÇA: SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19..... 143

João Antônio de Almeida, Vera Lucia de Azevedo Dantas, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Leandro Araújo da Costa

FORMAÇÃO-AÇÃO EM AGENTES POPULARES DE SAÚDE DO CAMPO NO ESTADO DO CEARÁ (APSC-CE) NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19: TRABALHANDO A COMUNICAÇÃO PARA FORTALECER A VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE 172

Ana Paula Dias de Sá, André Luiz Dutra Fenner, Rosely Fabrícia de Melo Arantes, Jorge Mesquita Huet Machado, Gislei Siqueira Knierim, Leandro Araújo da Costa, Fernando Paixão da Costa



**SEÇÃO 3 | EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE A PARTIR DA
PROMOÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS.....191**

(RE)APRENDENDO HISTÓRIAS, MEMÓRIAS E SABERES DAS
COMUNIDADES: EDUCAÇÃO POPULAR DIALOGANDO COM A
FORMAÇÃO E O TRABALHO EM SAÚDE.....192

*Michele Neves Meneses, Renata Pekelman, Neidi Regina Friedrich, Elizabeth
Martínez Buenabad, Cristianne Famer Rocha, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi*

AGIR CRÍTICO EM SAÚDE: ALGUNS APONTAMENTOS A PARTIR DA
CONCEPÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR.....224

Pedro José Santos Carneiro Cruz

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA E
MULTIPROFISSIONAL INSERIDA NOS TERRITÓRIOS DO SUS239

Vanderléia Laodete Pulga

CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR PARA ABORDAGENS
EDUCATIVAS EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE260

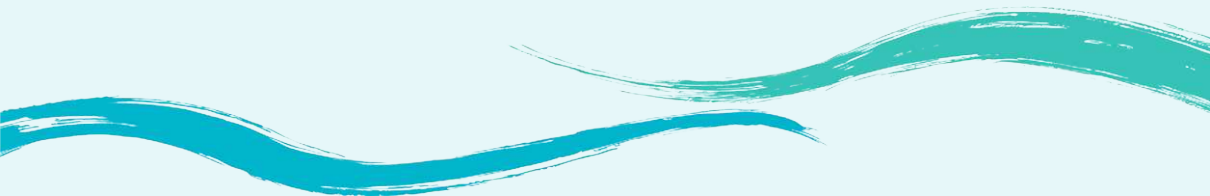
*Ana Paula Maia Espíndola Rodrigues, Elina Alice Alves de Lima Pereira, Íris de
Souza Abílio, Pedro José Santos Carneiro Cruz, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto
de Vasconcelo*

“ESSA CADEIRA TEM PODER!”: TENDA DO CONTO COMO PRÁTICA
DE PROMOÇÃO À SAÚDE ENTRE TRABALHADORES DA REDE SUS DE
BELO HORIZONTE.....289

Ana Carolina Drumond Couto, Hozana Reis Passos

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS).....321

ÍNDICE REMISSIVO342



Apresentação

Vanderléia Laodete Pulga
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Oswaldo Peralta Bonetti

Esta obra intitulada “*Cuidado e formação no campo da saúde em diálogo com os saberes populares*” é uma coletânea de produções, escrita a muitas mãos, no campo da educação popular em saúde, trazendo as reflexões de Paulo Freire para o campo da saúde em outros países, em especial, na América Latina, experiências vivenciadas no enfrentamento à pandemia da covid-19 e reflexões baseadas nos processos atuais de promoção, educação e cuidado em saúde nos territórios.

Nos 10 anos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), esta obra expressa a força e a potência desta política que foi resistindo e se implantando, apesar das adversidades dos contextos históricos que o Brasil vivenciou.

Como a força e a flexibilidade da água, os processos de educação popular em saúde foram contornando obstáculos, enfrentando barreiras, ocupando, ampliando espaços e se expandindo. Assim, as práticas e os conceitos da educação popular em saúde vão se constituindo no movimento das marés, das águas, do ar, da terra, das sementes e se espalhando nos diferentes territórios do Brasil e da América Latina.

Nesse movimento do campo democrático e popular (Paludo, 2001) das práticas de educação popular em saúde (Dantas, 2020), a pneys-sus vem se construindo no cotidiano das organizações, das comunidades e territórios do cuidado em saúde no sus, tendo como princípios orientadores o diálogo, a problematização, a amorosidade, a construção compartilhada de saberes, a emancipação e o compromisso com o projeto democrático e popular de sociedade (Brasil, 2013, p. 1).

A obra traz reflexões de diversas regiões do Brasil e de outros países e se organiza em três sessões, a saber: a primeira sessão intitulada “*Abordagens freireanas da educação popular em diálogo com os processos de formação na saúde*” evidencia como Paulo Freire e suas concepções se entrelaçam e dialogam com os processos de formação na saúde na América Latina. A sessão inicia com Carlos Güida Leskevicius, da Universidad do Chile nos apresentando com o manuscrito “*Reflexiones acerca de la influencia de Paulo Freire en nuestro actuar en el campo de la salud*”.

Na sequência, Ricardo Pérez Abarca, da Universidad de Valparaíso, Chile escreve “*Educación popular en salud: para la emancipación, el reconocimiento de la otredad*”, refletindo sobre a emancipação e o reconhecimento da alteridade.

Após, Ana Berta Colina Godoy nos traz lindas reflexões sobre Paulo Freire com o manuscrito “*Encuentros y reencuentros con Paulo Freire en educación en salud*”.

Na sequência, está o manuscrito “*Promoção à saúde e educação popular: um diálogo mais que necessário para transformar os espaços de produção de vida*” de autoria de Mayana de Azevedo Dantas, Eliziane Oliveira de Lima, Leandro Araujo da Costa, Nelson Filice de Barros, Maria Rocineide Ferreira da Silva, evidenciando a importância do diálogo entre a promoção à saúde e a educação popular.

E, para finalizar a sessão, reflexões sobre “*Diálogos dos aprendizados com freire: andarilhagens no mundo*” com Marcela Alicia Ballara Soto entrevistada por Maria Rocineide Ferreira da Silva e Carlos Güida Leskevicius.

A segunda sessão intitulada “*Iniciativas e experiências de educação popular em saúde e o protagonismo popular em tempos de pandemia*” nos faz refletir sobre os desafios, as possibilidades e iniciativas populares de cuidado em tempos de pandemia a partir de algumas experiências de educação popular em saúde no enfrentamento à covid-19.

Abre a sessão “*Mão com mão, saúde é vida*” escrita por Selvino Heck no início da pandemia da covid-19, em março de 2020, e suas reflexões seguem sendo estratégicas e profundas.

Após, o capítulo “Educação e Vigilância Popular em Saúde no Enfrentamento à Covid-19: Relato dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Fiocruz Brasília”, escrito por Etel Matielo, Osvaldo Peralta Bonetti, Elizabeth Artmann, André Fenner, Jacinta de Fátima Sena da Silva, Gislei Siqueira Knierim, reflete sobre o processo de formação, apresentando importantes contribuições no SUS no período da pandemia da covid-19.

Na sequência, segue o relato de experiência da região Sul, de interação com as comunidades, os serviços e a universidade intitulado “*Uma Ciência com o Povo no Enfrentamento da Pandemia*” escrito por Ângela Moreira Vitória, Maria Laura Vidal Carrett, Rogério da Silva Linhares, Ana Paula de Oliveira Rosses, Lilian Moura de Lima, Natacha Deboni Cereser, Juliane Fernandes Monks da Silva, Fernanda Capella Rugno.

Após, o convite a percorrer pela região nordeste através do manuscrito “*Até que a flor de mandacaru floresça: sistematização de experiência de vigilância popular em saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19*” escrito por João Antônio de Almeida, Vera Lucia de Azevedo Dantas, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Leandro Araújo da Costa.

E, para fechar a sessão, a reflexão sobre processo de formação de agentes populares através do manuscrito “*Formação-ação em agentes populares de saúde do campo no estado do Ceará (APSC-CE) no enfrentamento à pandemia da covid-19: trabalhando a comunicação para fortalecer a vigilância popular em saúde*” escrito por Ana Paula Dias de Sá, André Luiz Dutra Fenner, Rosely Fabrícia de Melo Arantes, Jorge Mesquita Huet Machado, Gislei Siqueira Knierim, Leandro Araújo, Fernando Paixão da Costa.

Na terceira sessão intitulada “*Educação popular em saúde a partir da promoção e cuidado em saúde nos territórios*” apresentam-se reflexões de diversas regiões do Brasil. Abre a sessão “*(Re)aprendendo histórias, memórias e saberes das comunidades: educação popular dialogando com a formação e o trabalho em saúde*” escrito por Michele Neves Meneses, Renata Pekelman, Neidi Regina Friedrich, Elizabeth Buenabad Martinez, Cristianne Famer Rocha, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi.

Na sequência, um aprofundamento sobre *“Agir crítico em saúde: alguns apontamentos a partir da concepção da educação popular* escrito por Pedro José Santos Carneiro Cruz.

Após, segue a reflexão com base em experiência formativa sobre *“Educação popular em saúde na formação médica e multiprofissional inserida nos territórios do SUS”*, escrita por Vanderléia Laodete Pulga.

Segue as reflexões a partir das experiências com o manuscrito *“Contribuições da educação popular para abordagens educativas em segurança alimentar e nutricional na atenção primária à saúde”* escrito por Ana Paula Maia Espíndola Rodrigues, Eline Alice Alves de Lima Pereira, Íris de Souza Abílio, Pedro José Santos Carneiro Cruz, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelo.

E, para fechar esta obra, o manuscrito *“Essa cadeira tem poder!: Tenda do Conto como prática de promoção à saúde entre trabalhadores da rede SUS de Belo Horizonte”* escrito por Ana Carolina Drumond Couto, Hozana Reis Passos traz experiência de cuidado com trabalhadores (as) da saúde.

Esta obra nos convoca ao desafio ontológico do esperar, conforme nos aponta Paulo Freire:

Enquanto necessidade ontológica a esperança precisa da prática para tornar-se concretude histórica. É por isso que não há esperança na pura espera, nem tampouco se alcança o que se espera na espera pura, que vira, assim, espera vã (Freire, 1992, p. 15).

Esperamos que esta obra contribua para o aprofundamento sobre a educação popular em saúde e o aprimoramento dos processos político-organizativos e de cuidado junto aos movimentos sociais e práticas populares; às equipes, nos serviços de saúde, nos processos de formação, de cuidado, de fortalecimento da participação social para qualificar a democracia, a saúde e a defesa de todas as vidas!


Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



Freire, P. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1992.

Paludo, C. **Educação Popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático e popular**. Tomo Editorial, Camp, Porto Alegre, 2001.

Seção 1



*Abordagens freireanas
da Educação Popular
em diálogo com os processos
de formação na saúde*



REFLEXIONES ACERCA DE LA INFLUENCIA DE PAULO FREIRE EN NUESTRO ACTUAR EN EL CAMPO DE LA SALUD

Carlos Güida Leskevicius
Universidad del Chile

Primeras palabras

La invitación a publicar en este libro me ha permitido reflexionar acerca de la influencia que ha tenido (y tiene) la obra de Paulo Freire, en nuestras prácticas educativas, en el campo de la salud. Por lo tanto, me ha convocado a revisar aquellas ideas y valores - guía, estrategias y metodologías que hemos diseñado y compartido en diversos contextos del actuar pedagógico. Esta singularidad de lo aprendido, de lo ensayado, de lo construido - siempre y todo el tiempo con otras personas - me interpela a compartir lo que no deja de erigirse como hermoso desafío: el arte de educar.

Las inquietudes

A principios de la década de los años 80 comencé a oír mencionar una y otra vez sobre *un tal Paulo Freire*, y fueron llegando a mis manos, algunos de sus textos. Los mismos fueron generando en mí, una creciente curiosidad y paulatino entusiasmo, propio de quien descubre que es posible transitar desde lo utópico hacia una posible realidad. Ello, en un contexto donde los países vecinos y cercanos aún estaban sumergidos en dictaduras, al igual que Uruguay: en Brasil, Argentina, Chile, Paraguay, se luchaba por retornar a las democracias.

Fue el incentivo de compañeras y compañeros de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República - especialmente de quienes estaban simultáneamente activos en experiencias de educación no formal y en la militancia universitaria - el motivador sustantivo de aproximarnos a *Pedagogía*

del Oprimido (Freire, 1970) y *La educación como práctica de la libertad* (Freire, 1969)¹. Compañeras y compañeros de la Asociación de Estudiantes de Medicina, comprometidos con su tiempo, tiempo en el cual se derrumbaba la dictadura cívico-militar y la universidad comenzaba a dar pasos firmes hacia la recuperación de su autonomía.

Esa inquietud por conocer más sobre la educación popular - luego de ese extenso silencio impuesto - se hacía mayor en un país que demandaba libertad, democracia y amnistía para los presos políticos. Cuando uno rememora a aquellos dirigentes estudiantiles de la Asociación Social y Cultural de Estudiantes de la Enseñanza Pública (ASCEEP) - que en la primavera de 1983 leyeron el “Manifiesto por una enseñanza democrática” en la inolvidable Semana del Estudiante - no deja de vincular estas reivindicaciones con los principios pedagógicos que nos compartía Paulo Freire desde sus libros.

Freire aparecía sí en las conversaciones informales, en los grupos de reflexión, en las asambleas estudiantiles. Y, por supuesto, en un espacio dirigido por profesores proscritos por la dictadura, impedidos de ingresar a la universidad pública, con la que tanto habían contribuido décadas atrás. En este espacio denominado La Academia², estos profesores generaron espacios promotores del pensar crítico, integral y comprometido: eran lo opuesto a la masividad y el autoritarismo, en el contexto de nuestra Facultad intervenida. Ruben Cassina definía el ethos del equipo de docentes que él lideraba: “*Nuestra militancia fue siempre a favor de una educación, crítica y liberadora, sin ningún signo político partidario, que es, creo yo, la mejor manera de luchar contra de los sistemas autoritarios y despóticos*” (Cassina, s/d).

Retornando a la democracia y recuperando la autonomía de nuestra universidad (1985), colaboré en calidad de ayudante con el Ciclo Básico de Medicina, donde - y a pesar de la resistencia por parte de los sectores sobrevivientes del autoritarismo - Paulo Freire estaba presente, al igual que otros pensadores y pedagogos uruguayos, en la lectura de la realidad y

¹ Los libros de Paulo Freire se venían publicando (en sus distintas ediciones) en Brasil, México, Montevideo y Buenos Aires. Desde su exilio en Chile, escribió *Pedagogía del Oprimido*, y ya residiendo en los Estados Unidos, lo publicó en Montevideo (Editorial Terra Nueva, 1970) y dos años después, en Buenos Aires.



en las metodologías de aprendizaje. Personalmente, no poseía profundos conocimientos en pedagogía universitaria pero sí me movilizaba el aprender a problematizar la realidad, en un contexto de recuperación democrática. Después de todo, ¿dónde y desde que principios podíamos haber estudiado pedagogía, inmersos en un proceso dictatorial previo de 12 años?

Se conjugaba una actitud ética y de compromiso con la vocación de una transformación orientada a una educación en medicina comprometida con los procesos políticos y sociales. De alguna manera, la vasta trayectoria latinoamericana y uruguaya en extensión universitaria crítica, iba permeando algunas de las prácticas educativas, incluyendo el pensamiento freireano. Cabe mencionar a los maestros uruguayos que influyeron en profesores y docentes que integraron el ámbito universitario desde la segunda década del siglo XX y que coinciden en muchos aspectos con lo elaborado por Paulo Freire².

La influencia de Freire y de la educación popular nos llevó paulatinamente a distinguir entre la educación para la salud colectiva de aquella otra educación avocada a producir “doctores” desde la perspectiva del modelo médico hegemónico y que fomentaba un saber/poder basado en la memorización, en la verticalidad en el vínculo y mayoritariamente de cierto conservadurismo. En la asignatura de anatomía prácticamente no había entonces mayor discusión³, pero si podía aparecer en pediatría donde se visibilizaban los potentes condicionantes sociales en la salud en la niñez. Es decir, educar y educarnos como personas adultas jóvenes implicaba atacar ese analfabetismo tan particular, propio de repetir textos y aplicar tecnologías sin mayor reflexión crítica. La metodología de taller con estudiantes del ciclo básico permitía construir un saber compartido, aproximarse a las causas de los padecimientos en salud de las poblaciones, superar la mirada clínica – asistencialista. Eso constituía sin dudas, alfabetizarse críticamente en salud.

2 Es ineludible mencionar a Agustín Ferreiro (1883 – 1960), a Miguel Soler (1922- 2021) y a Julio Castro (1908 – 1977), con sus aportes orientados a una educación activa, situada y crítica.

3 Aunque cuestionamos sobre el contexto de esta forma de aprender con cuerpos sin vida, sin historia y, por lo tanto, sin importancia alguna. Yo lo denominaría: proceso de deshumanización de los estudiantes para una práctica que se comprometerá en el discurso con el humanismo.

Continué encontrando a Freire en los cursos sobre sexualidad humana - coordinados por Arnaldo Gomensoro Senac y Elvira Lutz - en el marco de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar, y en capacitación en metodología en educación popular en el Instituto del Hombre, coordinado por el profesor Ricardo Cetrulo. En esos espacios abundaba la creatividad, el diálogo y la interpelación a las formas de crear conocimientos: lo que también era una forma de cuestionar determinado orden de las cosas que naturaliza relaciones de dominación - subordinación. Y nos hacía reflexionar sobre nuestro andar personal y las ciencias médica ya que al decir de Cetrulo, los avances no son lineales y las polarizaciones son el inevitable síntoma de crecimiento y anuncio de alternativas más globalizadoras (Cetrulo, R. p.50 en Fals Borda, O. y Rodrigues Brandão, C; 1986)

La visita de Paulo Freire a Montevideo, en junio de 1989, dejó una huella en quienes asistimos a alguno de los encuentros⁴, siendo que fue posible escuchar de su propia voz el interés en el “proceso de producción de conocimientos y no de proceso de transferencia de conocimientos” (Conferencia en Facultad de Psicología en la Universidad de la República). Su alta capacidad comunicativa con un público ávido de escucharle, de hacerle preguntas, tenía un ingrediente novedoso: el humor que se combinaba con su reflexión crítica.

Rescato entonces que - si bien íbamos aproximándonos a las metodologías de una educación activa y participativa - la formación en el campo de la medicina se consolidaba una perspectiva hegemónica propia de la educación bancaria y del orden médico. El situar a ese otro en el lugar de paciente, el menosprecio hacia los saberes populares, la construcción paulatina para el ejercicio de la “autoridad médica” se confrontaban con un modelo educativo que pretendía contribuir a formar a personas como agentes de su propia salud en su contexto familiar y comunitario.

El lugar adjudicado al cuerpo, al padecimiento, al control médico en los procesos de atención, cuidado y cura develan una epistemología clínica, una filosofía de la medicina occidental. Ello puede reflejarse en el lenguaje

⁴ Se publicó un libro denominado “Conversando con Educadores” (Roca Viva, 1989), y existen diversos audiovisuales que documentan sus conferencias.



oral: varios profesores de medicina utilizan aún términos tales, como “mi sala”, “mis pacientes”, “mi equipo”⁵. Esta instrumentalización y empobrecimiento del léxico continúa contribuyendo a la deshumanización y a que la relación médico - paciente se enmarque en la dicotomía entre “el que sabe” y “el que no conoce” sobre su diagnóstico y pronóstico vital. El que prescribe un tratamiento y el que obedece la prescripción, el que otorga el alta médica y el que regresará a control médico en la fecha indicada. Lo que se acentúa al tratarse de mujeres, de pacientes con problemas de salud mental, de personas provenientes del medio/trabajo rural, de ser persona afrodescendiente.

En ese sentido, el primer trabajo que elaboré junto a otro compañero estudiante refería al encuentro entre la metodología de la educación popular de Paulo Freire y los aportes teórico – metodológicos de Gomensoro – Lutz⁶. Esa fue la primera vez que sentí que confrontaba a un sistema de ideas y que, a su vez, podíamos hacer dialogar a distintos autores en la búsqueda de un abordaje educativo transformador en los campos de la salud, la sexualidad y de la educación.

Varias reflexiones nos han acompañado por décadas. Por ejemplo: ¿qué tanto las propuestas de Paulo Freire podían ser aplicables a otros contextos?; ¿es posible desarrollar procesos educativos con estudiantes universitarios desde la perspectiva de la educación popular, cuando el marco epistemológico conduce a la formación en un mercado de la salud, cada vez más tecnocrático y especializado? ¿Acaso las modalidades de participación que apertura la estrategia de la Atención Primaria en Salud actual favorece procesos liberadores con relación al modelo sanitario positivista y clínico? ¿Es posible esperar un cambio en el contexto de la consulta médica cuándo la relación ya se encuentra fuertemente estereotipada? ¿Es el consultorio⁷ el lugar propicio para un cambio liberador?

5 Y de pacientes en sus camas en salas generales, que esperaban la visita a en la mañana del profesor encargado y de su equipo, en un ritual inolvidable: íbamos al encuentro de “el infarto de cama 4”, o “la leucemia de la sala ocho”.

6 En el marco del curso sobre Sexología General, dictado en la Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga por el Prof. Andrés Flores Colombino.

7 El término “consultorio” refiere en Chile al centro de atención, si bien hoy tiende a nominarse de acuerdo con el tipo de establecimiento. Lo que se denomina consultorio en Uruguay refiere al denominado “box” en Chile, término que mucho dice.

Malestares e inquietudes

Concomitante a la formación y prácticas en el modelo de la educación popular, y de aprendizaje en la carrera de medicina, fue posible reflexionar acerca de los efectos en mi persona de dos paradigmas tan disímiles. Un puente entre ambas, como lo podría constituir la medicina familiar, recién nace en 1987 y con distintos niveles de resistencia. La coexistencia de estos dos modelos acentuó las contradicciones vocacionales y la convicción de tener que tomar decisiones. La relación entre profesional de la salud – paciente (considerado también como usuario, es decir de quien hace uso), no permitía un proceso reflexivo auténtico a ninguno de los actores involucrados. Podía visualizar cómo en el escenario de la denominada atención primaria en salud, se reproducían - con menor intensidad o mayor sutileza que en los centros hospitalarios - los mandatos propios del modelo centrado en la patologización, en los factores de riesgo y en el preventivismo.

Mientras el profesional interpretaba desde un consagrado marco teórico y actuaba de acuerdo con estrictos protocolos, el paciente entendía que el problema de salud era una suerte de castigo por no haberse cuidado - los pecados en formato secular -, una consecuencia por haber consultado tardíamente o desobedecido en el cumplimiento del tratamiento indicado. Y, de esta manera, similar a lo que sucede con la educación bancaria, era el profesional quien realizaba indicaciones de cuidado y tratamiento; el paciente es quien debía obedecer; el médico es quien poseía el saber y el método de cura, la fórmula y la palabra cierta; el paciente era el campo de aplicación de estos saberes, medicamentos y nuevos hábitos a adquirir; era el profesional de la salud quien tenía (y tiene) la palabra autorizada por la ciencia, por la evidencia científica, por su trayectoria clínica; el paciente era (y es) el caso clínico, es quien debía respetar ese saber; era el profesional o el equipo de profesionales quienes prescribían; era el paciente y su familia quienes debían cumplir con la prescripción a cabalidad; el profesional de la salud escogía entre su arsenal terapéutico; el paciente tendría la oportunidad de cuestionar en algún caso,



basado en posibles efectos secundarios, pero también tolerar las consecuencias no agradables en nombre del bien mayor; era el profesional quien velaría por la recuperación de la salud o para alcanzar algún nivel de mejoría, y será el paciente quien tendría que gestionar los recursos financieros, los tiempos, para que ese tratamiento diese resultado.

Este paralelismo que he realizado entre la relación educador - educando y profesional de la salud - paciente, basado en textos de Freire, no siempre se da en esos términos, pero aún persiste y no parece cuestionado en muchos ámbitos en los que debería estarlo. Una verdadera reforma o transformación en salud no podría evadir el papel crucial del vínculo, la escucha y la capacidad de cambio desde los espacios de atención.

Desecha la ilusión sobre la mejora del estado de salud de la población a partir de la atención clínica, abandoné también los estudios en el área de la psiquiatría, que replicaban un modelo ya descrito por Basaglia y tantos otros profesionales desde décadas atrás. Aprendizaje: no puede basarse un sistema de atención (que desde siempre “hace agua”) a la salud de la población en el accionar individual, transformando en “pacientes” a vecinos, pobladores y ciudadanos. El modelo clínico asistencial podría resultar de utilidad para el abordaje en determinados aspectos, pero siempre llegando tarde y mal a la hora de promover salud y para realizar prevención primaria o secundaria de manera eficiente. A su vez, tendía a reproducir y consolidar las relaciones de dominación social y fundamentalmente la desigualdad en las relaciones de género.

Si el modelo de atención individual sigue la lógica administrativa financiera que conduce a la eficiencia de los tiempos de consulta, con tiempos que no permiten establecer diálogo auténtico entre consultante y profesional, parte del proceso de cura se encuentra menospreciado. La escucha, es parte del proceso de cura, lo sabemos. Pero la informatización del espacio de consulta, la protocolización de la atención clínica, las limitaciones y rigidez del arsenal terapéutico, la ausencia del arte y el desaprovechamiento de los espacios de espera son parte de un empobrecimiento del vínculo y de nuevas posibilidades terapéuticas. También, es el lugar donde aterrizan los bien intencionados

cambios de la malla curricular para encontrarse con un escenario fuertemente condicionado por la lógica de la atención clínica (Franco, 2007). A nuestro entender, este dispositivo espacio - temporal, denominado box clínico - es decir caja clínica-, termina encajonando las posibilidades terapéuticas. Era y es una ingenuidad creer que una lógica gerencial de la salud basada en lo tecno burocrático pudiese producir cambios en el sujeto/paciente, en su contexto más cercano o en la calidad de vida de la comunidad. Tan ingenuo como creer que programas de estudios basados en el entrenamiento no reflexivo podrían modificar el capital cultural de una comunidad educativa.

El error era (y aún hoy) creer que es el otro el que no sabe, siendo que el propio profesional se ve acosado en un mar de novedades sobre nuevas enfermedades/patologías, nuevos descubrimientos farmacéuticos, nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamientos que requieren de una actualización permanente, de participar en nuevas instancias ante referentes internacionales, y otra serie de dispositivos que le dejan (con muchas ventajas comparativas) en una posición similar a la de los pacientes que asiste: “sólo sé que debo actualizarme”. A su vez, observé una y otra vez en los años 90 que la multiprofesionalidad no generaba *per se* cambios sustantivos, al no existir otras modalidades de crear trabajo vivo en salud en el ámbito de la atención en salud.

Todo lo dicho nos ubicaba existencialmente, en la categoría de “inquietos”, según el planteo de Arnaldo Gomensoro (Gomensoro, 2009).

De las inquietudes y los malestares a la acción educativa

Ante la incompatibilidad de actuar en determinados escenarios por las limitaciones señaladas, fuimos generando espacios para promover la educación para la libertad. Son algunas oportunidades que se presentan con el transcurrir de las décadas y que requieren para su realización que se conjuguen elementos político-institucionales, recursos económicos y aceptación por parte de las comunidades involucradas.

A partir de Freire, ¿qué nos ha llevado a colocar en diálogo a los aportes provenientes de la educación popular con las producciones académicas?



Varios desarrollos teóricos, partiendo de una mirada crítica a un orden social injusto e inequitativo, pueden iluminar un camino para recorrer desde la educación y promoción de la salud con perspectiva crítica. Uno de los más valiosos es el que nos permite pensar el desarrollo desde las Necesidades Humanas Fundamentales (Max Neef; Elizalde; Hopenhayn, 1986) y a partir del cual la educación formal y no formal aportan a satisfacer la necesidad de entendimiento. En una publicación posterior (Max Neef, 1993), ejemplifica como la educación popular es un satisfactor sinérgico de la necesidad de Entendimiento, Protección, Participación, Creación, Identidad y Libertad. Estos satisfactores tienen como principal atributo la capacidad contrahegemónica - según Manfred Max Neef -, en tanto que revierten racionalidades dominantes, como las de la competencia y la coacción.

Una experiencia educativa que desarrollamos en Cali en el año 2006, nos permitió conjugar la modalidad de trabajo en taller con la perspectiva del desarrollo a escala humana y las necesidades humanas fundamentales. El trabajo que se nos había encomendado implicaba problematizar los modelos de masculinidad y feminidad hegemónicas, persistentes en mujeres y varones líderes de agrupaciones juveniles de Bogotá, Cali, Barrancabermeja y Medellín, en el marco del conflicto armado colombiano y de la violación de los derechos humanos.

Fue la primera oportunidad en la cual pude articular en taller, el trabajo en género con las necesidades humanas fundamentales. Y fue la relación establecida desde la primera hora entre el educador y quienes participaban, la generadora de confianza. Pues como señala Carlos Pazos (Pazos, 2017) de la “relación comunicativa, intersubjetiva, empática y afectiva, depende el surgimiento de una percepción positiva de unos hacia los otros y el nacimiento de expectativas recíprocas que alimentan el proceso”. En base a esta relación de confianza, posteriormente pude realizar un recorrido por los barrios de Aguablanca y Mojica, intercambiando con niñas, niños y adolescentes, percibiendo la dramática condición de las familias, a la vez que la resiliencia comunitaria. Comprobando que una hipotética décima necesidad humana fundamental de trascendencia estaba presente, lo cual había sido planteado por Maslow hace varias décadas (Elizalde, Martí y Martínez, 2020).

El segundo campo de actuación, en el cual ha sido posible un despliegue, refiere a la perspectiva teórico-metodológica de la educación de resonancia comunitaria, aplicada en diversas experiencias del “Programa Maternidad – Paternidad Elegida” de la División de Promoción de Salud del Ministerio de Salud de Uruguay y con apoyo de agencias de Naciones Unidas. A través de las jornadas de diálogo sobre afectividad, sexualidad y salud y de las rutas de aprendizaje en afectividad, sexualidad y salud, se generaron instancias participativas, intergeneracionales, con diversos estamentos de las comunidades educativas, basado en las necesidades de aprendizaje de los sujetos participantes⁸. Las jornadas – versión adaptada de las jocas chilenas – consistieron en una serie de eventos desarrollados entre los años 1998 y 2000, con características de autogestión, participación social, comunicación comunitaria y con alta capacidad generativas de diálogo entre actores diversos, apostando a levantar la censura acerca de la necesidad de entenderse, educarse y promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La comunidad de aprendizaje, según Rodrigo Vera Godoy, “se basa en el reconocimiento de los aprendizajes que tienen lugar por el sólo hecho que los sujetos habiten en una misma localidad. Al compartir un espacio de convivencia, sus habitantes se influyen mutuamente tanto, en sus procesos de construcción de identidades, como en la conformación de sus formas de pensar, de sentir y de actuar” (Vera, 1999, p. 10).

Y, es en estas comunidades de aprendizaje, donde se procesan las conversaciones, las cuales son instancias privilegiadas de aprendizaje integral. Conversaciones en las cuales fluye la emotividad, lo compartido en el barrio, los temas críticos situados en un territorio. Conversaciones que - en tanto instancias de educación informal - pueden ser fomentadas en torno a temáticas de interés, en un contexto socioeducativo. Esta posibilidad de escuchar y ser escuchado, y participar de intercambios en sucesivas plenarias, permitían generar una agenda de temáticas que debiesen ser abordadas por el sistema educativo, pero, también comunicarse para superar prejuicios y estereotipos. Tiempo después, encontramos

⁸ A un quindenio de recuperada la democracia en Uruguay, persistían las amenazas y las sanciones ante el desarrollo de actividades o publicaciones que promoviesen la educación sexual dirigida a adolescentes escolarizados, y puedo dar cuenta profesionalmente de estos procesos.



textos que diferencian el diálogo de la conversación, en el contexto de los procesos de aprendizaje, en el marco de un proyecto de Universidad de Chile que analiza las JOCAS, y que es interesante de ser estudiado (Palma, 2003).

El tercer campo de actuación se basa en la salud comunitaria, distinguiéndolo de la actuación de los centros de atención en salud del primer nivel de complejidad y su trabajo “hacia” o “para” la comunidad, y con distancias epistémicas con los campos de la salud pública y de la salud colectiva (Saforcada, 2012). La educación crítica en salud, el diálogo entre actores barriales y las conversaciones entre vecinas y equipos de salud no medicalizados permiten valorar las prácticas de sociocuidado comunitario y las modalidades de resistencias a los embates económicos de los tiempos de crisis. Esto lo pudimos vivenciar desde el Programa APEX - Cerro de la Universidad de la República -, a partir de 1993, en el área de salud integral con adolescentes y en el centro de jóvenes⁹. Recuerdo que generaba cierto malestar en algunos docentes, clínicos y administrativos que un equipo de docentes/médicos dedicásemos parte de nuestras horas laborales a trabajar directamente en el barrio Cerro Norte con adolescentes considerados “de riesgo” (léase que no en riesgo, sino peligrosos). Adolescentes varones conversando en rueda sobre su salud sexual y reproductiva, posteriores a partidos de fútbol, que les tenían como protagonistas y a nosotros como educadores en salud con adolescentes. Los prejuicios terminaron operando como barreras y la ruptura de la confianza de estos adolescentes en situación de vulnerabilidad social, acabando con una experiencia de promoción de salud sexual y reproductiva pionera con varones jóvenes. Esa era verdadera salutogénesis en el marco del subprograma Salud del Adolescente y Situaciones de Riesgo. Así como era verdadera prevención en salud sexual y reproductiva el haber instalado una Consejería en Sexualidad y Anticoncepción en el Centro de Salud del Cerro. Experiencia también con efecto removedor para integrantes de los equipos de atención¹⁰.

9 Departamento de Salud del Gobierno Vasco nos brinda un concepto sobre salud comunitaria e intervención comunitaria a lo que le encontramos mucho sentido con relación a la posibilidad de coeducarnos y superar el analfabetismo en materia de nuestra calidad de vida: “La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales. Por tanto, una intervención comunitaria en salud se define como una acción realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación” (Aitziber, 2016, p. 67).

10 Un gran educador como lo fue José Luis Rebellato (1946 – 1999), coordinar entonces del área de adolescentes, nos comunicó personalmente su interés en aprender de esta experiencia. Rebellato, doctor en filosofía y autor de varios libros sobre ética, autonomía y procesos sociales.

¿Podríamos pensar a la salud comunitaria como práctica conducente a la libertad? ¿Para liberarnos de qué? Por una parte, podríamos afirmar que la educación en la mayoría de las profesiones de salud en grado y postgrado, continúan apostando a la educación bancaria y en algunas asignaturas con espacios de taller. Estos talleres, en muchas ocasiones, resultan parodias de un proceso de auténtica coconstrucción: no surge de allí un conocimiento emergente, sino que la información ha sido procesada exitosamente, debido a que se incluyen las vivencias personales, pero, de manera tautológica, se concluye lo que el programa de estudio señala como meta.

Por otra parte, los espacios de ejercicio profesional en salud están - cada vez más - sujetos a controles de productividad, metas a alcanzar, delimitación estricta de las funciones de cada profesional, tecno- burocratización de los sistemas de registro (Mehry, 2022). Los tiempos protegidos para el intercambio entre profesionales, para la discusión de “casos clínicos”, para el trabajo intersectorial y hasta los propios tiempos de consulta son muy reducidos. Es difícil ir al encuentro de las familias y comunidades, más allá de la lógica del enfoque de riesgo con grupos priorizados por morbilidad o vulnerabilidad. Inclusive, con mayores recursos económicos disponibles, los equipos tienden a reproducir las mismas prácticas disciplinantes, pues el paradigma biomédico goza de buena salud. La medicalización de la vida cotidiana y la promoción de salud basada en estilos de vida saludables, sin considerar los condicionamientos sociales y la determinación social de la salud.

Pues bien, allí es posible trabajar desde un paradigma que entienda a la salud comunitaria como un encuentro de quienes están en un proceso de aprendizaje en sus carreras de la salud con los líderes de organizaciones comunitarias como de profesionales que se cuestionan desde los espacios universitarios y de trabajo en servicios de salud públicos. En ambos casos, y siempre integrando equipos de coordinación y docencia, podemos visualizar prácticas promisorias, donde percibimos similar entusiasmo y una creciente inquietud en torno a los procesos de formación, en la educación como herramienta transformadora y en los principios éticos que orientan el aprendizaje para una sociedad justa en lo social.



Puedo mencionar dos experiencias significativas desarrolladas en la perspectiva freireana, aplicada al campo de la salud comunitaria y que sería necesario profundizar: una es el Módulo Integrado Interdisciplinario y Multiprofesional II, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en el cual ha sido fundamental el poder generativo de la Escuela de Construcción de Soberanía en Salud - ECOSS del Barrio, donde vecinas y vecinos se han organizado para recibir a estudiantes y han interactuado con docentes y responsables de diseñar la malla curricular, así como para realizar planteos con miras a una transformación al sistema de atención en salud. La otra, es el proyecto “Equipos de Salud como Agentes Educadores en Medidas de Salud Pública No Farmacológicas para Grupos de Población en Situación de Vulnerabilidad” que hemos coordinado desde el Departamento del entonces Departamento de Salud Comunitaria de Facultad de Salud y Ciencias Sociales de Universidad de Las Américas – Chile: allí el equipo responsable de liderar la propuesta pedagógica pudo articular las trayectorias de los equipos de salud de atención primaria con la perspectiva de derechos, para el abordaje de la alfabetización crítica en salud y la comunicación de riesgos (Lobos, 2022).

Estos espacios educativos pueden combinar técnicas provenientes de distintas escuelas pedagógicas, combinar métodos de producción de conocimiento, adaptándose a los cambios tecnológicos y a las modificaciones que viven las comunidades. Lo sustantivo del pensamiento plasmado en Pedagogía de la Autonomía (Freire, 2015) está presente en ambas experiencias pedagógicas, con altas posibilidades de resonancia comunitaria. Y es, en definitiva, a nuestro entender lo sustantivo: no reproducir tan sólo una metodología, sino trabajar desde una mirada ética compartida.

Paulo Freire vive

En el quinto informe mundial sobre el aprendizaje de adultos y educación, denominado “Educación para la Ciudadanía: empoderar a los adultos para el cambio” (UNESCO, 2022), Paulo Freire es presentado como referente y es citado en

varios espacios en el documento. Se le cita justamente junto a otros autores en lo que afecta en nuestros tiempos, en lo referente a las violaciones a los derechos humanos¹¹:

“Humanización”, el proceso por el cual, según Paulo Freire, nos volvemos más plenamente humanos, no es un resultado dado de la educación; más bien, puede verse como un esfuerzo para contrarrestar la deshumanización (Roberts, 2000). La deshumanización conduce inexorablemente a la alienación, la desesperación, cinismo y, en última instancia, a la violencia y la injusticia en diversas formas (Freire, 1970; UNESCO, 2022, p. 7).

Asimismo, este documento rescata planteos centrales de la perspectiva freireana, al afirmar que la alfabetización depende del contexto y de la historia de las comunidades, así como de los cambios tecnológicos en el ámbito laboral. Y que los enfoques emancipadores y transformadores de alfabetización de adultos exigen énfasis particular en temas de ciudadanía y trabajar en el currículo, promoviendo el pensamiento crítico, que permitan comprender y transformar las realidades de quienes participan del proceso de aprendizaje, a través de palabras y temas generativos. Reconoce este documento el papel de la educación popular en América latina y también otras regiones. En esto, resulta importante como se comienza a vincular el aporte de Paulo Freire, con la meta 4.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

Para 2030, asegurar que todos los educandos adquieran los conocimientos y habilidades necesarios para promover el desarrollo sostenible, incluso, entre otros, a través de la educación para el desarrollo sostenible y estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y la no violencia, ciudadanía global y apreciación de la diversidad cultural y de la contribución de la cultura al desarrollo sostenible¹².

Resulta estratégico que UNESCO reivindique el pensamiento de Paulo Freire en un documento de carácter internacional, así como también se menciona a otros académicos reconocidos en la pedagogía crítica, como lo son Henry Giroux y Peter McLaren - ambos activos y creativos al momento de escribir este texto -, colocando así los desafíos para las sociedades actuales.

11 El texto se encuentra sólo en idioma inglés, la traducción es del autor de este texto.

12 Extraído de <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=4&Target=4.7>, SDG Indicators



Es un llamado a articular la educación popular, la ecopedagogía y una mirada integral e intercontinental del desarrollo sostenible.

Para quienes hemos valorado el aporte de Paulo Freire al campo de la formación en salud comunitaria (Juárez, 2015), resulta fundamental entonces revisar las producciones actuales en campos más allá de la salud, donde este educador de educadores fue sembrando esperanza y método, ética y libertad. En ese sentido, vemos con preocupación, por ejemplo, cómo publicaciones sobre una nueva educación pública en Chile, en un camino de desmunicipalización, no hacen una sola mención a Paulo Freire ni a la educación popular (Bellei, 2018). Para nuestra satisfacción, otras producciones han recogido el legado freireano en distintas regiones de Chile, acudiendo a fuentes orales (Molina et al., 2018). Del divorcio entre historiadores de la educación y formuladores de políticas educativas ya nos han advertido distintos autores chilenos (Mateos; Mainer, 2018), entendiendo que sus interpretaciones descansan en distintos paradigmas acerca del rol de la educación y del sistema educativo.

También, nos regocija ver la publicación reeditada de “Pedagogía del Oprimido”, a un siglo del nacimiento del autor, versión traducida directamente del portugués al español, que Paulo Freire entregó personalmente a Jacques Chonchol, antes de partir de Chile¹³.

Paulo Freire ha llegado a influir en el contexto de los debates internacionales en educación, y a su vez está vivo en experiencias locales, en las cuales se puede percibir y cultivar los sentidos de la educación (Assael *et al.*, 2016; Güida, 2016; FACSOS, 2016).

Palabras de cierre, en busca de nuevas aperturas

Haber compartido algunas reflexiones a partir de la trayectoria personal - a cuatro décadas del descubrimiento paulatino del pensamiento y la humanidad de Paulo Freire - conlleva a invitar a posibles intercambios con quienes entiendan que es posible transformar las sociedades desde el campo de la educación. Para quienes nos desempeñamos en el campo de educación en salud, también es crucial modificar

¹³ Ver nota de prensa de UTEM: <https://noticias.utem.cl/2018/07/26/ediciones-utem-lanza-reedicion-del-libro-pedagogia-del-oprimido-de-paulo-freire/>

sustantivamente el modelo hegemónico de atención sanitaria y los sistemas de cuidado social. Concluyo que un cambio del sistema de atención y de cuidados no puede eludir la dimensión de lo educativo, así como los espacios de formación académica, no pueden eludir el sentido último del ejercicio profesional, del crear conocimientos y desarrollar la docencia: contribuir a generar una sociedad más democrática, justa y solidaria, venciendo las diversas modalidades de opresión.

Y, en esa dirección, una vez más, Paulo Freire nos puede ayudar mucho.

Referencias

- Aitziber, B. *et al.* **Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria.** Osakidetza: Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2016.
- Assael, J. *et al.* (eds.). **Sentidos diversos, lugares comunes:** Educación hacia el 2030 en América Latina y el Caribe. Comunicado Final Debate Actores Sociales UNESCO. Santiago de Chile: CEAAL, OREALC/UNESCO, OPECH, GT CLACSO Estado en ALC, IEALC, 2016.
- Bellei, C. (coord.). **La Nueva Educación Pública. Contexto, contenidos y perspectivas de la desmunicipalización.** Chile: Universidad de Chile, 2018.
- Cano, A. **La extensión universitaria y la universidad latinoamericana: hacia un nuevo “orden de anticipación” a 100 años de la revuelta estudiantil de Córdoba.** A100 años de la revuelta estudiantil de Córdoba. Argentina: UNL, 2017.
- Cassina, R. **¿YO PROFESOR? Anécdotas y reflexiones de la manera como percibí mi vivir en la educación?** Montevideo: Editorial Nordan - Extensión Libros Universidad de la República, 2015.
- Cetrulo, R. (1986): Comentario de Ricardo Cetrulo en Fals Borda, O. y Rodrigues Brandão, C. Investigación participativa. Instituto del Hombre y Ediciones de la banda Oriental. Archivo PDF disponible en: <https://eva.interior.udelar.edu.uy/pluginfile.php/134154/course/overviewfiles/Fals%20Borda%20Brandao%20investigacion%20participativa.pdf?forcedownload=1>
- Development Connections. Entrevista: **Conversando con Carlos Güida Leskevicius sobre identidades, agendas y desafíos en la construcción de los cambios sociales.** 2016. Disponible em: <https://dvcn.org/wp-content/uploads/2021/10/Carlos-Guida-L.-Feb-2016.1.1.pdf>. Acceso em: 20 jan. 2022.
- Elizalde, A; Martí, M. y Martínez, F. (2006): Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona en Polis [En línea], 15 | 2006. <http://journals.openedition.org/polis/4887>
- FACSO. Entrevista a Prof. Jesús Redondo. **El cambio solo es posible desde abajo, desde dentro, desde el margen; en lo pequeño y descartable, casi invisible, como el fermento.** 2016. Disponible em: <https://facso.uchile.cl/noticias/126980/jesus-redondo-analiza-el-sentido-de-la-educacion-en-las-comunidades>. Acceso em: 20 jan. 2022.
- Franco, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface**, Botucatu, v.11, n.23, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>
- Freire, P. **La educación como práctica de la libertad.** Montevideo: Editorial Tierra Nueva, 1969.

- Freire, P. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários a prática educativa.** 51. ed. Rio de Janeiro - São Paulo: Ed. Paz & Terra, 2015.
- Freire, P. **Pedagogía del Oprimido.** Montevideo: Editorial Tierra Nueva, 1970.
- Gomensoro, A. *Una educación y una terapia para “inquietos”. De meros “educandos” y meros “pacientes” a agentes autónomos de su propio destino.* 2009.
- Juárez, M. P. Relación médico consultante en el primer nivel de atención en salud. **Colección Salud Comunitaria.** Buenos Aires: Ediciones Nuevos Tiempos, 2015.
- Lobos, N. **Capacitación para equipos del nivel primario de atención frente a la COVID -19, con metodología pedagógica mixta.** Ponencia X Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de Saúde – Lisboa, 2022.
- Mateos, J; Mainer, J. Políticas educativas e historia de la educación: una mirada genealógica, integradora y crítica” en Paulo Freire. **Revista de Pedagogía Crítica,** [S.l.], año 16, n. 20, p. 41-67, 2018.
- Max Neef, M. **Desarrollo a escala humana.** Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Montevideo: Editorial Nordan, 1993.
- Max Neef, M.; Elizalde, A.; Hopenhayn, M. Desarrollo a Escala Humana una opción para el futuro. **Development Dialogue,** Santiago, n. esp., 1986.
- Merhy, E. **Salud:** cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2021.
- Molina Jara, J. *et al.* Experiencias alfabetizadoras en la actual Región del Maule (chile): la visita de Paulo Freire, recuerdos y legado. **Revista de Pedagogía Crítica,** [S.l.], v. 20, p. 69-82, 2019.
- Moller, S.; Ugarte, J. Participación en salud: Análisis de interfaz socioestatal y obstáculos para la colaboración entre los distintos actores de la salud en Chile. **Cuad Méd Soc,** Chile, v.58, n.3, p.37-45, 2018.
- Palma, I. (dir.). **Proyecto FONDEF DOOI1043, CONICYT.** 2001-2003. Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina (CEGECAL). Facultad de Filosofía y Humanidades. ConTacto: Sexualidades en Conversación. Producción y transferencia de un modelo educativo conversacional en sexualidad y salud reproductiva dirigido a jóvenes. Chile: Universidad de Chile, 2003.
- Pazos, C. Algunas reflexiones sobre la educación no formal y el aporte de Paulo Freire” en Enfoques. **Revista Educativa Instituto de Formación Docente Salto,** 2017.
- Roberts, B. **Las nuevas políticas sociales en América latina y el desarrollo de ciudadanía:** una perspectiva de interfaz. Taller Agencia, Conocimiento y Poder: Nuevas Direcciones Wageningen, 2001.
- Saforcada, E. Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. **Aletheia,** [S.l.], n.37, p.7-22, 2012.
- UNESCO Institute for Lifelong Learning. 5° Global Report On Adult Learning And Education. **Citizenship education: Empowering adults for change.** 2022. Disponível em: <https://uil.unesco.org/adult-education/global-report/5th-global-report-adult-learning-and-education-citizenship-education-0>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- Vera, R. Promoción de la salud sexual y reproductiva en la atención primaria de la salud. La educación comunitaria de resonancia y la creación de espacios de aprendizaje y de ayuda mutua para el autocuidado de la SSR. **Seminario Internacional,** 7, 19 al 22 de octubre de 1999, La Habana, Cuba.

EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD: PARA LA EMANCIPACIÓN, EL RECONOCIMIENTO DE LA OTREDAD

Ricardo H. Pérez Abarca
Universidad de Valparaíso, Chile.

Me pregunto: ¿qué habría sido de las clases de salud comunitaria, sin la voz punzante de Paulo Freire (que cobraba vida a través de la facilitadora), haciendo las preguntas transformadoras? ¿Cuál sería mi relación con el poder, las asimetrías y horizontalidades? ¿Qué serían de nuestras justas voces de jóvenes secundarios, universitarios -siempre rebeldes- rasgadas con el tiempo, sin esos gritos por la Alameda de Santiago o de San Felipe exigiendo una educación gratuita y de calidad? Y, todos los docentes que fueron influenciados por la palabra de Freire, ¿cuántas nuevas generaciones se pensaron críticas desde ese punto de partida?

En otro pensamiento.

¿Cómo influye el contexto desde 1964 a 1969 en la vida y obra de Paulo?

Y otro.

¿Qué hay de Paulo en el Chile de hoy?

Sin la intención de ironizar.

Y si la imaginación nos alcanza, dialogar: ¿Qué significa hoy el derecho a la salud o a la educación? ¿Dónde y cuándo era el vivir en un entorno libre de contaminación y el derecho a la salud que nos prometieron¹⁴?

Hoy las preguntas pudieran ser: ¿cómo se repara? ¿Cómo construir sociedades de cuidado?

Mucho menos, de la intención de preguntarse, no es ser imprudente o atrevido su cometido:

¿La nueva Constitución, la plurinacionalidad, lo popular, lo democrático, lo participativo, lo deliberativo, lo ancestral-étnico, la equidad

¹⁴ La Constitución de 1980 creada en Dictadura de Pinochet, menciona el derecho a la salud en su artículo 9 y el vivir en un entorno libre de contaminación en el artículo 19.

social y de género, la realidad y la emancipación; qué entendemos las personas en Chile sobre esto? ¿Soñamos, acaso, algún mínimo común?

Y, por qué no preguntarse, con toda libertad:

¿En la construcción colectiva del nuevo Chile, qué no ha pasado aún? Sin garantías o vulneraciones de derechos, con presos y presas políticos o militarización de zonas donde han habitado personas mucho antes de las palabras que conocemos o esto conocido como Estado Neoliberal a la chilena. En palabras de una gran amiga, “no es posible pensar algo nuevo frente a tanta impunidad”.

Si la libertad, ha de llamarse Libertad, que sea Emancipada:

¿Por qué Paulo Freire no está presente en los libros escolares - e inclusive universitarios - siendo uno de los pedagogos más influyentes? ¿Cómo vería Paulo, el desarrollo de las universidades, esta agudización de la educación de mercado o bancaria?

Tantas e infinitas preguntas como nos propone la filosofía y método freireano.

Desde su influencia teológica de la liberación, pasando por la fenomenología, quién sabe si metafísico u otra oriental, pero sin dudas, marxista, concluyo esto, caminando por la calle La Marina de San Miguel, una de las comunas de Santiago, donde a mitad de cuadra está el colegio que le hace honor a su nombre.

Y, en esa huella, una casa casi escondida, más bien silenciada o tal vez mimetizada en el popular barrio que hoy se abre a las inmobiliarias. Silenciado, quizás como lo intentó el Partido por la Democracia Cristiana y lo que, en parte, puedo imaginar de lo que vivió durante sus cuatro años de exilio en Chile, éstos llenos de contradicciones.

Y, es que en sus palabras:

El pueblo chileno sabe muy bien que la contradicción fundamental con la que el ser humano se enfrenta no es entre él y la naturaleza, sino que se da en el espacio social, político, y económico. Esas cosas confieso que las aprendí en Chile, quiero decir, no que Chile me haya convertido en un hombre completamente diferente del que

era, sino que lo que hizo conmigo exactamente fue profundizar una radicalización en mí que ya estaba anunciada (Freire, 1987, p. 127).

Describir los agitados años de 1960 en Chile sería un trabajo muy difícil de realizar. Pues las fuerzas sociales y políticas evolucionaron a pasos sin precedentes.

A modo de ejemplo, se llevó a cabo la Reforma Agraria, donde Freire demostró la importancia de su método, radicalizó su teoría, de modo que, fueron verdaderos espacios de creación colectiva y trascendentales para las personas, y por qué no, para la identidad de una nueva sociedad, a través de los aportes al reconocimiento otredad o sociocuidado/cuidado social.

Métodos, como el de Paulo Freire o Juan Marconi, demostraron tempranamente a la salud pública chilena, la importancia de comunidades cohesionadas, que tuvieran prácticas de cuidado y emancipación compartidas; del tal manera de lograr a través de la creación colectiva nuevas respuestas a sus modos de vida, desde la participación y diálogos críticos.

Tal como lo señalan Araya-Crisostomo e Infante Malachias (2021) , en el libro escrito en Chile, en 1965, *La Educación como Práctica de la Libertad*, Freire insiste en que “no existe educación fuera de las sociedades humanas y, por lo tanto, no hay hombre en el vacío, el ser humano es un ser de relación” (Freire, 2014 citada en Araya-Crisostomo e Infante, 2021), y de acuerdo a estas autoras, es en esta relación que, el individuo puede trascender la intransitividad y asumir la transitividad crítica.

Esto me hace reflexionar sobre el papel de las personas en la creación de vínculos y de la sociedad. Cabaluz (2020) analiza la ruta de Paulo Freire en Chile, destacando su relación con su llegada y el papel de la Iglesia Católica, Conferencia Episcopal y el Partido por la Democracia Cristiana de Eduardo Frei, debida a su destacada trayectoria de alfabetización en Brasil:

El proceso de radicalización política que vivía el país era tierra fértil para una concepción educativa centrada en la concientización, la dialogicidad y la liberación. La concepción político-pedagógica freiriana fue adoptada por convicción por un grupo relevante de educadores del país, quienes siguieron por un largo periodo, por lo menos hasta la década de los noventa, alimentando las luchas por democratizar y transformar la educación y las prácticas educativas desde las comunidades y los territorios (Cabaluz, 2020, p. 308).

Sin embargo, esto no siempre cayó bien en la élite, pues la alfabetización que muchos pretendían era la funcional, aquella que sólo buscaba la técnica o lo productivo para el país, como lo era para la Reforma Agraria. Y, seguro esta radicalización del contexto también influyó en Paulo Freire; la alfabetización, la verdadera, es desde la conciencia.

Para Araya- Crisostomo e Infante (2021) insisten que en este proceso de concientización, el ser humano puede llegar a la transitividad crítica mediado por una educación dialogal y activa centrada en la responsabilidad social y política y que, de acuerdo con Freire, se caracteriza por la profundidad en la interpretación de los problemas. En ese sentido, la responsabilidad es un dato existencial, y no puede ser incorporada a los sujetos sólo intelectualmente, sino también vivencialmente. De este modo y de acuerdo con Freire, esta realidad develada por la experiencia vivencial de los sujetos adquiere nuevas dimensiones de criticidad. Así, la concientización sólo puede llevarse a cabo por medio de una acción pedagógica que permita la humanización del hombre y lo ayude a reflexionar sobre sí mismo, sobre sus responsabilidades y su rol en la sociedad y la cultura.

Para imaginar los últimos años de Paulo Freire, la Reforma de 1968, en la Universidad de Chile, permitió introducir algunas innovaciones fundamentales o más bien fue de las pocas ocasiones en que el pueblo o sociedad influye directamente en la creación de nuevos espacios universitarios con sentido de país. En palabras del Decano Jadresic, aquella Reforma es una expresión más de su clara comprensión de los problemas de la salud en referencia al contexto y de la Universidad y su función más elemental en el

país. Alfredo Jadresic menciona en el acto inaugural de las carreras vespertinas de la salud y de recepción alumnos-trabajadores en los agitados años sesenta:

En el mar turbulento del largo proceso de la Reforma de la Universidad de Chile, de las confrontaciones diarias de las fuerzas progresistas con las fuerzas conservadoras, de la superación de nuestros propios errores y del planteamiento de nuevos problemas no visualizados inicialmente, ha ido surgiendo, de una manera dialéctica, el avance seguro de esta Facultad de Medicina que hoy, con satisfacción, puede mostrar algunas realizaciones concretas de gran trascendencia (Jadresic, 2002, p. 35).

Si bien, no es el objetivo de este artículo profundizar en la obra de Paulo Freire y su papel en este proceso de maduración social y política, es posible imaginar la intensidad y calidad de los debates existentes en esos años, en los que arribó tras su exilio. Los procesos educativos como herramienta fundamental en el desarrollo del país y de las personas, y la relación recíproca como integrante del Estado para aportar a una sociedad de derechos y más justa. El diálogo tan necesario en el día de hoy. Para Freire toda práctica educativa es política, nunca es neutral, ya que esta acción, siempre favorece la dominación o la emancipación. Todos aquellos principios necesarios para resolución de las crisis sociales, económicas, políticas, sanitarias y ecológicas de hoy.

Y es que en la educación en nuestras aulas de hoy muestra claros síntomas de deterioro. La educación atravesada por lógicas neoliberales de todas las responsabilidades académicas, llámese formación de pre y posgrado, tan relevantes como la investigación o extensión universitaria o llamada también “vinculación con el medio”. Las infraestructuras deterioradas o restringidas, profesores y profesoras agotados, funcionarios exigiendo derechos mínimos y estudiantes que no disponen de un lugar para estudiar, alimentarse, reflexionar o recrearse. Privados, siempre privados, también de situaciones colectivas. Compitiendo en un sistema voraz. Donde los académicos y docentes no necesariamente demuestran su compromiso ético y político por una sociedad más justa, si no muchos de ellos, indiferentes a las injusticias y opresiones.

Satisfechos de ejercer el poder a través de los dispositivos que tienen a un profesor frente a un gran auditorio o una cámara web, lejano de diálogos críticos para una conciencia crítica.

Valoro cada oportunidad de comunicar una duda, y, generalmente, es cómo cuidar mejor. Sin embargo, no es posible solo la educación desde las aulas tipo gran teatro que aleja de las personas. Cuando los simbolismos en las aulas centenarias de la Universidad de Chile, donde cada retrato de los decanos de la Facultad, son fieles reflejos, de la hegemonía biomédica-patriarcal. Es que solo que exista un cuadro de una decana reciente que ha tenido a lo largo de la historia. Para qué cuestionar la posibilidad de que sea un decano o decana de la Facultad de Medicina una enfermera, fonoaudióloga, matrn, nutricionista, kinesióloga, terapia; o cualquiera de las siete o más profesiones que hacemos una Facultad imaginaria llamada Ciencias de la Salud.

Pero, claro.

Hablar de emancipación o revolución provoca desagrado, miedo o desprecio.

Acallamos la revuelta del 2019 academicistamente para dejarla en Estallido y/o proceso “refundacional” sin diálogos, sin capacidad de articular la crítica popular, y como es realizado este proceso en Chile, por gran parte de la misma clase política, no podemos esperar más ni menos que ensayos constitucionales fallidos, carentes de la participación ciudadana.

Es que, para este cambio, se necesita mucho más que los derechos fundamentales constitucionales escritos. Porque para ello los derechos son necesarios hacerlos cumplir. Esa ética es la que construye las sociedades. La verdadera dificultad está en crear la realidad, lo que no darán los protocolos, normas o leyes. Porque tenemos la responsabilidad de ser críticos y creadores de cuidados y sus dispositivos.

Una salud pública de hoy, rebasada en necesidades, que por sobre todo, necesita articular la Institucionalidad con las comunidades y personas -porque estos desastres políticos, sociales y sanitarios- se abordan desde la complejidad de los sucesos; y éstos, son sin precedentes, como las medidas que desde sanidad deben tomarse, no cooptando la libertad de las personas o apelando a

un autocuidado viralizado de *fakenews*; y de profesionales de salud reventados en el nivel primario, secundario o terciario, con claras fragmentaciones entre las comunidades y la institucionalidad de salud.

Hoy, los centros de salud presentan escasas e insuficientes propuestas para abordar la promoción y prevención de salud de niños, niñas y adolescentes, adultos y personas mayores; siendo que la evidencia demuestra la importancia de intervenir tempranamente desde las políticas de salud en estos espacios, desde una perspectiva, a lo menos, interseccional.

Tal como reflexiona, hoy en día, Marcela Pronko (2020), en el texto “Educación pública en tiempos de pandemia”, las crisis presentan oportunidades, sin embargo, no se debe olvidar que la educación pública y el derecho a la salud en Brasil, al igual que en Chile, presenta dificultades de profundidad estructural previas a la pandemia, y que ésta solo aumentó o agudizó las desigualdades sociales. De manera que lo recomienda el Banco Mundial en la búsqueda de un consenso global sobre el retorno al trabajo escolar, en su documento “Covid-19: impacto en la educación y respuestas de política pública”, se devela la amenaza de aumentos de deserción escolar y de inequidades, como también problemas en la nutrición, salud mental y seguridad de niños, niñas y adolescentes, que sigue teniendo carácter de gravedad sustancial. Impactos de largo plazo en el capital humano, destacando, en dicho informe, también, la importancia de generar planes de estudios para enseñar el nivel correcto y generar habilidades básicas, y mayor apoyo para padres, docentes y estudiantes, incluyendo el apoyo psicosocial. La autora concluye:

A lo largo de la pandemia, la solidaridad de clase, las formas de organización y resistencia, o aprender a pensar y actuar juntos aún en la distancia ha sido tan importante como el aprendizaje del desprecio por la vida y los derechos, pregonado tanto por gobiernos negacionistas como por empresarios “bien intencionados”. La capacidad de transformar esta experiencia en organización y construcción de otras formas de vivir en sociedad indicará si las lecciones aprendidas de este período fueron efectivas y duraderas (Pronko, 2020, p. 116).



Por ello, cuando Salvador Allende se refirió a ser estudiante de salud, de las escuelas que dan conocimiento para las carreras que intervienen en la defensa del capital humano, en países como el nuestro, implica una vocación frente a una necesidad humana y una realidad social. Allende refiere:

[...] Por eso es importante entender que hoy ustedes no solo adquieren en la Universidad los conocimientos técnicos que les permiten una labor de alta significación [...] - sino que están en una universidad abierta a los problemas del hombre, de éste y otros continentes; que están en nuestra patria en una universidad comprometida con los cambios vinculados a los problemas sociales, sumida en el drama del pueblo, para hacer posible su cooperación con los grandes cambios que han de hacer distinta la existencia del hombre, que sumado es el pueblo (Discurso de Allende citado en Jadresic, 2002, p. 45).

Pienso en la actualidad de la Universidad de Chile y de muchas de las estatales, y la brecha que existen actualmente con respecto a estos principios y prácticas del pasado, que hoy son más bien, practicadas por académicos y trabajadores de manera espontánea, sin directrices institucionales, cooptada por la lógica neoliberal de la educación o la salud, y no de su razón de ser Universidad. Vale la pena, preguntarnos: por el derecho a la salud y el derecho a la educación; en nuestras aulas, y mirar críticamente, nuestra capacidad de estar con las comunidades.

El deterioro material y humano es evidente en estos días. A la infraestructura que se llueve, se suman las diversas manifestaciones de la realidad y la escasa capacidad para retener a académicos y docentes que desesperados se ven obligados a cambiar la práctica docente por la asistencial u otras universidades privadas. También sobre la capacidad de desarrollar pensamiento crítico y afectivo en los y las estudiantes de la salud. ¿Es posible pensar en el derecho a la salud y a la educación que necesitan estos territorios, si tu capacidad para pensar está en las gotas que caen dentro de las aulas? ¿Es posible realizar acciones de promoción de la salud, si las necesidades

fundamentales no están resueltas? ¿Qué pasa con el derecho a la libertad de cátedra en días de opresión, especialmente en la Universidad de Chile?

De acuerdo con lo anterior, actualmente, resuenan las palabras de Emerson Merhy (2006), donde reflexiona a partir de referentes teóricos constructivistas y críticos:

La condición indispensable para que una persona u organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica y a sus conceptos, es la percepción de que la manera vigente de hacer o de pensar es insuficiente o insatisfactoria para dar cuenta de los desafíos de su trabajo, es la sensación de incomodidad [...] Esta percepción de insuficiencia tiene que ser intensa, vívida, percibida. No se produce mediante aproximaciones discursivas externas. La vivencia y la reflexión sobre las prácticas son las que pueden producir la incomodidad y la disposición para producir alternativas de prácticas y de conceptos, para enfrentar el desafío de las transformaciones. Ese también es el móvil para el aprendizaje de los adultos: un problema concreto que no se puede enfrentar con los recursos disponibles o vigentes [...] Una información o experiencia pedagógica solamente produce sentido cuando dialoga con toda la acumulación anterior que las personas traen consigo. Partir de las incomodidades, dialogar con lo acumulado y producir sentido, son las claves para el aprendizaje significativo. El proceso de trabajo en salud es tomado, entonces, como objeto de reflexión con la participación de los trabajadores de salud. Los procesos educativos se construyen a partir de la realidad de los trabajadores, de sus concepciones y de sus relaciones de trabajo (Merhy, 2006, p. 153).

Tulio Franco nos enseña que existe una producción subjetiva del cuidado, donde:

Se percibe que el modo de producción del cuidado se revelaría de forma eficaz en el ámbito de su micropolítica, si hubiera un método capaz de verificar el dinámico y complejo modo operativo de cada trabajador en su acción cotidiana, incluso su producción subjetiva en acto, que produce el cuidado en salud y, al mismo tiempo, produce al propio trabajador en tanto sujeto en el mundo [...] la producción subjetiva del medio en que se vive y se trabaja está marcada por una

constante deconstrucción y construcción de territorios existenciales, en base a ciertos criterios que son dados por el saber, pero también y fundamentalmente siguiendo la dimensión sensible de percepción de la vida y de sí mismo, en flujos de intensidades continuas entre los sujetos que actúan en la construcción de la realidad social (Franco; Merhy, 2011, p. 10).

Más allá de ello, lo presente en la obra de Paulo Freire, era precisamente en desarrollar el espíritu crítico en un sentido trascendental por sobre lo técnico-tecnicista:

Para Freire toda práctica educativa es política, nunca es neutral, ya que esta acción, siempre favorece la dominación o la emancipación (Freire, 1997 citado en Araya-Crisostomo; Infante, 2021, p. 2). En consecuencia, el docente debe adquirir compromiso ético y político en el desarrollo de una sociedad más justa y no puede, por principios de su acción educadora, ser indiferente a la injusticia y la opresión. El fin de la educación es que los educandos sean capaces de transformarse a sí mismos y a su entorno para superar aquellos problemas socioculturales, políticos y económicos que limitan y obstaculizan la realización plena del ser humano” (Araya-Crisostomo; Infante, 2021, p. 2)

Tomando las enseñanzas de Freire, la Política Nacional de Educación Popular en Salud de Brasil, permite profundizar en algunos conceptos claves que permiten el ejercicio de derechos y posibles alternativas para los desafíos de hoy, atravesado por estados negacionistas y necropolíticos. El diálogo, según esta política de Educación Popular de Salud: “favorece el encuentro de saberes construidos culturalmente a lo largo de la historia y el intercambio de experiencias, contribuyendo a la construcción de estrategias para superar los desafíos de la realidad [...]” (Brasil, 2013).

Y es que cuando se refieren en la Política señalada de Brasil, con respecto a la emancipación: “buscar una sociedad justa y democrática, en la que las personas y los colectivos tomen iniciativas a través de la reflexión, el diálogo, el amor, la creatividad y el “caminar sobre sus propias piernas”, que sólo se construye en la relación con el otro”. A su vez, la amorosidad: “tenerlo como principio significa el

reconocimiento de que la producción de salud está influenciada por dimensiones, como la subjetividad y la espiritualidad [...] Ser cariñoso, reconocer la ciudadanía y respetar la diversidad de los demás” (Brasil, 2013).

Tal como señalaba Allende: “[...] Hoy es necesario mirar la realidad y valorar con sentido autocrítico la eficiencia, la economía y del rendimiento del sistema de salud, vale decir de la atención médica, de la protección del capital humano” (Jadresic, 2002). Hoy, en nuestro intento de buscar estrategias y saberes que permitan dar cumplimiento a lo que están llamados los estados, que es proteger la salud de las personas.

El sociocuidado (Pérez; Güida, 2022) busca reivindicar todas las estrategias de cooperación y resistencia que cuentan las comunidades y que puede ser fortalecido por el sistema. Es a través de la pedagogía de la ternura, de la otredad, del cuidado o del amor, que vemos con esperanzas que surjan las sociedades de cuidado, que incluya también a la naturaleza.

Para ello, es necesario, según Allende:

[...] En un país que necesita tanto de estos profesionales (de salud), se da una nueva forma de explotación: la de llevárselos, sacarlos de un medio social, de una sociedad dependiente de lo económico y en lo cultural, para abrirles el espejismo de una sociedad de consumo que desfigura más y más todavía el valor del hombre, con el aliciente de que haga investigaciones que nosotros no podemos desarrollar, por la exigüidad de nuestros recursos”. Por ello, pensar en el desarrollo de la ética en los programas de pregrado es tan importante y necesario también en el Chile de hoy. Y, atendiendo el llamado de Allende: “Eso lo estamos viviendo, lo estamos padeciendo, lo estamos sintiendo y por eso vine, en otra oportunidad, a este local, a esta misma aula, a llamar con pasión de chileno, con decisión de médico, con responsabilidad de gobernante, a pedirles a los médicos recién egresados, en nombre del pueblo y de la patria, que no se dejen tentar, que su primera obligación es estar aquí en el frente de batalla, en un país reclamado por el dolor y la miseria [...] (Jadresic, 2002, p. 52).

Tal como nos señala Muñoz (2019) sobre la salud en Chile, han sido los movimientos sociales, la organización y la participación social las que han



incidido en mejoras y radicales transformaciones de la sociedad. Métodos como el de Paulo Freire, reivindican la sabiduría popular y permite generar creaciones colectivas para resolver las complejidades de la realidad.

En síntesis, en tiempos de crisis y transformaciones, volver a mirar las experiencias latinoamericanas del pasado, los avances de los movimientos sociales y el fortalecimiento de las comunidades son vitales para llegar al vivir bien que tanto anhelamos, en objetivos tan comunes como es hacer la salud o la subjetivación del cuidado.

La historia nos ha demostrado que para lograr transformaciones que perduren en el tiempo, tiene que ser una idea tan colectiva, casi tan obvia, más allá de derechos escritos o disputas de capitales; una praxis y sentido de vida, como garantizar que todas las personas puedan beber agua y tener alimentos, proteger los bosques australes, hielos milenarios glaciares, toda la Patagonia y toda la Amazonía; todos saberes populares y ancestrales que han tendido a proteger al otro-otredad, también entendida como el cuidado de la Naturaleza o como para mapuche “*Itrofill Mogen*”.

Referencias

- Araya-Crisóstomo, S.; Malachias, M. E. I. Paulo Freire en el Chile contemporáneo: enfrentando el miedo a la libertad. **Educación & Sociedade**, São Paulo, v.42, e253966, 2021.
- Brasil. Ministério de Saúde de Brasil. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 17 jan. 2024.
- Cabaluz, F.; Areyuna-Ibarra, B. La ruta de Paulo Freire en Chile (1964-1969): alfabetización popular e influencias del marxismo heterodoxo. **Revista Colombiana de Educación**, Bogotá, v.1, n.80, p. 291-312, 2020.
- Franco, T.; Merhy, E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Revista Salud Colectiva**, São Paulo, v.7, p.9-20, 2011.
- Freire, P.; Guimarães, S. **Aprendendo com a própria história**. Editora Paz e Terra. 1987.
- Jadresic, A. **La Reforma de 1968 en la Universidad de Chile**. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2002.
- Pronko, m. Educação pública em tempos de pandemia. In: Batista, L.; Vianna, A. (eds.). *Crise e pandemia: quand a exceção é regra geral*. Rio de Janeiro, Brasil: Editorial Rede Unida, 2020. p.113-129.

Merhy, E. E.; Macruz Feuerwerker, L. C.; Ceccim, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

Muñoz, C. **La salud en Chile**: Una historia de movimientos, organización y participación social. Valdivia, Chile: Ediciones UACH Colección Austral Universitaria de Ciencias de la salud, 2019.

Pérez, R.; Güida C. Prácticas Emancipatorias en Sociocuidados Latinoamericanos. *In*: Güida, C.; Pérez, R.; Franco, T. (eds.). **Diálogos en Sociocuidados latinoamericanos**. Brasil: Editorial Rede Unida, 2022. p.21-58

ENCUENTROS Y REENCUENTROS CON PAULO FREIRE EN EDUCACIÓN EN SALUD

Ana Berta Colina Godoy

Mi mayor agradecimiento por esta invitación. Esta reflexión sobre la obra de Paulo Freire lleva a su encuentro desde el quehacer académico y profesional, en la última década, en el campo de Educación en y para la Salud a partir de Atención Primaria en Salud – APS- Múltiples reencuentros, trayectorias a través de referentes, otros que, han dejado sus huellas transmitiéndome los valores de la Educación Popular; experimentando los procesos de producción de conocimientos que sentó las bases el Maestro, Paulo Freire.

Transcurrir los encuentros y reencuentros con Paulo Freire

Transcurrir en mi desarrollo, en la vida, formando parte de varios grupos sociales. En lo formal- institucional, siendo parte de abordajes en y con comunidades, realizados en instituciones desde el quehacer académico y profesional. Entre ellas, de educación no formal: el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay- INAU-; trabajando en hogares internados con adolescentes. De salud, en el Programa de Psicólogas de Área de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables – DSMyPV- de la Administración de Servicios de Salud de la Red de Atención Primaria– ASEE. RAP-; trabajando en policlínicas periféricas de zona este de Montevideo. Al día de hoy, en la Dirección Departamental de Salud de Lavalleja del Ministerio de Salud Pública -DDS Lavalleja. MSP; con tareas de gestión dirigidas en una de sus líneas al armado y ejecución de programas de prevención, promoción y educación para la salud. He de destacar, trabajos de extensión universitaria con “pacientes psiquiátricos” en situación de calle, durante la crisis del 2002. Y otras incursiones, varias: café y talleres literarios, indagando sobre arte y salud mental; trabajos de rehabilitación

en Hospital Vilardebó - “hospital psiquiátrico” - Abocada al día de hoy, al término de mi Maestría en Psicología y Educación en Facultad de Psicología de la UdeLaR con la tesis final sobre Educación en y para la Salud.

Experiencia de APS, en el campo de la Educación para la Salud

A partir de APS, lograr prácticas transformadoras desde la Educación para la Salud, en la permanencia de un modelo clínico hegemónico que perdura con fuerza al día de hoy, implica otros posicionamientos que no conviertan un sistema clínico- asistencialista, en una extensión asistencialista en comunidad. Posicionamientos que, habiliten nuevas estrategias de abordaje para llevar adelante verdaderos procesos participativos liberadores y de transformación.

En el Uruguay, dentro del cambio de Sistema Nacional Integrado de Salud, Creación del SNIS (Ley 18.211 del 2007); se ha incorporado con énfasis en el Modelo de APS, el Programa de Psicólogos de Área, año 2008. Equipo de Área, parte de la DSMyPV de ASSE- RAP; contando con 11 Psicólogos de Área al 2010 en el ámbito sanitario, con la idea de incorporación de 45 Psicólogos de Área a Nivel País.

Dicho programa se implementó, con uno de sus objetivos de fortalecer el Primer Nivel de Atención en Salud Mental desde el ámbito sanitario, enfatizando el trabajo en y con las comunidades.

En la definición del psicólogo de área existen dos ejes conceptuales determinantes: la noción de área, y la de atención primaria en salud. Desde esta perspectiva...el trabajo da cuenta del perfil del psicólogo desde este nuevo rol, las diversas inserciones... que se construyen con diferentes “comunidades” aportando a la Salud Mental. Las estrategias y abordajes de situaciones constituyen nuevas formas de encuentro en salud que se impulsan en el ámbito sanitario, desde las afecciones y necesidades del otro, priorizando la prevención, promoción, y educación en salud, con énfasis en el paradigma eco-bio-psico-social. (Colina. A. y Reigia. M.; 2013)

Se presenta como una inserción histórica de los Psicólogos dentro de la Salud Mental Comunitaria y, específicamente al Sistema Nacional de Salud;

siendo parte de los equipos de primer nivel de atención en salud con otros profesionales. Entre ellos, primordialmente: médicos de familia, parteras, enfermeras; en Policlínicas Periféricas- Barriales pertenecientes a Centros de Salud de ASSE- RAP. Esta inserción histórica, marcada por el reconocimiento de la inclusión de psicólogos formalmente en la Institución Salud dentro del ámbito estatal, no debe borrar los múltiples abordajes que implementaron colegas y diversos profesionales en este campo y ámbito de desarrollo. Parte de espacios- tiempos con sus historias invisibles de luchas, por nuevos reconocimientos e inserciones de psicólogos al campo de la salud mental comunitaria.

Reflexiones a partir de la práctica

El nuevo rol, dio lugar desde diversos posicionamientos a múltiples abordajes, nuevas estrategias, en la construcción del perfil de Psicólogos de Área; marcados por las formas de introducirse y trabajar en y con las comunidades. Habilitando dentro de las enseñanzas de Freire, la posibilidad de establecer otras modalidades en la relación profesional de la salud- usuario de salud, definidas por acciones llevadas adelante por cada psicólogo del programa en sus inserciones y la particularidad de cada área- territorio.

A partir de este nuevo rol, el establecimiento de otros tiempos- espacios desde las institucionalidades a las comunidades. Entre ellas, el proyecto: “Espacio de Encuentro Adolescente”, construido conjuntamente con niños, niñas y adolescentes de un asentamiento muy particular de la ciudad de Montevideo. Se propendió a fortalecer los encuentros que se generaban desde y con otros jóvenes, actores comunitarios, integrándose las adolescentes y el barrio, desde la participación y propuesta creada por ellos, en actividades de deporte y recreación. El armado de un equipo de fútbol barrial, con la autodenominación LAS LEONAS, y así como su nombre lo indica, las garras, las luchas, en el transcurso de todo el proceso compartido, fue constante. Comenzando con la participación de cinco jóvenes en el año 2011, llegando a la participación de cincuenta niños, niñas y adolescentes en 2014, en actividades de integración con pares en Mundialitos de Fútbol.

Diferenciamos desde la denominación misma del Espacio otras formas de hacer en la salud, no constituyendo la experiencia como Espacio Adolescente, identificados como los servicios de asistencia que se brindan en los Centros de Salud. Se resalta la idea de ENCUENTRO: Espacio de Encuentro Adolescente, haciendo hincapié en la habilitación al trabajo con otros y uno mismo desde los encuentros con las necesidades, intereses, afectos y afecciones, deseos.

La Alfabetización Comunitaria

Tomando los ejemplos del Maestro Freire, en una analogía a partir de los procesos de alfabetización desarrollados en el espacio de encuentro en sus diversas fases. Encontramos una comunidad crítica, que llegó a adquirir mediante acciones- imágenes de la vida real, destrezas para su desarrollo en diversos ámbitos, codificando y decodificando su realidad.

El territorio habitado, definido por las adolescentes: “el barrio en que vivimos está aislado: no se conoce, hay poca población a los alrededores, no hay supermercados, difícil acceso a la locomoción y para nosotras es una manera de hacer conocer al barrio”¹⁵. La existencia de pocas posibilidades de integración en grupo de pares por la inaccesibilidad a diversos servicios, definidas y sentidas por el grupo como “aislamiento”, enfatizó la pertinencia del proyecto en dicha comunidad y su reconocimiento como emprendimiento de abordaje desde una perspectiva integral de salud.

Dentro de los antecedentes que destacaron su relevancia de abordaje en salud, en esta franja etaria y del territorio, se plantean varias problemáticas a partir de la red de instituciones de la zona. Como tema central desde los diversos actores institucionales: su realojo. Éste, debido a dos elementos: el incremento de los problemas de salud relacionados a las malas condiciones de habitabilidad de la zona, como el encontrarse en un territorio ilegal. Esta problemática se unió a la dificultad de visualizarse y concientizarse insertos en un contexto no habitable

15 Expresiones tomadas del Proyecto: Espacio de Encuentro Adolescente. Integrándonos desde la participación. Inédito. Reconocido en el año 2013, en el Plan de Prestaciones de Salud Mental; en experiencias de abordajes en salud mental comunitaria – MSP.

para un desarrollo saludable, con hábitos de vida que reproducían esta situación. Es de destacar que este territorio, no sólo constituía el espacio de vivienda, sino también su fuente laboral (clasificadores, recolectores). En muchos casos, el único espacio por el que circulaban cotidianamente. Ubicado en una zona particular de bañados, con una accesibilidad seriamente comprometida, lo que configuraba esta situación de aislamiento. A modo de ejemplo, hasta el año 2010, el lugar no contaba con acceso a agua potable, ni con servicio de transporte cercano (menos de tres km).

El gran debate a lo largo de la historia de esta comunidad, desde diversas instituciones: el brindarles posibilidades en dicho territorio VS que las posibilidades las busquen por fuera del mismo: salud, educación, vivienda, trabajo, entre otras necesidades que se expresaban.

Contexto en que surgió el acercamiento a adolescentes de la zona, como línea de abordaje de la situación planteada y su necesidad de vinculación a nuevos espacios de referencia-pertenencia.

Una identidad construida: la comunidad solicitaba tener su identidad

Su relevancia se mostró en el sostén y continuidad que ello representó para el grupo de adolescentes y para el barrio, concretar acciones a modo de respuestas a sus necesidades e intereses. Acciones emprendidas por el mismo grupo y tendientes a la integración socio- cultural de la comunidad, con actividades gestionadas desde el ámbito sanitario, pero desde un rol particular. Una inserción desde la acción participativa en y con la comunidad.

Se presentó otro aspecto fundamental, el acceso a recursos de mejor calidad ante el esmero y esfuerzo del grupo y la comunidad para dichos logros e integración. Construyendo conjuntamente la creación y conocimientos necesarios para su integración a otros espacios de referencia desde una elección propia, buscando alternativas saludables en su desarrollo y proyecto a futuro en la promoción de sus derechos.

El reforzar referentes comunitarios claros, el equipo de fútbol barrial, resultó espacio de referencia en la comunidad, brindando cohesión e identidad al barrio, gran logro de Las Leonas. Así, las caminatas de los domingos, algunos kilómetros para llegar al ómnibus, a veces año 2011, algún carrito que nos llevaba en tandas, la movilización barrial a la llegada de los partidos de fútbol, las familias participando de los mundialitos y el barrio esperando a las Leonas. El canto de las Leonas con sus copas y medallas, un festejo para el barrio. Dentro de los mundialitos de fútbol se preguntaban: ¿Las Leonas participan?; otras expresiones: ¡ahí vienen Las Leonas! Muchas enseñanzas, muchos saberes y sobre todo mucho amor en el proceso construido. Al día de hoy, mujeres empoderadas desde el conocimiento adquirido, insertas en equipos de fútbol, trabajando, algunas viviendo en otros lugares. Orgullosas que la comunidad tuvo quienes los representara, ya que necesitaban tener su identidad barrial.

El proceso comunitario creado y de autogestión teniendo al empoderamiento del grupo de adolescentes, que ellas mismas volcaron al fortalecimiento de la comunidad. Ejemplo de ello, el oficiar como referentes para niños y adolescentes varones que luego de ver su evolución y triunfos demandaron su espacio, que se implementó por parte de las adolescentes. Los pedidos de ayuda y apoyo realizado en su integración y conocimiento de las redes zonales, procesos realizados en tanto conocimiento de recursos y cómo acceder a los mismos. Las participaciones enfrentaron a la población a la resolución de problemas, dado que no se contaba con ningún espacio de tales características, en una población denominada como “sumergida”.

La alfabetización de las comunidades es posible desde otros sectores y abordajes, a partir de una educación que habilite, que las mismas personas transformen sus realidades. Una gran apuesta a la autonomía desde sus sentires y haceres. Grandes enseñanzas del Maestro Paulo Freire.

Críticas al modelo de producción de conocimientos en APS

Las formas de participaciones promovidas desde este vínculo, convocó a más adolescentes a sumarse a la propuesta. No desde una obligatoriedad,



establecida por un programa, sino a través del ser y hacer en este proceso: ellos se fueron autoconvocando a partir de ver y sentir el quehacer grupal.

Es de destacar la pertinencia de esta iniciativa desde la salud en el Plan de Prestaciones del SNIS. Asimismo, su dificultad de enmarcarlo como prestación de salud, ante abordajes diferentes no contemplados en la Institución Salud.

Las críticas fueron muchas, ante qué, hace una psicóloga trabajando en una institución de salud en un cuadro de fútbol y de directora técnica. Una locura más aún, un campamento de Educación en Salud, o dos. Expresiones de profesionales tales como: "... no estás trabajando en salud mental, sino en tareas sociales", año 2012. La dicotomía seguía y sigue presente, no solo en pensar la salud integral, salud física vs salud mental, sino de los determinantes sociales que son parte de nuestra salud mental.

Quienes más sabían del tema era la comunidad, demandando ese espacio. A partir de esta necesidad, la forma de introducirme en el trabajo en otras temáticas, ideal para abordajes en lo vincular, a partir de donde hacemos y transformamos, desde la relación enseñanza- aprendizaje en este campo. El proyecto fue valorado en su dimensión luego de ganar un Reconocimiento del Programa Nacional de Salud Mental del MSP en el año 2013, en Salud Mental Comunitaria como aporte al plan de prestaciones, titulado: "Espacio de Encuentro Adolescente. Integrándonos desde la participación"

Un enfoque centrado en la salud y no desde la enfermedad. Un enfoque que no patologizó la pobreza, en sus diversas expresiones. Este movimiento sin prescripciones, habilitó otros saberes del que se apropiaron y produjeron ellos mismos.

La comunidad, entendió, comprendió, apropiándose de mí quehacer, mi rol, antes que otros colegas. Comprendieron cuál era el fin de mis abordajes: EDUCAR EN SALUD, a través del fútbol barrial femenino. Abordamos temas como: parasitosis, límites corporales, abusos y violencias, salud sexual y reproductiva, uso del tiempo libre, fortalecimiento de factores protectores, integración social, empoderamientos por medio de participaciones, modelos referenciales en las adolescencias.

Ellos mismos me descentraron del rol de psicóloga clínica que prima en la institución salud. Las respuestas, en un proceso de habilitación a otras participaciones, fortalecieron a través de este accionar y su articulación con el centro de salud, otras miradas de profesionales, en una enseñanza recíproca. Múltiples profesionales pudieron visualizar de qué se trataba la educación EN salud, como base en la Educación Popular, en este campo de acción, adquiriendo otros saberes que la comunidad transmitió a través de sus fortalezas. Todos aprehendimos.

... quien forma se forma y re- forma al formar y quien es formado se forma y forma al ser formado... Quien enseña aprende al enseñar y quien aprende enseña al aprender (Freire, 2002, p. 25).

Las bases de la educación popular. Un giro necesario de la educación para la salud a la educación en salud. Su perspectiva liberadora y transformadora

Por medio de la Educación E Salud, es posible estrategias de abordajes de alfabetización en y con comunidades, que empoderen sus propias acciones y conocimientos, habilitando a las personas a tener otra lectura y concretar acciones sobre la realidad de ellos, para el goce de la libertad.

La Educación EN salud, parte de las necesidades que expresan las comunidades, conduciendo a verdaderos procesos de autonomía, no quedando estas comunidades enlazadas a mandatos de programas institucionales. Que los múltiples programas focalizados en la pobreza no disgreguen y segreguen identidades individuales y colectivas, sumergidas, oprimidas, y que el empoderamiento sea a través de sus sentires.

Recuerdo en este punto a Janine Puget¹⁶, en una conferencia que tuve el gusto de presenciar en BSAS sobre salud mental y derechos humanos. Ella señalaba un lugar de construcción de subjetividades, que se daba en cada nuevo encuentro, ese encuentro único vivenciado con otros, un espacio-tiempo que no puede ser

¹⁶ Janine Puget. Psicoanalista. Psiquiatra. Conferencia brindada en VIII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. Bs.As. Argentina. 2009

capturado, representando un intersticio definido por nuestro posicionamiento ético.

Pensar la EDUCACIÓN EN SALUD y NO SOLO LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, desde la intersectorialidad, nos conduce a una nueva integración de: reflexión y praxis de diversos actores sociales, y no como exclusiva acción del Sistema de Salud. Una educación problematizadora integra a diversos actores sociales, en una relación enseñanza- aprendizaje recíproca.

A través de los aprendizajes del maestro Paulo Freire, y del quehacer al que dio lugar en sus encuentros y reencuentros, invito a pensar desde las acciones en y con la comunidad, en la apuesta a la EDUCACIÓN EN SALUD, como práctica problematizadora. Una integración en y con otros y no PARA OTROS. Un accionar EN SALUD, Y NO SOLO PARA LA SALUD. Nuestro accionar y quehacer definido por nuestro posicionamiento a partir de nuestros pensares y reflexiones, nos impone nuevos desafíos, para que no se vuelva la Educación PARA la Salud, en una práctica bancaria, extensionista de la clínica médica hegemónica en brindar información unidireccional: “talleres dirigidos a.”; en un proceso de transferencia de conocimientos, que mayormente las comunidades no aprehenden, dado que el deseo se conjuga en ese encuentro intersubjetivo. Enfatizando que la Educación Bancaria, con sus planes y programas, no consiguen llegar de esa forma a ese encuentro, a ese deseo.

La apuesta a una comunicación recíproca, y a través de ella, una práctica realmente transformadora de comunidades. Praxis, reflexión y acción resuenan en este quehacer desde la EDUCACIÓN EN SALUD, planteándose necesaria nuestra ALFABETIZACIÓN.

Por último, en encuentros y reencuentros, anhelo que la inmediatez en la que vivimos no borre la historia de cada espacio-tiempo construido por otros y que llevamos como referentes internamente en nuestro quehacer.

Referencias

Colina, A. Reigia, M. (2013): Integración de Psicólogos de Área al ámbito sanitario. ASSE-RAP. **Inseguridades. La psicología en medio de los miedos**. XXII Encuentro Nacional de Psicólogos. Rev. CPU. N° 249, 18- 21. Disponible en: http://www.psicologos.org.uy/revistas/249_revista2013_jun.pdf

- Colina, A. Sanguinetti, C. (2013): Rol articulador en la inserción del psicólogo de área. **Inseguridades. La psicología en medio de los miedos.** XXII Encuentro Nacional de Psicólogos. Rev. CPU. N° 249, 21-24. Disponible en: http://www.psicologos.org.uy/revistas/249_revista2013_jun.pdf
- Freire, P. (2002): **Pedagogía de la Autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa.** Ed. Siglo XXI. BSAS. ISBN 978-987-629-039-5
- Freire, P. (2011): **Pedagogia do oprimido.** 50.ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra. ISBN 978-85-7753-164-6
- Lapalma, A. (2001): **El escenario de la Intervención Comunitaria.** Revista de Psicología Universidad de Chile. Vol X., 2, 61-70
- Montero, M. (2012): **Hace para transformar: El método en la psicología comunitaria.** Ed. Paidós. BSAS.
- OMS. UNICEF. (1978): **Declaración de Alma - Ata en 1978.** APS. ISBN 92 4 354135 8
- Uruguay. Poder Legislativo. Ley N° 18.211. **Sistema Nacional Integrado de Salud.** Publicada D.O. 13 dic/007- N° 27384. Disponible en: <https://www.imp.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., y Sosa, A. (2011): **Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.** Arch Med Int., 33, 7-11. ISSN 0250-3816

PROMOÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR: UM DIÁLOGO MAIS QUE NECESSÁRIO PARA TRANSFORMAR OS ESPAÇOS DE PRODUÇÃO DE VIDA

Mayana de Azevedo Dantas
Eliziane Oliveira de Lima
Leandro Araujo da Costa
Nelson Filice de Barros
Maria Rocineide Ferreira da Silva

*“Sofremos, em nossa vida,
Uma batalha renhida,
Do irmão contra o irmão.
Nós somos injustiçados,
Nordestinos explorados,
Mas nordestinados, não!”*
Patativa do Assaré

Introdução

A atenção à saúde no Brasil tem apontado maneiras de efetivar a promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 2002). Tem-se investido na construção de um modelo de atenção que priorize ações focadas na qualidade de vida da coletividade. A exemplo, citam-se os pactos em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (Brasil, 2006). Retrata-se que o Pacto pela Vida constitui um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, tendo como prioridades o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica (Gondim, 2011).

A promoção à saúde configura-se como campo vasto, por vezes, ambíguo e contraditório, com bases oriundas da medicina social, da saúde coletiva e da saúde pública (Pedrosa, 2004). Apresenta-se, portanto, como um movimento moderno, criado na tentativa de redirecionamento das ações de saúde no nível da atenção primária da medicina preventiva (Czeresnia, 1999; Leavell; Clarck, 1976).

O relatório Lalonde foi o primeiro documento a abordar a questão saúde, relacionando-a com os determinantes sociais. Esta relação foi reafirmada nas diversas conferências que fortaleceram a articulação desse movimento posteriormente. A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) foi o primeiro evento de âmbito internacional, reunindo diversas experiências com base nos trabalhadores primários de saúde (Arioli *et al.*, 2013). Estes articulavam saberes tradicionais aos saberes técnicos, obtendo bons resultados, no que tange à qualidade de vida das populações, mesmo utilizando poucos recursos financeiros (Pires-Alves; Paiva; Falleiros, 2010). No decorrer do desenvolvimento, o movimento de promoção à saúde foi ampliando a concepção de saúde, ao enfatizar a importância da intersectorialidade, não somente a nível institucional, como também comunitário.

Depreende-se, portanto, que as práticas e políticas do sistema de saúde, no Brasil, são questionadas por esses movimentos, devido à sujeição ao modelo de atenção individualista e curativista. Este modelo é historicamente marcado pelos custos elevados e resultados ineficazes. Esses fatores têm ganhado ênfase com a ideia de promoção à saúde, principalmente quando esta é compreendida como um modo de cuidar perpassado pela mudança das condições de vida e trabalho da população e não apenas pelo combate à doença (Arioli *et al.*, 2013). As ações de promoção à saúde constituem em programas e alternam-se entre a lógica da biomedicina e dimensões mais participativas do cuidado à saúde. Integrante do modelo preventista, as ações têm lugar em momentos anteriores ao adoecimento, colocando em evidência as ações educativas nesta área (Pedrosa, 2004).

Faz-se, então, necessária a pergunta: que tipo de educação se deseja propor em um tempo em que o Sistema Único de Saúde se encontra



explicitamente sob a mira das grandes corporações? Tempos em que este sistema sofre, junto ao de educação, um congelamento de gastos por vinte anos, sem a devida resposta da população que não se mobilizou em defesa destes, possivelmente demonstrando a falta de “apropriação pública, legitimação e integração social” destas políticas (Miranda, p. 387, 2017). O presente capítulo caminha com a intencionalidade de refletir sobre a questão dada para sujeitos de diversos campos e territórios da produção do conhecimento. Assume-se como objetivo discutir sobre os conceitos de modos de viver e estilos de vida no campo da promoção à saúde e a respectiva mediação com a educação popular.

Das trilhas percorridas: Metodologia

Há diversos caminhos para refletir sobre a produção de conhecimento de uma área. Neste estudo, a opção foi pela revisão bibliográfica realizada a partir de pesquisas que abordam a educação popular como mediadora dos processos de promoção à saúde. Tomou-se a revisão na literatura como base para alcance do objetivo proposto. Trabalhou-se com artigos científicos publicados em periódicos da saúde pública, na base de dados SciELO, relacionados à promoção da saúde, à educação popular, ao estilo de vida e aos modos de viver. A procura se deu em periódicos nas línguas portuguesa e espanhola, sem delimitação de período de publicação. A análise dos artigos seguiu o cunho qualitativo, ou seja: ao invés de chegar-se aos temas pela utilização de medidas, procurou-se interpretar os sentidos das ideias centrais.

Dos lugares de chegada: Resultados e Discussão

Dialogando com os achados

Em 2013, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde, a PNEPS-SUS. Esta política consolidou-se a partir do desejo dos movimentos sociais e populares que vêm construindo experiências no âmbito da saúde, a partir do referencial teórico freireano. Traz como princípios fundantes o diálogo, a amorosidade, a problematização, a

construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular (Brasil, 2013).

Esses princípios coadunam com a perspectiva emancipatória do ser humano em relação ao contexto de opressão ao qual está submetido em meio a sociedades de extrema desigualdade, como a brasileira. Que significa, na conjuntura atual, compreender a educação como um ato de desvelamento das relações opressivas vividas pelos homens? Que consequências, no âmbito da saúde, poderia tal compreensão trazer, visto que parte da perspectiva de que a educação pode configurar-se como ato-limite de transformação social?

A educação é, antes de tudo, uma prática política (Freire, 2002). Desta forma, não pode ser concebida como um depósito de informações do professor sobre o aluno e, relacionando a este estudo, do profissional sobre os usuários. Pelo contrário, deve atuar respeitando a linguagem, a cultura e a história de vida destes últimos, possibilitando a ampliação de consciência sobre a realidade a partir da criticidade (Freire, 1987).

A pedagogia freireana tem o alicerce no diálogo libertador, ao invés do monólogo opressivo do educador para o educando. Essa relação dialógica faz com que este aprenda a aprender e o educador, a educar (Freire, 2002). Desta forma, proporciona o respeito por parte do trabalhador ao usuário, bem como à cultura dele, livrando-o da submissão a mero depositário da cultura dominante.

Na concepção freireana, o homem é considerado um aprendiz em processo constante de busca por uma sociedade mais justa e mais humana. No âmbito da educação, infere que mais do que ler, escrever e contar, a escola tem a tarefa de desvelar, em diálogo com os homens, as contradições da sociedade em que vivem (Freire, 2002). Neste contexto, a partir da busca, teceram-se reflexões que podem orientar o diálogo entre a promoção à saúde e a educação popular em saúde.

Promoção à saúde: dos estilos de vida aos modos de viver, questões para o tempo em que vivemos

As várias concepções de saúde estão perpassadas por dimensões ideológicas, as quais devem necessariamente ser explicitadas nas pesquisas e

na atuação em saúde (Albuquerque; Silva, 2014). O termo promoção à saúde é um exemplo, visto que abrange um conjunto de estudos e ações, por vezes, contraditórias. De maneira geral, configura-se como discurso da saúde pública, com vistas ao redirecionamento das ações de saúde (Czeresnia, 1999).

O movimento de promoção à saúde contemporâneo foi criado no Canadá, em 1974, e vem sendo elaborado em âmbito internacional por uma diversidade de atores e discursos nas últimas décadas (Arioli *et al.*, 2013). Anteriormente, na década de 1960, vivenciava-se uma crise política, social e econômica que deixou trabalhadores em uma complexa situação de adoecimento, da qual as práticas biomédicas e individualizantes não conseguiram dar conta, dando início a um período de intensas críticas a esse modelo (Laurel, 1982).

Nesse contexto, foram se articulando diversos movimentos sociais que, ao reivindicar a ampliação dos direitos civis, incluíam também a democratização dos serviços de saúde, inclusive, a mudança desse olhar (Laurel, 1982). Estes movimentos passaram a protagonizar ações de saúde em âmbito comunitário, integrando saberes técnico e popular. Desta maneira, populações, muitas vezes, marginalizadas passaram a ter acesso a serviços de saúde.

A mudança de perspectiva no cuidado à saúde, sob o olhar da promoção advinda desses movimentos, resulta em um serviço mais condizente com a realidade local. Esta prerrogativa contribui, entre outros fatores, na diminuição dos custos dos serviços, visto que são mais eficazes quanto às reais necessidades da população. A saúde é entendida em conceito ampliado, como bem coletivo ligado diretamente às condições concretas de vida das pessoas. A participação social configura-se, então, como um dos eixos básicos, atuando no nível de controle das ações nessa área (Gallo; Espírito Santo, 2009 *apud* Arioli *et al.*, 2013).

Outra diretriz basilar que caminha junto à anterior é a autonomia. Porém, cabe, aqui, ressaltar que representações científicas e culturais têm sido construídas no intuito de conformar os sujeitos a uma autonomia regulada e estimulante da livre escolha dentro de uma lógica de mercado (Czeresnia,

1999). Um processo semelhante ocorre com o conceito de emancipação. Por vezes, associa-se à liberdade em relação às instituições sociais, aliando-se à ideia neoliberal de um Estado mínimo e livre mercado. Por outras, no sentido inverso, caminha rumo à consciência da situação de exploração a que são submetidos os trabalhadores, visando à libertação destes mecanismos e a transformação desta realidade (Soares, 2015).

Existem, portanto, explicitamente, duas dimensões da promoção à saúde. Uma conservadora e outra progressista. Sob a perspectiva conservadora, a promoção à saúde diminui as responsabilidades do Estado, delegando aos sujeitos que tomem conta de si mesmos. Enquanto a progressista propõe a implantação de políticas públicas intersetoriais, muitas vezes, ultrapassando o nível da institucionalidade, visando a qualidade de vida. Tal perspectiva amplia a concepção de saúde para além do enfrentamento às doenças (Lupton, 1995; Petersen, 1997 *apud* Czeresnia, 1999) e inclui a dinâmica de processos coletivos de saúde-doença-cuidado.

Assim, a promoção à saúde, no carácter progressista, propõe o cultivo de estratégias que fomentem a priorização da vida e da saúde embasadas em relações dialógicas e de corresponsabilidade em meio ao sistema atual, tradicionalmente sustentado na doença. Coloca-se, portanto, como necessária, a sua desafiadora transformação (Arioli *et al.*, 2013). Desta forma, permanece possibilitando a interferência direta no modo de vida das pessoas, melhorando as condições e qualidade delas. Assim, é preciso ampliar o foco que, anteriormente, era voltado a questões como o sedentarismo, a reeducação alimentar, entre outras. Embora se reconheça que, mesmo sendo expressão da ideologia capitalista que lhe retira o carácter social, o biologicismo não deve ser descartado, mas reconhecido como parte da problemática (Laurel, 1982).

O primeiro grande evento mundial de promoção à saúde foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, na qual foi redigida a Carta de Ottawa. A Carta define saúde, democracia, solidariedade, equidade, participação e ação conjunta como um conjunto de valores que resulta de diversas estratégias para melhoria da qualidade de



vida (Brasil, 2002). As conferências posteriores enfatizaram a importância da articulação entre os diversos setores sociais e a saúde. Reafirmaram a determinação social do processo saúde-doença-cuidado, avançando neste debate, ao indicar estratégias de fortalecimento dos serviços comunitários aliados à participação popular (Buss, 2009; Wosny; Monticelli, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas ausência de afecções ou doenças” (World Health Organization, p. 100). Deste modo, direciona as atuais políticas de promoção à saúde para nortear os componentes de um estilo de vida saudável (Buss, 2002 *apud* Chehuen Neto *et al.*, 2017). Discutir estilos de vida e modos de viver na contemporaneidade parte da premissa de que os usuários constroem ações cuidadoras da saúde no cotidiano que são determinadas pelo contexto de vida e que, na luta pela sobrevivência, acionam formas de viver e ter saúde pouco incorporada na proposição de ações assistenciais e políticas para a abordagem desse segmento.

Compreende-se por estilo de vida um conjunto cotidiano de padrões e ações comportamentais identificáveis, realizadas individualmente ou em grupo e que refletem os atos e os valores de uma pessoa ou grupos de pessoas. Os componentes do estilo de vida podem se alterar ao longo do tempo, por estarem mais próximos e passíveis de controle e modificação por parte dos indivíduos, ou seja, à medida que o indivíduo inclui ou exclui comportamentos que julga necessários para se alcançar um estilo de vida saudável (Sallis; Owen, 1999).

A mudança do estilo de vida não saudável para um considerado adequado atua sobre fatores clássicos associados às doenças e aos agravos não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares. Essa mudança está subordinada a diversos fatores, como sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, hábitos não aconselhados como fumo e álcool, além de nível socioeconômico (Dosse *et al.*, 2009). Todavia, podem se citar fatores com características mais gerais, como os relacionados às crenças e aos valores culturais (Ricou *et al.*, 2004).

O estímulo individual e o incentivo da promoção à saúde ajudam na intervenção dos fatores de risco. Esta última, amplamente adotada na

Atenção Primária à Saúde, é fundamental em um contexto em que as doenças conhecidas como multifatoriais atingem proporções cada vez maiores (Baum; Fisher, 2014; Barros; Francalacci, 2000).

Convém argumentar que certos hábitos adotados pelos indivíduos podem acarretar o surgimento de alterações clínicas negativas, fazendo-se necessárias adequações positivas no estilo de vida para se reduzir o risco e aumentar o sucesso do tratamento. Assinala-se, porém, que a abordagem de estilos de vida está relacionada ao processo individualista na sociedade capitalista. Neste contexto, os indivíduos são responsabilizados pela qualidade de vida e adoção ou não de determinado estilo de vida pré-concebido, uma vez que não estejam nos moldes considerados “saudáveis”.

Já os modos de viver são intrínsecos de cada comunidade ou sociedade. Correspondem ao momento histórico em que vivem, tendo em vista que esses modos são característicos deste meio, soam como naturais aos olhos dos que convivem (Buss *et al.*, 2002). O desenvolvimento produtivo e a organização econômica, política e cultural são responsáveis pelos relacionamentos e entrelaces destes sujeitos, configurando-se como identidade e formação social. Assim, explica-se que os modos de viver estão expressos no espaço da vida cotidiana das populações, esclarecendo a situação de saúde de cada sociedade que, em geral, está estreitamente relacionada com o que produzem e/ou reproduzem e transformam.

Dessa forma, o modo de vida de uma comunidade é composto pelas diversas situações expressa de forma particular dos diferentes setores que a compõem, desde a inserção até as relações estabelecidas entre eles.

Ao inferir sobre estilos de vida, pressupõe-se responsabilizar, individualizar e culpabilizar o sujeito pelas condições de saúde, forçando-o a adotar padrão de vida pré-estabelecido e considerado saudável. Os modos de viver diferem-se ao deduzirem a forma do cooperativismo, e, a partir da singularidade e corresponsabilidade do sujeito, cria-se um jeito próprio de viver a própria realidade, de modo a adequá-la melhor às condições.

Portanto, visto que a promoção da saúde se relaciona com os macro determinantes sociais do processo saúde-doença e fundamenta-se em uma



concepção ampla de saúde, deve estar orientada pela busca da modificação das condições de vida, por meio de um conjunto de ações coletivas que façam enfrentamento ao modelo de desenvolvimento socioeconômico vigente, o qual é responsável pela determinação e pelos determinantes sociais da vida e da sociedade.

Determinantes ou determinação?

Até o século XIX, a representação da doença se resumia em duas vertentes baseadas na unicausalidade: a ontológica e a dinâmica, sendo a primeira a concepção predominante naquela época (Oliveira, 2000). O mesmo autor enfatiza que a enfermidade era atribuída como causa externa, independente ou como espírito sobrenatural que invadia o corpo do doente, ou seja, não havia participação ou controle do organismo no processo de causa. A vertente dinâmica, por sua vez, tem origem nas antigas medicinas hindu e chinesa, as quais consideravam a doença como produto do desequilíbrio ou desarmonia entre os princípios ou forças básicas da vida.

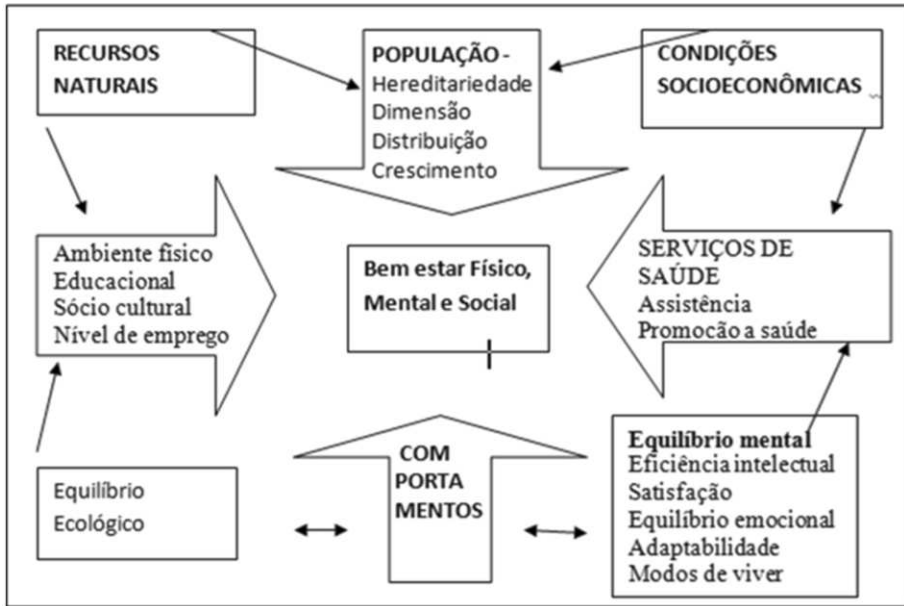
Dessa maneira, objetivavam a busca do reequilíbrio. O sujeito podia buscar diferentes procedimentos terapêuticos para restauração das forças vitais. Entretanto, para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008), esses determinantes existiriam a partir dos comportamentos individuais e das condições de vida e trabalho, com ênfase nos fatores sociais, econômicos e culturais, bem como étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que interferem na saúde dos sujeitos (Albuquerque; Silva, 2014).

Certamente, as formações sociais dos sujeitos são determinantes para a saúde e se consolidam mediante o grau de autonomia, recompensa diante de esforços e segurança (Fleury-Teixeira, 2009 *apud* Albuquerque; Silva, 2014). Porém, há um forte risco de “culpabilização” dos sujeitos na adoção dos fatores determinantes como categoria explicativa da saúde (Albuquerque; Silva, 2014).

Assim, a estratificação social, o contexto ou o território seriam determinantes para o nível de saúde e, como consequência, teriam uma distribuição desigual dos fatores produtores de saúde: materiais, biológicos,

psicossociais e comportamentais. Resultando em uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, implicaria aumento das iniquidades da área (Rocha; Davi, 2014), como demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Determinantes e Determinação Social da Saúde e as respectivas medidas



Fonte: imagem adaptada de Garbois, Sodré e Araújo (2017).

As iniquidades na saúde podem ser definidas como a transgressão das leis que protegem a sociedade e os indivíduos como um todo e são um dos grandes problemas que o país enfrenta, indo de encontro às leis que regem os Direitos Humanos Universais, determinantes de que todo o ser humano deve ter o direito a uma assistência em saúde de qualidade e gratuita. Desigualdades, por sua vez, são diferenças na situação de saúde de grupos populacionais. Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), em geral, são considerados como as relações entre as condições de vida e trabalho dos sujeitos, em detrimento da situação de saúde. A OMS sucinta, ao definir os DSS, como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (Garbois; Sodré; Araújo, 2017).

A Determinação Social da Saúde na história do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) advém da formação da epidemiologia social latino-americana (Rocha; Davi, 2014). No final dos anos 1970, a doença era conceituada como fenômeno biológico e individual, gerando críticas severas ao modelo biomédico. Essas críticas coincidem com as dificuldades da Medicina na produção de novos conhecimentos capazes de compreender e explicar a causalidade dos principais problemas de saúde que emergiram nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e os tumores malignos (Laurell, 1983 *apud* Garbois; Sodré; Araújo, 2017).

Ainda de acordo com os autores supracitados, a partir desses questionamentos sobre o modelo de saúde, houve mudanças que foram importantes para melhoria das condições de insuficiência das práticas médicas, por exemplo, melhorando a saúde da coletividade, por meio da entrada de vertentes do pensamento social na área da saúde, articuladas a novas maneiras de ver a saúde pública.

Determinação Social da Saúde é uma perspectiva que compreende as possibilidades com que as pessoas contam para satisfazerem necessidades e desejos, tendo, como base a estrutura social e distribuição de bens, independente dos fatores ambientais, genéticos e biológicos.

Considerações Finais

Para promover saúde, é importante fazer algumas considerações e avançar tanto quanto ao conceito de determinantes como ao de estilos de vida para compreender que os modos de vida são singulares. A atenção básica constitui o primeiro ponto de atenção à saúde e tem, entre os vários objetivos, o alcance da resolução de problemas, a prevenção de doenças, a redução dos agravos e das situações mórbidas, evitando que estas atinjam maior complexidade. Promover saúde demanda esforço tanto da comunidade que necessita de organização para requerer políticas que melhorem as condições da população, quanto do poder público de ter interesse em incentivar programas educativos que sejam direcionados aos indivíduos para manutenção dos níveis de vida.

A educação popular apresenta-se como elo importante entre a prática e a teoria, pois tem como propriedade marcante o ato de educar, com diferentes características que mobilizam autonomias individuais e coletivas que resultam em mudanças. Ao debater-se sobre estilo de vida, os fatores complicadores são de cunho cultural, vinculados às crenças e às possibilidades efetivas de mudanças. A autonomia do sujeito, portanto, possibilita a reconstrução dos sentidos da vida. Esta ressignificação tem peso efetivo no modo de viver, incluindo, nesse processo, a luta pela satisfação das necessidades particulares, da forma mais ampla possível.

Referências

- Albuquerque, G. S. C.; Silva, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.
- Arioli, I. G. S. *et al.* Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Santa Catarina, v.33, n.3, p.672-687, 2013.
- Brasil. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - PNEP-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto de Promoção da Saúde**. As cartas de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. **Decreto Presidencial, de 13 de março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Brasília, 2006.
- Buss, P. M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano II, n. 6, p. 50-63, 2002.
- Campos, G. W. S. Prefácio. In: Carvalho, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- CNDSS - Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- Chehuen Neto, J. A. C. *et al.* As atitudes e o conhecimento sobre práticas de vida saudáveis de uma amostra da população de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 1, p. 51-60, 2017.
- Czeresnia, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Freitas, Carlos Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- Dosse, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão Arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n 2, p. 201-206, 2009.

- Fleury-Teixeira, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.
- Freire, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e terra, 1996 (Coleção Leitura, 25. ed.).
- Freire, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- Garbois, J. A.; Sodré, F.; Araújo, M. D. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.
- Gondim, R. **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.
- Laurell, A.C. A saúde-doença como processo social. **Rev Latino Am Salud**, 1982. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/saudedoenca.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- Miranda, A. S. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.113, p.385-400, 2017.
- Oliveira, M. A. C.; Egry, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.34, n.1, p.9-15, 2000.
- Pedrosa, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.
- Pires-Alves, F. A.; Paiva, C. H. A.; Falleiros, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: Fidélis, C.; Falleiros, I. (orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 113-152.
- Ricou, M. *et al.* A comunicação e a alteração de comportamentos. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 131-144, 2004.
- Rocha, P. R.; Davi, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.
- WHO - World Health Organization. **Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference**, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Acesso em: 22 abr. 2016.

DIÁLOGOS DOS APRENDIZADOS COM FREIRE: ANDARILHAGENS NO MUNDO

Marcela Alicia Ballara Soto

A Modo de Introducción

La presente entrevista a MARCELA ALICIA BALLARA SOTO fue realizada en 30 de mayo de 2022, en modalidad virtual, por Maria Rocineide Ferreira da Silva y Carlos Güida Leskevicius

Llegamos a localizar a Marcela, a través de una estimada colega de la Red Popular entre Mujeres (REPEM), la Prof. Iliana Pereira, de Uruguay.

Marcela Ballara reside en Italia, en la actualidad. De manera resumida, podemos comentar que posee nacionalidad chilena y sueca. Es miembro del mecanismo de la sociedad civil de la ONU, conocido como Grupo Mayor de Mujeres. Ha sido socia fundadora del Servicio de Extensión y Agricultura – Chile (SEDRA), punto focal de migración del Mecanismo de la Sociedad civil al Foro de Desarrollo Sostenible de la CEPAL, Miembro del Grupo de Género del Financiación para el Desarrollo y es socia de la Red de Educación Popular entre Mujeres. Su compromiso con las mujeres y organizaciones feministas de la sociedad civil data desde principios de los años de 1970, trabajando por la defensa y el apoyo de los derechos humanos en varias áreas, tales como la educación de adultas/os (en línea con Paulo Freire), migración, seguridad alimentaria, empleo decente, cambio climático. Su trabajo se fue y es en las regiones de América Latina y África (países lusófonos e inglés) y también en algunos países de Asia Central y Medio Oriente. Marcela se desempeñó como oficial de alto rango y diplomática en las Naciones Unidas y otras organizaciones bilaterales por 18 años como consultora senior (UNESCO; UNICEF; PNUD), directora global de Género (OIM), Desarrollo Rural (FAO, Oficina Regional). También, dirigiendo proyectos de desarrollo, planificación de

programas e investigación. Desde 1970, Marcela ha trabajado y apoyado diversas ONG del sur global y ha publicado varios libros y artículos en revistas especializadas en los temas de su especialidad¹⁷.

La Entrevista¹⁸

Rocineide (R): Quería comenzar esta entrevista solicitando que nos puedas contar de tu encuentro con Freire. Ese encuentro a partir de tus lecturas sobre él, de tus lecturas del mundo - tomando el título de su trabajo, esa lectura del mundo que precede a las palabras - y a partir de ello hablar de ti. ¿Cómo tu encuentro con Freire viabilizó la construcción del mundo que tu habitas?

Marcela (M): La primera vez que me encontré con Paulo Freire yo era muy joven, estaba en Chile. Debe haber sido por el año de 1969, 1969 sí. Recién había terminado mi carrera de educación familiar y pedagogía y tuve la oportunidad de encontrar a Paulo Freire en persona. Él estaba en el Chile, trabajando primero en el Instituto de Desarrollo Agropecuario, formando capacitadores con su método, que era muy interesante. El venía de Brasil exiliado y después sus ideas las trasladó mucho a este grupo, que trabajaba donde yo me integré. Justamente, porque yo recién salía de la Universidad y fui a trabajar en el sector agrícola en el Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP); trabajaba en el tema de mujeres rurales y en el tema de implementación de cursos de educación de adultos/as y alfabetización. De allí, posteriormente este grupo siguió, Paulo se fue del Chile, creo que en el año de 1970. Paulo se fue a otros países, en un momento se trasladó a Ginebra. Y el equipo de INDAP siguió. Paulo publicó en 1970 la *Pedagogía del Oprimido* que años después se reprodujo en el Chile junto a otras publicaciones en esos años, yo conservo alguna de esas publicaciones durante todos estos

17 Página web de Marcela Ballara: www.marcelaballara.cl

18 Transcripción realizada por Dafne Mallea, Santiago de Chile.

años. La compartió con nosotros, la discutimos, era una dinámica que tenía con ese grupo, que yo integraba.

Cuando fui al sur del Chile a hacerme cargo de la coordinación del Departamento de Capacitación Campesina de INDAP en Chillán y allí utilizábamos el método de Paulo Freire, en las discusiones con los campesinos, pues estábamos en el proceso de la reforma agraria. En las reuniones, casi nunca participaban mujeres porque Reforma Agraria y Sindicalización era dominio de los hombres¹⁹. Para los campesinos. Y era importante que ellos discutieran en qué consistía la nueva reforma agraria propuesta por el gobierno de la Unidad Popular, que significaba y además el tema de la sindicalización. Debo decir que muchos de los campesinos con los que nosotros discutíamos eran parte de la dirigencia del sindicato de trabajadores agrícolas sí y eran alfabetizados. Sabían leer y escribir, pero muy poco. Entonces, lo que usábamos era el método de los círculos de estudio, cuya metodología era a través del levantamiento de palabras motivadoras que se identificaban y ellas servían para iniciar una conversación que llevara a discutir las necesidades de cambio y como se aplicarían, donde levantaban una palabra que era común para todo ello. Por ejemplo: lucha campesina y los cambios necesarios. Y, a través de eso, discutíamos diferentes estrategias y tipos de lucha con los campesinos. Posteriormente, yo salí al exilio en el 1973, justamente acusada de andar sublevando a los campesinos a través de estas discusiones. Y llegué a Suecia. Y, de allí a fines de 1974, el sindicato de profesores de educación informal de Suecia me contactó directamente, para apoyar el proceso de educación de adultos/as en el marco de los procesos que se venía produciéndose la independencia de Portugal, cuando sacaron a Salazar en la madrugada del 25 de abril de 1974, e inician una campaña de alfabetización que era importante porque 40% de los portugueses eran analfabetos. El sindicato de profesores de Suecia, junto con la y la cooperación sueca,

¹⁹ Marcela, posteriormente, aclara que las mujeres se organizaron en los “Centros de Madres” que eran atendidos y apoyados por otra institución dependiente del Ministerio de Agricultura.



reunió un grupo de profesores - personas que tenían experiencia de haber trabajado con Freire - los portugueses estaban muy interesados en orientar su campaña de alfabetización con las ideas de Paulo Freire. Un grupo de estos suecos se fue al norte, a la Universidad de Braga, a trabajar para apoyar el norte del país. A mí me tocó ir a Lisboa, por mi condición de exiliada y solo con un pasaporte de viaje que me facilitó ACNUR, no podía viajar fuera de la capital del país. Me asignaron en la a trabajar a la Dirección de Educación Permanente y ayudar a organizar toda la campaña de alfabetización en Portugal, muy basada en las palabras generadoras. Allí, en esa oportunidad nuevamente encontré a varios africanos que estaban en ese tiempo luchando por la independencia de sus países (Angola, Mozambique, Cabo Verde, Guinea Bissau, Sao Tomé y Príncipe), de los países que eran lusófonos y, en ese contexto, fue que encontré al que después fue a los varios cuadros políticos y ministro de Educación, entre ellos, el primer Ministro de Educación de Guinea- Bisáu, que fue M.C y A. H que fue la directora del Departamento de Educación de Adultos. En esa época, ella estaba haciendo una práctica y yo guié su práctica como asistente social. Eso más o menos fue mis inicios de encuentro con Paulo Freire y con su pensamiento.

Carlos (C): Me gustaría preguntarte algo que tiene que ver con tu vida también. Fíjate que tú te vas expulsada por una dictadura y a la vez después empiezas a participar con lo que fue el derrocamiento de Salazar. Ya que desde el año de 1925 no había elecciones en Portugal, o sea, fueron 50 años, hasta 1974 cuando se produce la Revolución de los Claveles. Lo que tú estás mostrando, la imagen de Portugal, con esos niveles de analfabetismo y tú que empezaste a trabajar en Lisboa ¿También se utilizó la misma metodología o hubo que adaptarla a la realidad europea?

(M): Claro, sí. Lo que pasa es que también había un equipo, porque Pablo estaba en esa época, el equipo de Pablo, el IDAC (*Institut d'Action Culturelle*), estaban en Suiza, ellos llegaron a colaborar, ellos estaban allí. Pablo había ido antes, en esa época, a Tanzania y venía con muchas vibras positivas, vamos a decir, de lo que él había conocido ahí. En el caso mío, mi trabajo fundamental fue ayudar a organizar todo lo que fue apoyar al director en esa época, director del Departamento de Educación Permanente, que era el encargado de la Campaña de Alfabetización a organizarlo y poder dar las primeras capacitaciones a los alfabetizadores que deberían conocer y aprender rápidamente el pensamiento y la metodología de Freire. La lengua ahí era sólo portuguesa, era bastante más fácil de lo que podría haber sido por ejemplo en África. Los jóvenes educadores que se vincularon al proceso de alfabetización eran comprometidos, voluntarios, militantes, que habían tenido fuerte militancia contra y durante la época de Salazar, entonces eran compañeros muy visionarios, con muchas ideas y muy creativos. Ellos estaban ávidos de conocer nuevas ideas y apoyar el interior del país que muchos de ellos no conocían, como eran Tras-os-Monte, todos aquellos lugares que eran tan lejanos, entonces, tenían también gran motivación y estaban muy vinculados a todo lo que fuera este proceso de liberación o de libertad a través de la educación porque había sido también tremendamente reprimidos.

(C): En la experiencia que viste en Portugal, ¿las mujeres participaban en igualdad de condiciones o los condicionamientos de género eran potentes y concurrían más bien varones? ¿Eran hombres jóvenes?

(M): En el caso de Portugal, había naciente y fuerte movimiento feminista, que después se desarrolló bastante fuerte y las mujeres participaban, las mujeres urbanas, voy a hablar de las mujeres urbanas, participaban fuertemente y muchas mujeres jóvenes. No había aún una

crítica al proceso patriarcal, se hablaba mucho de machismo, pero sin un análisis muy profundo, es que no había tiempo porque se participaba sobre todo en estas marchas que se hacían todos los días, porque era así eso de ir a hacer marchas todos los días, donde la gente se juntaba y después en la noche eran las capacitaciones políticas y como sería el futuro construir un mundo mejor. Había bastantes mujeres en el sector urbano. El sector rural era diferente, en el sector rural participaban muchos hombres y jóvenes también. Bueno y aquí por supuesto en Lisboa y en los sectores urbanos, los militares que venían de la lucha de allá de África también eran personas muy abiertas que participaban mucho en sus capacitaciones y colaboraban, sobre todo explicando lo que les había pasado en la guerra.

(R): Pensando desde el lugar que estás hoy, con todo lo que tú has vivido: ¿cuáles son los principios que tú ves en la lectura de Paulo Freire, desde esas jóvenes que tu mencionaste? Aquellas que soñaban con construir un mundo mejor, un mundo en el que todas y todos nosotros habitásemos, no solo los urbanos sino también aquellos que viven en el campo, los que viven en las florestas

(M): Si te entiendo bien la pregunta, para esos jóvenes y aún hoy para los nuevos integrantes los principios de Paulo que aún permanecen es que: “la educación es una práctica de la Libertad”, la educación es un proceso que permite desarrollar el pensamiento crítico, yo pienso y sigo pensando, que la educación juega un papel importantísimo en todo lo que sea la construcción de una nueva sociedad. No solo los currículums en la escuela, en la primaria, en la secundaria y también en la universidad, sino que en la educación no formal o la educación informal. A mí me parece que es rescatable la propuesta ideológica que hacía Paulo Freire sobre educación y libertad, que fue un poco la raíz básica, no un poco, la raíz básica de lo que fue la educación

popular, que tuvo bastante éxito desarrollo en los años de 1970, 1980 y 1990, en América Latina.

Yo pertencí durante muchos años, voluntariamente, desde 1989 hasta hace muy poco a la Red de Educación Popular entre Mujeres, la REPEM, y, por supuesto, a ICAE (Consejo Internacional de Educación de Adultos), que son todas organizaciones que de alguna manera han estado propiciando y usando, hasta el día de hoy, los principios básicos de la educación liberadora de Paulo Freire, con algunos cambios, algunas adaptaciones.

En Europa, por ejemplo, en el caso de la Suecia, se trató de usar la metodología de Paulo en lo que se llaman las Escuelas del Pueblo de Educación de Adulto, (Folkhögskola), pero, en realidad, esas escuelas, si bien es cierto que trataron sobre todo de desarrollar lo que serían los círculos de cultura, en términos de las discusiones de las propias realidades, la verdad de las cosas era que los alumnos que iban a esas escuelas, que eran libres, eran alumnos que generalmente no habían terminado la secundaria y que iban en búsqueda de una educación intermedia, técnica que les podía dar algún tipo de trabajo. Entonces fuera de ser discusiones o más bien que yo siempre las llame, porque yo estuve en una de esas escuelas durante un año, cuando llegue a Suecia, que yo las llamaba (1978 y 1979) un poco de psicoterapia porque si se discutían cosas muy importantes de la vida de estos jóvenes, pero no iba más allá de un compromiso político, con algunas excepciones que eran muy pocas.

(C): Era más bien la necesidad de avanzar técnicamente en sus carreras que era bien diferente de lo que era... ¿Y tú tuviste la oportunidad de encontrarte personalmente con Paulo Freire en algún momento de tu vida?

(M): Si, yo me encontré con él. Porque después, yo llegue a Guinea-Bisáu, a trabajar definitivamente, estuve cinco años ahí, en el 1980. Ya antes había estado y había visto que había muchos problemas con todo el proceso de alfabetización y en la educación de adulto. Estaba ahí M.



C. como ministro de Educación, comisario se llamaban en esa época, estaba M.G. que estaba el director del departamento de educación de adulta y A. Entonces, conversando esta situación, que no avanzaba el proceso, me pidieron en esa época que hiciera una evaluación de los resultados que estaba teniendo el proceso de alfabetización, porque querían ellos saber cuál era la situación, por qué no avanzaban digamos, a pesar de que algunas personas sabíamos muy bien por qué no había, no se avanzaba en esto y había tal desmovilización de una campaña que había empezado con gran movilización, entonces hicimos junto con A., quien me acompañó en cierta medida a hacer una evaluación con el compromiso de que lo iríamos a presentar a la Comisión Nacional de Alfabetización, porque estábamos viendo que no era un problema solo del idioma, sino también había necesidad de hacer análisis antropológicos y culturales, y fue una evaluación un poco dura, pero hubo el compromiso de que nunca se publicaría, o sea quedaría en este dialogo que nosotros tuvimos con la Comisión Nacional de Alfabetización, para convencerlos de que no era importante no solo cambiar el idioma, sino que además incluir los diversos estructuras. Fue una evaluación acción, participativa y con *focus groups*, donde entre otros se analizaron las relaciones entre los grupos étnicos les y que había otras razones que implicaban estos problemas. Entonces, estoy explicando este *background* porque en esa conversación que quedó por escrito, es que, por supuesto, la gente de Paulo se enteró, la gente del IDAC, porque había una relación entre ellos de amistades, entonces yo pensé que él se quedó bien enojado.

En el 1983, tuve la oportunidad de ir a Brasil y le pedí si podía hablar con él y muy simpático me dijo “sí, ven, ven, ven, me gustaría conversar porque me gustaría rectificar o hablar esto que tú has dicho de lo que pasó en Guinea-Bisáu”. Él me recibió, estaba con su mujer, no recuerdo su nombre, era muy simpático en su casa, en una mesita de café y su hijo que, en esa época, era un adolescente.

Ahí, estuvimos conversando. Él me dijo que en realidad el reconocía que se había idealizado o romantizado mucho, esa fue la palabra que él usó, romantizado mucho este proceso de alfabetización. De poder alfabetizar un pueblo que sobre 90% de la población multicultural estaba analfabeta, de crear una nueva sociedad, una sociedad socialista y que efectivamente él coincidió que había habido varios problemas no solamente de la lengua, sino que también el tema de la cultura y de los diferentes grupos étnicos, también del método utilizado porque esta cosa de las palabras generadoras no permitía la discusión más allá con un pueblo que no entendía el portugués y cuya relación con un mundo mágico era muy intensa. También, reconoció que habían fallado en hacer análisis sociopolíticos y culturales. Y, por supuesto, como yo ya estaba trabajando mucho con el movimiento de mujeres, yo le dije que también uno de los problemas era de que no había ninguna perspectiva de género y él lo reconoció. Guinea-Bisáu es una sociedad machista y tremendamente patriarcal, sobre todo los diferentes grupos. Entonces, él dijo sí.

Ahora, ojo, cualquier propuesta que hiciera el equipo de IDAC o el mismo Paulo Freire tenía que pasar por esta Comisión Nacional de Alfabetización, que era un ente, no solamente técnico, sino que también un ente político y ellos eran los que dictaminaban al final, por mucho que Paulo y su equipo hubiesen querido dar una visión mucho más amplia, una visión más política, más comprometida, más vinculada a la realidad del pasado colonial del país y su multiculturalismo, la decisión final estaba en esta Comisión Nacional de Alfabetización que estaba integrado por políticos del Partido del PS-PAIGC.

(C): También con sus prejuicios machistas, imagino. Y estas dificultades que tuvo el equipo en Chile, porque en la Democracia Cristiana, algunos lo aceptaron, pero según lo que uno ha leído, otros desde el principio no aceptaban la metodología y lo que implicaba el pensamiento de



Paulo Freire. También, te encuentras esta resistencia en otros lugares, dado que siempre hay una dimensión política y política institucional de estos procesos. Y Rocineide te preguntaba cómo repercutió en tu vida todo esto, porque da la impresión de que al menos del 69 hasta ahora esto está muy presente, o sea que tu abrazaste estas ideas del Paulo Freire, y te ha marcado profundamente.

(M): Claro, evidentemente. El día que yo tomé la decisión de volver a Guinea-Bisáu y de ir a instalarme allá con hijo pequeño de dos años y medio y mi hija de siete, en un país que era de una pobreza muy grande, falta de comida, problemas de salud serios, fue una decisión bastante importante para mí y que me marcó porque era decidir quedarme en Suecia en la Universidad, dando clases en un medio bien protegido o irme a lo que nosotros en esa época pensábamos, los que fuimos expulsados de Chile, era apoyar y construir una nueva sociedad y en eso M.C que era el comisario que reunió algunos chilenos que fueron allá lo usaba mucho “los estoy invitando para que vengan a ayudarnos a construir una nueva sociedad, por la que ustedes han luchado”, eso me llevo allá a Guinea-Bisáu. Después de cinco años, cuando la cosa se desmorono tremendamente y la corrupción ya era prácticamente inaceptable es que yo tomé la decisión de irme y estuve un tiempo en el México, me casé ahí, con quien estoy casada hasta el día de hoy. A mi marido lo trasladaron, se fue a trabajar a Turquía y ahí en Turquía continue trabajando, muy difícil el trabajo si, con un proyecto en una ONG de capacitación de los Kurdos, siempre tratando de aplicar y enseñar el método de Paulo, pero ahí no daba porque era muy complicado, había muchísima represión militar y, posteriormente, aterricé en Uruguay. Ahí, estuve cinco años trabajando con algunas colegas, ahí la ayudé a reconstruir la REPEM, ya estaba muy mal y la reconstruimos con diversas mujeres. Estuve ahí cinco años trabajando voluntariamente con ellas con todo el tema de la Educación Popular

y Género, tratando de poder hacer un trabajo regional en América Latina. Después de ahí, yo me volví a Turquía, pero salí a Ginebra a trabajar un tema que me pareció muy complicado, que fue trabajar en migración, que es el tema que todavía trabajo ahora. Me fui a trabajar a la Organización Internacional de Migraciones, donde tenía que construir el programa de género; una organización en aquella época tremendamente patriarcal, muy influenciada por la CIA americana, lo que me llevó cuatro años después a renunciar porque ya era insoportable la injerencia de EE.UU. en los problemas de la migración. Ahí, me volví a Chile y fui a trabajar a la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), ahí estuve casi 12 años trabajando encargada en el tema de género para toda la región, también una organización muy patriarcal, con muchísimos problemas con mis compañeros. Era la única mujer en medio de todos los profesionales, hombres todos y yo, encargada en el tema de género, sobre todo promoviendo la capacitación de las mujeres rurales y en la medida que yo podía y que no me imponían tratábamos de usar de una u otra manera las ideas de Paulo Freire y creo que en algunos casos si resulto. En el Chile, creamos junto con otra gente, pero desde la FAO, yo apoye fuertemente, a ANAMURI (Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas), que debes conocer. Ellas nacieron con el apoyo de la FAO y personalmente el mío, porque yo me la jugué hasta el final, hasta el día que me fui. A tal punto que el brasileño G.D.S. que quedó a cargo después de la FAO me odiaba porque no entendía por qué yo tenía que andar apoyando temas de género y rural. Después el cambio porque no pudo volver a Brasil y ahora está en Chile, ha cambiado un poco su visión en tema de género como un oportunista más. Después, yo me jubilé y empecé a trabajar voluntariamente, porque consideraba que tenía que dar un aporte voluntario, seguí trabajando en la REPEM y el ICAE. Posteriormente, y ya en 2015, ICAE paso a ser dirigido por un grupo de los ex países del este y Europa, con



mayores posibilidades de financiamientos. Con REPEM, estuve hasta 2018. En ambos casos los problemas de financiamiento para la región, (países de desarrollo intermedio), hicieron prácticamente continuar trabajado en lo local y hoy son apenas una red de comunicación virtual con muy poca incidencia en acciones de terreno. En 2017 y con un grupo de gente de varios países apoyamos el proceso de Desarrollo Sostenible. Nos fue muy mal en Nueva York porque tratábamos de poder influir con las ideas de la Educación Popular y de Alfabetización, pero la verdad es que no cuajó. En 2015, este proceso terminó con la elaboración de la Agenda 2030. En 2017, un grupo de ONG y redes de la región creamos un mecanismo de la sociedad civil para apoyar el Foro de Desarrollo Social Sostenible vinculado a la CEPAL, con el cual estuve personalmente muy involucrada en toda la creación, trabajaba en la parte de educación. Y bueno, con este grupo del mecanismo de la sociedad civil, en apoyo al Foro Desarrollo Sostenible, es donde he estado trabajando voluntariamente. Soy el punto focal de migrantes y desplazadas migración con un grupo que tenemos fundamentalmente de mujeres y donde tratamos de incidir influir en la medida que se puede, de incidir más que nada en los temas de migración, cuestión que es sumamente difícil, pero, bueno, ahí estamos.

(R): Muy interesante de oír sus experiencias y sentir cuánto de implicación existe en lo que has relatado. Tú estás acompañando los movimientos actuales del mundo, el papel de la necropolítica, cómo son tratadas las minorías - que en realidad son mayoría - siendo descalificadas en los discursos hegemónicos. Como sabes, aquí en Brasil, tuvimos una dictadura que implicó el exilio de Paulo Freire y recientemente tuvimos un golpe a la presidenta Dilma Rousseff - la primera presidenta en la historia de Brasil y a la vez un movimiento que aquí ha sido muy fuerte denominado Escuelas sin Partidos. Y, uno de los autores cuyas obras querían ser retiradas por el presidente, era Paulo Freire. Así mismo,

fueron perseguidos docentes que, sin seguir a Paulo Freire, trabajan a partir de la reflexión. Y quería saber tu punto de vista sobre la palabra, en un mundo en el cual la palabra se desprestigia y donde aparecen las *fake news*, cómo evalúas desde fuera de Brasil esta iniciativa de una escuela sin partidos y a su vez personas que tuvieron que silenciar lo que aportaron Freire, Brandao y otros educadores.

(M): Mira, lo primero que te quería decir es que no conozco ese programa que tú estás hablando, no lo conozco, no sabía que existía en Brasil. Lo que nosotros hemos sabido de lejos, porque yo estoy bastante vinculada con A. N. que es una brasilera parte de nuestro grupo de mujeres, el tema de lo que sucedió allá en Brasil, cuando Bolsonaro fue quien decidió quitar el nombre de Paulo Freire, prohibirlo o quitar las ideas, en fin, es una reacción esperada de una persona que es un dictador, no es más ni menos, pero lo que yo siempre pienso es que estos procesos, como el proceso de la educación popular o estas ideas de esta escuela son procesos que van y vienen; pasan por periodos de mucha represión porque los gobiernos tienen miedo que la gente piense, pero que después vuelven reformulados o reestructurados, vuelven a surgir. Y, es de esperar que una vez que cambien los gobiernos, en el caso tuyo, en el caso de Brasil, con Lula, haya nuevamente un repensar de estas escuelas.

Ahora, a nivel global, como tú me has preguntado, el tema de las campañas de alfabetización fue en muchos países bastante complicadas, sobre todo las que utilizaron el pensamiento de Paulo, ya no hablemos de las palabras generadoras y toda la educación no formal. Porque en el caso de las campañas de alfabetización, muchas de ellas no tuvieron post alfabetización, o sea no tuvieron un seguimiento. Veamos el caso de lo que pasó en Nicaragua, por ejemplo, que fue una campaña fantástica con mucha movilización y después, nada; al no haber post alfabetización, al no haber algo que los sustentara, que les hiciera seguimiento volvieron otra vez atrás.



Entonces yo creo que sí las ideas de Paulo, sobre todo ahora este año este movimiento que se ha creado o estos grupos que han lanzado los cien años de Paulo Freire han revivido de una manera importante su pensamiento. Pero, yo pienso como te digo que no es algo que vaya a morir, al contrario, yo creo que va a ser algo que va a volver a revivir en aquellos países que lo sacaron.

En la Guinea-Bisáu, no hay posibilidades porque hoy día se ha considerado un narco país, porque es un país que tiene un serio problema de ser país intermediario y es el país más importante de África por donde pasa la droga. Hay una migración importantísima de jóvenes que trabajan el tráfico de drogas. La educación sigue siendo en portugués; a mí me tocó ir a evaluarla en el 96 y fue realmente muy penoso.

(C): Y de todo el pensamiento freireano, hoy y después de tantas décadas: ¿qué consideras tú que es la perspectiva más importante en cuanto a la posibilidad emancipadora, transformadora en estos mundos que relata Rocineide, donde los golpes de estado se dan de otra manera a cómo eran antes, a un mundo donde las palabras se utilizan para desprestigiar, para destruir y donde el diálogo parece cada vez más lejano, el diálogo auténtico en diferentes campos como en la política, en la educación?

(M): Bueno, yo te digo, pienso que no debemos cerrar los ojos o dejar de seguir luchando por conseguir que nuestras voces sean escuchadas, como lo dice el movimiento de mujeres, que siempre dice “a voice to be heard” que nos escuchen nuestras voces. Y eso creo que una de esas cosas, aunque nunca utilizo ese slogan Freire, creo que Freire lo motivó, o sea que nuestras voces, que nuestras palabras sean escuchadas. Tal cual tú dices, hay golpes de estado diferentes, muy distintos. Hoy en día, las políticas neoliberales siguen en pie, mismo en Chile, a pesar de que Boric, hay un gobierno de gente joven, muy abierta, no tan

abierta tampoco porque no quieren a los viejos, eso para empezar. Yo tengo muy buenos amigos, hijos de compañeros /as, porque incluso, por ejemplo, la encargada de deporte, la A.. Yo estuve en el exilio con la madre de ella, tuve a A. prácticamente a cargo mío, cuando la madre, cuando la P. se fue a Chile y la mataron y era una chica extraordinaria, pero parece que ha tenido algunos problemillas. Conozco a varios de ellos, o sea, que son hijos de, pero ese es otro tema, otro capítulo, para otra reunión que daría para mucho. Yo creo que si, todavía, nosotros tenemos la posibilidad de nunca olvidar y también nunca perdonar, como digo yo. Seguir luchando por tener nuestra palabra al frente y seguir luchando por los procesos de educación, de una educación liberadora, una educación integral.

Nosotros, en el caso nuestro que es el movimiento feminista, que estamos luchando fuertemente por los derechos sexuales y reproductivos holísticos, en la educación y que ha sido un trabajo muy difícil. Yo pienso que uno tiene que elegir determinados temas y a través de esos temas seguir luchando, aunque dicen que no podemos luchar en silos, sino que debe ser integral, pero muchas veces estas luchas y estas discusiones integrales o globales pierden muchas veces el motivo o los puntos. Yo pongo un ejemplo, las mujeres indígenas hoy en día, si comparamos con hace 20 años, han avanzado bastante en sus propuestas, por lo menos en América Latina, en comparación como hace 20 años que se les callaba. En el caso de las mujeres rurales, conozco el caso de las ANAMURI que de ser mujeres bastantes sumisas se convirtieron en unas campeonas de lucha por la seguridad alimentaria, por la soberanía alimentaria, por el intercambio de las semillas, entonces, yo pienso que en este caso nosotras no podemos olvidar nuestros principios, pero también hay ciertos frentes donde nosotros debemos intensificar nuestro trabajo, aunque claro, es una cosa global, pero no nos podemos perder en lo global.



(C): Que bueno ese aporte


(R): Marcela, aquí en el gobierno Lula, conseguimos implementar la política nacional de educación popular y salud, reunimos estos dos temas para discutirlo en el marco del Sistema Único de Salud, y sus principios - universalidad, integralidad de la atención, la cultura y el lenguaje y la equidad. Principios doctrinarios de nuestro sistema, que son un patrimonio mundial.

Por la constitución de Brasil, la salud abarca a sus determinantes y condicionantes, que son los que posibilitan acerca de la salud. ¿Cómo ves tú, desde esta lógica, esta interfaz de la educación y la salud?


(M): Mira, yo en ese tema de educación y salud como tú me lo has mencionado, a mí me parece muy importante destacar el tema de la cultura, porque ustedes, por ejemplo, en Brasil, es multicultural, tienen varias culturas. Tienen los grupos indígenas, tienen la gente que vive en el sur, los que viven en el norte, los que viven en el campo, en el Amazonas que son grupos étnicos bien definidos y es importantísimo. Para mí, al menos yo no he trabajado nunca directamente el tema de salud, pero si en el tema de migración, nosotras tenemos una compañera, M.H. que trabaja todo el tema, fuera del tema de aborto, trabaja también el tema de salud y como lo ven diferentes grupos étnicos, como lo ven diferentes grupos étnicos de los estados federados que son distintos, distintos la gente que está en el norte, la que está en el centro, la que está en el sur, la que está en Chiapas, en términos de como enfrenta el tema de salud y como se la capacitación, porque así como ella ha explicado y como creo que es importante y yo también estoy de acuerdo, porque uno tiene que integrar todo el aprendizaje propio de los diferentes grupos en el tema de la capacitación, porque hay experiencias propias de cada uno de los grupos étnicos, de los grupos culturales que aplican con respecto al tema de la salud. Yo

conozco un ejemplo un poco más de cerca y que es lo que sucede con los mapuches en el sur del Chile, que ellos en el tema de salud tienen una salud que está muy transversalizada por todas sus experiencias de su grupo étnico, entonces, yo creo que hay un punto ahí en lo que tú dices que, de la educación popular y salud, que habría que también rescatar que es toda la parte cultural en términos de educación y salud.

(C): Ahora se habla de una alfabetización crítica en salud, con una criticidad, no simplemente que las personas entiendan los dispositivos de salud, sino que cuestionen estos dispositivos y ahí vienen todos los trabajos de Emerson Merhy y Túlio Franco, lo que resulta bien interesante de analizar. Queremos agradecer este tiempo que nos has dedicado, Marcela.



*Iniciativas e experiências de
Educação Popular em Saúde
e o protagonismo popular
em tempos de pandemia*



MÃO COM MÃO, SAÚDE É VIDA

Selvino Heck

Abertura

MÃOS EM PRECE. Unir palma com palma. Dedos unidos. Nada a esconder. Lado direito e lado esquerdo juntos. Presença pura. O maior presente é a presença. Sem dualidades. Duas mãos formam um gesto. De entrega, de respeito, de devoção, cumprimento, reconhecimento (MÃOS EM PRECE, Monja Cohen, Caderno Vida, Zero Hora, 23 e 24.05.2020, p. 6).

Mamãe, de 93 anos, anda em cadeira de rodas faz algum tempo. Mas, não lhe bastam os encostos laterais da cadeira. Precisa apoiar o braço direito na chapa do fogão a lenha, que fica no canto da cozinha, onde ela fica sentada o dia inteiro. Está chegando o inverno, muito frio no Sul do Brasil. E estamos em tempo de coronavírus.

Que fazer? É preciso colocar lenha no velho fogão, esquentar mamãe e o ambiente, ao mesmo tempo. Meu irmão mais novo, que mora com ela, desde sempre, não teve uma alternativa. A centenária máquina de costura, parada depois que mamãe parou de costurar e cuidar da roupa dos nove filhos, tem uma mesinha que a sustenta, bem ao gosto do que se precisa. Ele tirou a parte da máquina propriamente de costura na parte de cima, limpou a mesa e a colocou ao lado do fogão a lenha.

Mamãe olhou meio desconfiada. Eu, confinado na casa da família, resisti a princípio, argumentando que a velha máquina, mesmo parada, enfeitava a sala da casa com sua solidez e como história viva da família e de suas costureiras ao longo do tempo, vovó Gertrudes, em primeiríssimo lugar. Mas, mamãe acabou aprovando, falando em alemão, a língua do cotidiano na

família ainda em 2020: ‘Dass ist doch schön und gut – isto está tão bonito e bom’. Depois, a lenha crepitando, as chamas e o calor chegando e esquentando pés e mãos, o pinhão sendo cozido na chapa em tempos de inverno, ela colocou o braço na nova mesa adaptada. A velha e centenária máquina de costura voltou a ter utilidade. E o fogão a lenha pôde ser utilizado em sua plena finalidade. Lição e aprendizado: o cuidado com a saúde e a vida devem estar sempre, e acima de tudo, em primeiro lugar.

Os tempos não andam fáceis. São ‘tempos de cólera’, seja pela pandemia do coronavírus, seja pelo ódio e pela intolerância reinantes em todas as esquinas, nos rostos, nas palavras, até nos abraços que não podem ser dados. Todas e todos estão, de alguma maneira, fragilizados, e perguntando-se sobre o sentido da vida, quais valores cada uma e cada um devem cultivar, individual e coletivamente, como se proteger dos males do mundo, quais direitos ainda estão vigentes, de que forma se salvaguardar ante diferentes governos, saber se economia e saúde podem andar lado a lado durante a pandemia. O que, afinal, é ensinar, o que é aprender, que cuidados são necessários diante das vidas que se perdem na frente de cada uma e cada um todos os dias?

Este escrito é um esforço de celebração à saúde, ao cuidado, à vida. Não é científico, no estrito significado do termo, não contém grandes histórias, no sentido de uma epopeia ou algo parecido. Mas, pode, quem sabe, ser uma ode a quem ama, a quem dedica, nos postos de saúde das periferias, nas comunidades das vilas populares, nos corredores de escolas e Universidades, nos movimentos sociais e populares, seu tempo, seu conhecimento, suas habilidades, sua palavra de conscientização, sua capacidade de ouvir a quem mais precisa, e a todas e todos que precisam de amparo, de um sorriso, de força, abraços, compaixão e ternura.

Os Valores

A vida deve estar em primeiro lugar, em qualquer época, com todos os seres vivos. O cuidado é a atitude que se exige. E o cuidado deve ser, antes

de tudo, com idosos, jovens, crianças, adolescentes, pessoas portadoras de deficiência e com todas aquelas e todos aqueles que, de alguma forma, são discriminados por questões de sexo, raça, cor, religião.

Quem lida com a saúde das pessoas, saúde em todos os sentidos, física, mental, espiritual, sabe que é preciso dedicação. O cuidado exige amar, dar-se as mãos, conhecer as histórias de cada pessoa, e mesmo animais, enfim, de todos os seres vivos.

Chegar próximo e cuidar dos idosos, por exemplo, em tempos de pandemia, é fundamental. Para compreender as angústias e necessidades deles, das razões da distância dos filhos e netos, diante incapacidade de entender o que está acontecendo, do porquê está tudo fechado, sem bailes, sem missas, cultos e atos religiosos, sem visitas, sem abraços, nem mesmo apertos de mão.

Em qualquer tempo e época, a solidariedade coloca-se como atitude de vida, de sobrevivência: ajudar quem precisa, colaborar com todas as ações solidárias que se apresentam, ser capaz de disponibilizar os conhecimentos, por exemplo de homeopatia, de reiki, de não desprezar a necessária higiene, de cuidar do corpo e da mente, de ligar saúde e cidadania.

São os mais pobres entre os pobres que mais precisam de solidariedade. Por exemplo, nos postos de saúde das periferias, nas escolinhas dos bairros, nas igrejas que colocam o Deus como espírito de libertação e na construção de direitos e cidadania, nas Universidades que enxergam o mundo como espaço para construir o novo, põem a natureza e o meio ambiente como parceiros. E, de todas aquelas e todos aqueles que estudam, menos para o próprio bem e os títulos, e mais para o bem da humanidade, nas ONGs que são fonte e espaço de conversa e ações coletivas, nos movimentos sociais e populares que lutam pela igualdade e justiça.

Um Projeto

A pandemia do coronavírus, como a de 2020, espalhada pelo mundo, entre outras pandemias ao longo da história, por um lado, expôs as entranhas

da sociedade em geral, e em especial da brasileira. Este é um país que há mais de quinhentos anos tenta ser nação com soberania e igualdade. Mas, padece dos males e valores que a histórica escravidão deixou latentes, escancara uma brutal desigualdade econômica e social, uma das maiores do mundo, sempre teve um Estado autoritário que não permite políticas públicas com participação social e popular. Um país e uma nação que sofrem historicamente de uma débil democracia, que somente em poucos períodos apresenta alguma densidade e consistência, para, logo em seguida, ser derrubada por golpes, ditaduras e regimes autoritários.

Por outro lado, tempos de pandemia sugerem o novo, o que nunca foi vivido e praticado. Tempos de pandemia que envolvem e atingem toda sociedade permitem sonhar. Quantas alunas e alunos do ensino médio e estudantes das Universidades não saem de suas casas e enxergam mais de perto a dor e o sofrimento de vizinhos e do povo? Quantas e quantas enfermeiras e enfermeiros não estão dedicando, mais do que nunca, seu tempo, muitas vezes com risco pessoal de sua saúde e vida, para que mais gente tenha vida em abundância? Quantas médicas e médicos não deixaram casas e conforto para ajudar, com sabedoria e conhecimento, os mais sofridos? Quantos militantes sociais voltaram a ser voluntárias/os em tempo integral, distribuindo cestas básicas e solidariedade, mesmo sem poder dar abraços, derramando apoio e direitos, cidadania e consciência de que cada ser humano é gente e merece viver com dignidade e esperança, e que cada ser vivo merece cuidado? Quantas educadoras e educadores populares não aprofundaram compromisso e vivência na relação com trabalhadoras e trabalhadores, no trabalho de ligar saúde e vida, consciência e cuidado, meio ambiente e Casa Comum?

Um novo projeto de vida e sociedade pode estar nascendo dos escombros de uma sociedade patriarcal, machista, desigual, autoritária e em meio ao sofrimento de milhares, milhões de famílias e pessoas. Elementos desta nova sociedade estão presentes nas ações do cotidiano em todos os lugares. Estão na prática e na consciência de educadoras e educadores populares da ANEPS (Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde), da ABRASCO

(Associação Brasileira de Saúde Coletiva), da ANEPOP (Articulação Nacional de Extensão Popular), do MOPS (Movimento Popular de Saúde), dos Núcleos de saúde comunitária de escolas e Universidades, das ONGs, do Movimento SUS nas Ruas, criado recentemente em função da pandemia do coronavírus, das pastorais sociais, do movimento sindical, dos movimentos populares.

Alguns elementos dessa nova sociedade, em uma perspectiva da educação popular freireana, podem ser elencados e estão vividos e praticados nos movimentos comunitários de saúde, nas ações coletivas de educadoras e educadores populares e saúde, nas práticas de profissionais de saúde ligados à educação popular. E, podem, devem estender-se para o conjunto da sociedade.

1. Economia e saúde caminham juntas. Não há oposição entre economia e saúde. A economia, a distribuição dos bens, em uma sociedade justa, está a serviço das necessidades de todas e todos. A saúde é fundamental para a economia. Se todos os bens são distribuídos igualmente para todas e todos, se a política econômica é construída em nome do coletivo, a saúde estará à disposição de quem precisa.
2. O Estado não pode nem deve ser mínimo, a serviço de meia dúzia. Assim como o direito à saúde não pode ficar restrito a quem pode pagar. O Estado deve ser máximo, organizado para o bem coletivo, um Estado democrático, participativo.
3. A pandemia escancarou a necessidade e a urgência de políticas públicas em benefício do povo. Na linha de frente, está o SUS, Sistema Único de Saúde, criado de baixo para cima, em tempos de Constituinte e consagrado na Constituição Cidadã, exemplo e sistema mundialmente admirado, e que agora está a perigo de sucateamento ou mesmo de extinção.
4. A participação social e popular em todos os espaços é fundamental, com funcionamento de Conselhos, como os Conselhos de Saúde e outros instrumentos de participação social, que formulam políticas, colocam a voz do povo a dizer, não somente sobre

o que pensa, mas, inclusive, a decidir para onde devem ir prioritariamente os recursos públicos, como e onde devem ser aplicados, em construção de hospitais, de postos de saúde, da formação de profissionais da saúde, dos programas de saúde em geral, e também os ligados a programas ambientais, de segurança alimentar e nutricional, de proteção das populações e povos mais frágeis, como indígenas, quilombolas, moradores de periferias, idosos e todas e todas aqueles que mais sofrem de discriminação e com preconceitos na sociedade. A decisão deve ser da população consciente e organizada.

5. Saúde é alimentação e vida saudáveis. Agroecologia e produção orgânica estão no centro de uma nova relação, por exemplo, com a agricultura familiar e camponesa, com políticas ambientais, com uma nova relação com a natureza e todos os seres vivos e a Casa Comum.
6. Uma nova mulher, um novo homem e uma nova sociedade estão no centro de um futuro de esperança, de valores não capitalistas, de uma convivência que combine igualdade com vida saudável, justiça com respeito ao diferente, solidariedade com harmonia, humanidade com a Pachamama e o Bem Viver.

A democracia é construída assim, com políticas públicas e participação permanente. A saúde, pública e de qualidade, acontece e se concretiza com cidadãos conscientes, que têm liberdade de expressão, de opinião e crítica. É o papel e é o que fazem e propõem organizações populares, movimentos sociais e todas as instituições que, no diálogo emancipador e na pedagogia libertadora, constroem cidadania, liberdade, justiça e paz.

Os ‘tempos de cólera’ da pandemia colocam, não apenas no horizonte utópico, mas, no concreto cotidiano da vida, a exigência e a possibilidade de uma nova mulher, um novo homem, de uma nova sociedade. O BEM VIVER, na cultura e vivência indígenas, com a harmonia dos seres vivos com os seres vivos, dos homens e das mulheres com os homens e mulheres, todos iguais e com os

mesmos direitos, a harmonia dos seres humanos com a natureza e o meio ambiente, o cuidado coletivo com a Casa Comum, como anuncia o Papa Francisco, são um sonho, como também uma realidade em movimento e construção.

As cidades, nestes tempos de pandemia, estão menos poluídas, porque circulam menos carros, as pessoas e as comunidades cuidam mais para evitar a contaminação e a poluição diárias. Rios, riachos e lagos estão vendo as águas limpas e os peixes vivos, de novo circulando. O ar que todas e todos respiram está mais respirável. As árvores e florestas se tingem de mais verde. Animais reaparecem em lugares onde antes nunca foram vistos. O pão, o leite, a carne que chegam em quem está com fome significam saúde e dignidade, saúde e equidade, saúde e abundância de vida. As pessoas e as comunidades sentem a vida mais viva, mais presente, atravessando a pele e todos os poros.

Quem sabe, talvez, mais cedo, mais ou mais tarde, ou hoje e agora, esteja em construção um projeto de vida de vida e saúde, um projeto de esperança e futuro, esteja no horizonte um projeto coletivo e solidário.

Pedagogia Da Práxis

A construção de uma nova mulher, de um novo homem, de uma nova sociedade colocam a urgência de (re)pensar a pedagogia da práxis, no tempo presente, no cotidiano e um olho no amanhã. Uma pedagogia da práxis constrói-se no tempo, no envolvimento individual e pessoal, na militância coletiva, na escuta, no saber aprender, no conhecimento intelectual, na troca de saberes, na harmonia e no conflito, pé e cabeça no chão da vida e da realidade.

O primeiro elemento é a problematização da realidade. Por que a saúde como política pública, assim como outras políticas públicas, chega a tão poucos e, muitas vezes, de forma tão precária, na sociedade e nas pessoas? Por que a saúde é apenas física e não também mental, ambiental e espiritual? Por que não se constroem coletivamente políticas públicas de saúde? Por que a saúde, muitas vezes, é mercadoria e mera busca do lucro? Por que a saúde não pode ser associada à vida integral, a meio ambiente preservado, à humanidade



em todos os sentidos, a valores de solidariedade, ternura e comunhão?

O segundo elemento é ter, viver, praticar sempre, e sem vacilação, uma postura dialógica. O paciente não é apenas um aparelho, um instrumento, alguém sem voz, sem história, sem valores, sem família, sem comunidade, um corpo sem alma e sem espírito. Conhecer a outra e o outro é fundamental na vida cotidiana de cada pessoa, fora do hospital, além da Unidade Básica de Saúde ou do posto de saúde, na comunidade, na rua, na escola, no lugar de trabalho. O que pensa quem está doente? O que ele pensa da vida? Como se relaciona com o mundo? O que sofre quem supostamente, ou de verdade, está são e cheio de vida? A saúde, ou a falta de saúde, tem a ver com o entorno, com o contexto em que cada uma e cada um vive, com os relacionamentos do cotidiano, com os lugares de trabalho e lazer, com a vida que as pessoas, doentes ou sãs, levam, seus excessos, suas vitórias e seus fracassos, suas ambições e seus desejos, seus encantos e desencantos, suas dores e tormentos, seus amores e desamores.

Além disso, saúde vai, muito e sempre, além de estar doente ou precisar de cuidados médicos, e de engolir remédios. Saúde tem a ver com vida saudável, em uma natureza viva e em festa, com exercícios com o corpo e a mente, cidadania ativa e consciente, tendo perspectiva de futuro com dignidade, em uma participação e presença ativas nas teias da sociedade, convivência com pessoas e meio ambiente em clima de fraternidade e comunhão.

O terceiro elemento, e fundamental, é a construção coletiva. Assim, a saúde não é apenas individual. É sempre comunitária. Uma prática libertadora não é possibilidade, ou exigência, ou obrigação de cada um individualmente, solitariamente, no seu canto, na sua casa, no seu local de trabalho. Mas, sim vivência em família, vivência em comunidade, vivência em Associações de Bairros, em Sindicatos, em partidos políticos, no escritório, na loja e na fábrica, na escola, na igreja, em espaços onde o fazer coletivo e solidário anuncia o novo, a esperança, o futuro. Nenhuma médica ou médico, ou enfermeira/o, ou estudante de medicina e enfermagem, nenhum militante político, nenhum/a educador/a popular fazem nada sozinhas/os, apenas da sua cabeça, conhecimento e originalidade. A cura é solidária. A doença é

solidária, a saúde é solidária, a vida é solidária. A construção da vida e da saúde é coletiva e libertadora, a construção é de todas e todos de mãos dadas e corações apertados. Ninguém nunca solta a mão de ninguém.

‘Todas e todos estão no mesmo barco’ e remam juntos, cada uma e cada um com sua força e coragem, cada uma e cada um com seus defeitos e qualidades, cada uma e cada um com seus saberes, cada uma e cada um com sua memória e história. Por isso, é preciso, sem medo, ressignificar saberes e práticas, quando necessário, ou todo tempo, descobrir e explorar o novo, revelar uma permanente compreensão crítica da realidade e do conhecimento.

As pandemias de todo tipo foram, estão sendo e serão enfrentadas, superadas, curadas com uma pedagogia da práxis e dos saberes crítica, humanista, solidária. É o que, mais uma vez, o povo dos bairros populares, das vilas das periferias está ‘ensinando’ com as práticas solidárias no enfrentamento da fome, da miséria e do desemprego, com ervas, plantas medicinais e marmitas distribuídas, com exemplos de vida e compaixão. É o que educadoras e educadores populares, presentes no meio do povo, ensinam e aprendem na prática, teoria, uma nova prática freireana, vendo e confirmando que saúde, em vez de mercadoria, fonte de lucro e acúmulo de riqueza, é dom, é serviço, é humanidade, é vida e solidariedade.

Temas Geradores em Educação Popular, Equidade e Saúde

Os tempos de pandemia, e os tempos em qualquer tempo, colocam no cenário, na conjuntura e na existência, palavras e temas geradores que organizam o novo, provocam o pensamento, abrigam o diferente, sugerem a mudança, estimulam a transformação, levam à libertação.

SUJEITOS DE DIREITOS. Seres humanos e todos os seres vivos são sujeitos de direitos. Não são máquinas, não são instrumentos para ganhar dinheiro, não são corpos para explorar, não são apenas órgãos, pernas, intestinos, cabelos, pele, coração, unhas, pulmões, rim, fígado, ossos, carne. São gente: amam a vida, amam a liberdade, têm pensamento

próprio, têm direitos.

DIGNIDADE. Pobre ou rico, analfabeto ou com doutorado, morador de favela ou de edifício, todas e todos têm dignidade, são pessoas humanas, são seres vivos, são habitantes do planeta, merecem afeto, consideração, respeito.

VIDA. A vida vivida é uma conquista e um refazer diários. A vida está no cuspe, a vida está no sorriso, a vida está no olhar, a vida está no toque de mão, a vida está na palavra dita e na palavra sussurrada ou não dita, a vida é identidade e diversidade, a vida constitui-se de prazer, de malícia, de silêncios, a vida é um tudo e muito, muito mais.

EMANCIPAÇÃO. Políticas públicas devem ser emancipatórias. Políticas de saúde, além da vida, proporcionam autonomia dos sujeitos que as sofrem e praticam. Não apenas de ir e vir, não somente de comer do bom e do melhor, não apenas de respirar o ar fresco, não de constituir-se como homens, mulheres, seres vivos. Emancipar-se significa, doente ou hospitalizado, ou com fraquezas, ou plenamente vivo, estimular o próprio pensar, garantir a reflexão livre, poder dizer a quem quiser, à médica, ao médico, à enfermeira, ao enfermeiro, à educadora popular, ao educador popular, ao parente, ao vizinho, ao colega de trabalho, familiar e parente, uma opinião diferente, expressar a palavra crítica, discordar, dizer amém ou não. Ser e estar emancipado é ser livre, é ser, e viver, cada um com seu jeito, seu pensamento, sua ideia, cultivar a própria sabedoria e saber, reconhecer na outra, nos outros, nos seres vivos, seres de relação, convivência, harmonia e emancipação.

IGUALDADE e EQUIDADE. Todas e todos são diferentes, todas e todos são iguais. Todas e todos têm direitos, todas e todos respeitam os direitos de todas e todos. Todas e todos têm condições e oportunidade de uma vida digna, com o necessário para comer, com direito ao trabalho, com acesso à Universidade, com acesso igual aos bens públicos de saúde, com acesso à cultura e ao lazer. Não pode haver fome, miséria, desemprego para ninguém. Tampouco solidão, abandono. Muito menos, ameaças à vida, perseguição, tortura, exílio. A Pátria e a Casa são e devem ser Comuns.

DIÁLOGO. A troca é de conhecimento. O diálogo permite o

reconhecimento dos saberes populares. O diálogo aproxima as pessoas, coloca-as no mesmo nível, mesmo com conhecimentos e formação diferentes, ainda que vivendo em espaços diversos: aluna/o e professor/a, paciente e profissional da saúde, dirigente de Associação de Bairros e deputado, eleitor e Presidente da República, dirigente sindical e trabalhador informal, pais e filhos, pastores e fiéis, donos de supermercados e clientes, patrões e empregados, idosas/os e jovens. O diálogo exige a crítica, estimula a confluência de ideias, chama à soma de opiniões, organiza a articulação de práticas.

ESCUTA. Importa saber ouvir. A primeira palavra é a da outra, do outro. A segunda palavra, depois de ouvir, é escutar, é aprender, é conhecer as dores de cada uma e cada um, as sofrências, as dúvidas, as angústias, os problemas, as incapacidades. E saber dizer a palavra mais doce, também muitas vezes, a palavra áspera, quando necessário, mas com cuidado, com voz delicada, com sentido de sabedoria e aprendizado, com generosidade, alegria e compaixão. Escutar é penetrar na outra, no outro, fazer-se parte da outra, do outro, ser uma, ser um.

COMUNIDADE. Ninguém vive absolutamente sozinho. Em tempos de pandemia, as vozes e os rostos se revelam, se olham, se conversam via redes sociais, mais que presencialmente. Mas se reconhecem, estão vivos, presentes, caminhando junto. A comunidade e a vida em comunidade animam-se mutuamente e reanimam, reconfortam, rejuvenescem. A saúde é mais forte e viva quando vivida comunitariamente, todas e todos saboreando as vontades de todas e todos, todas e todos ajudando-se como irmãs e irmãos, como viajantes do mesmo barco, como caminhantes da mesma jornada de futuro e esperança.

PARTICIPAÇÃO. Participar é ser parte, é estar junto. Participar significa que a cura de ninguém é individual ou resultado de um único saber ou gesto. Participar que a vida saudável é compromisso de todas e todos, sem distinção de qualquer espécie. Participar é colocar um tijolo coletivo no conhecimento acumulado, é pôr a última telha do posto de saúde construído pela mão e bolso de muitos, é saber que o respirador é sabedoria coletiva de participação múltipla, que o tempo da outra e do outro é o tempo de todas e



todos, é viver junto com sabedoria e prazer.

CUIDADO. Saber cuidar da outra, do outro, da natureza e de todos os seres vivos. Saúde é cuidado. Cuidado é saúde. Ninguém deve morrer sozinho. Ninguém deve viver sozinho. Cada palavra dita revela cuidado. Cada receita expedida para alguém significa, além da busca da saúde, o cuidado com a vida. Cada planta cheia de água e verde é planeta vivo. Cada riacho onde corre água e onde se molham os pés e o corpo mostra que a natureza é amiga, é companheira. Cada gesto, cada olhar, cada carinho, cada palavra, cada emoção partilhada significa cuidado com o mundo, o planeta, a humanidade e a Pachamama.

A Construção do Futuro

O INÉDITO VIÁVEL. Paulo Freire e a pedagogia libertadora não se contentam com o presente, o que está dado. Não basta curar o doente ou preocupar-se com quem está são. É preciso, além de vida, esperança, sinalizar a esperança, futuro. O inédito viável é o que se pode fazer em termos de saúde coletiva, de ar respirável, ambiente saudável, convivência solidária hoje, agora, ainda que anunciando o amanhã. Mas, tornando-o visível, presente, sensível no dia de hoje. É utopia, mas utopia que se constrói e revela no dia a dia, que se faz natural e vivida. É utopia em que se pode acreditar, porque viável, porque em processo, acontecendo, passado, presente e futuro ao mesmo tempo.

ESPERANÇAR. A esperança acontece no tempo. Por isso, é esperar, na feliz expressão de Paulo Freire. Ou mais que expressão, em vez de esperar, sem saber se vai acontecer, é sentido de viver, sentimento de que o novo está vivo e em curso, e acontece todos os dias. E que há muito mais por chegar a cada dia, hora, minuto, segundo. Ir fazendo acontecer, com alegria, com coragem, sem medo, com consciência, como anúncio de chegada da esperança viva.

OUTROS MUNDOS POSSÍVEIS. O primeiro Fórum Social Mundial, acontecido em Porto Alegre, em 2001, mostrou ao mundo uma palavra e uma frase que atravessaram as últimas décadas e outros Fóruns Mundiais realizados mundo afora: 'Outro mundo possível'. Acrescento,

urgente e necessário. É um mundo plenamente possível, com felicidade, alegria, harmonia e paz. É possível os povos e as gentes vivendo com dignidade. É possível as pessoas conviverem com saúde integral. É possível aproximar a Universidade, os hospitais, os profissionais da saúde, os intelectuais de práticas, as ações e os pensamentos comuns e partilhados, de práxis coletivas e solidárias, fazê-los, todas e todos, chegar junto do povo, especialmente o mais pobre e sofrido. É possível trabalhadoras e trabalhadores, de mãos dadas e unidas, pensar e construir um mundo novo e diferente, uma Casa Comum da partilha e da solidariedade.

EPÍLOGO. Mamãe está feliz porque está sendo cuidada, sabe que é querida, amada. Mamãe está feliz porque ama quem a cuida, seja o filho mais novo que a leva para a cama, e ela quer saber se ele já jantou, se ele também já vai dormir, se o trabalho do dia na roça, muitas vezes, debaixo de chuva e frio, não o fez doente, se a Feira do Produtor na cidade nas quartas e sábados rendeu o suficiente para a sobrevivência. Mamãe está feliz quando quer a alface salpicada de açúcar e agradece a gentileza, quando quer saber se a cuidadora, que fica com ela alguns dias da semana, já recebeu o pagamento devido e se sua perna e joelho com problemas estão curados, e quando me deseja boa noite e bons sonhos.

Aos 93, mamãe quer viver. Não rejeitou o encosto novo, parte do cuidado com a saúde dela. E não deixa de olhar e cuidar, do seu jeito, das filhas e dos filhos, das netas e dos netos, das bisnetas e dos bisnetos. Quer sempre saber como e onde estão, porque não a visitam em tempos de pandemia. Procura, a cada notícia na televisão e a cada vez que pega na mão a cuia de chimarrão, saber e compreender (o que é difícil ‘entrar’ na sua cabeça e compreensão) que doença afinal é esta que não deixa suas netas e seus netos a visitarem, nem de irem para a escola. E de porquê razões não estarem acontecendo as costumeiras missas e devoções na igreja, e principalmente velórios, e de porque o ginásio da comunidade estar fechado para o botãozinho, o futebol de salão, as festas, os bailes, os casamentos, e tudo mais.

Ela mal compreende ou entende. Mas, sabe, ou intui, que a saúde deve



ser de todas e todos, que cada um precisa cuidar de si, sem descuidar de quem está próximo e a quem se ama. Mamãe quer, e sabe, que todas e todos cuidem-se uns aos outros, que a vida pode e deve ser vivida sendo todas e todos iguais e diferentes, mas, igualmente, felizes.

O gesto é a ação. A ação é a realização. No início, apenas um gesto. Depois uma postura: corpamente unidos. Quando duas mãos se tornam uma atitude, que pode transformar o mundo. Teclando, servido, recebendo, dando, compartilhando, cumprimentando, acolhendo. Olho no olho. Sem esconder a face, sem esconder nada. Venha, vamos comigo. Vamos nos reconhecer pessoas humanas. Sendo humanas, somos sagradas. Por amor e com amor, por respeito à vida e à saúde, lembrem-se de como deve mover suas mãos, seu coração, seus olhos, sua mente. Sem julgamentos e aversões. Sem apegos e apertões. Somos a vida da Terra – girando sem parar e sem voltar atrás. Adiante o futuro será o que construímos agora – com atitudes e pensamento, palavras e comportamento. Somos uma, sendo duas. Nem duas, nem uma (MÃOS EM PRECE, Monja Cohen).

EDUCAÇÃO E VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID 19: RELATO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA FIOCRUZ BRASÍLIA

Etel Matiello
Oswaldo Peralta Bonetti
Elizabeth Artmann
Jacinta de Fátima Sena da Silva
Daniel Marcos de Sousa Santos

Introdução

A pandemia de covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou Novo Coronavírus, nos coloca diante de novos desafios em nível global, que reforçam a relação entre saúde e os aspectos culturais, econômicos, históricos, políticos e sociais, e atualizando, portanto, o debate sobre a determinação social da saúde e o impacto da desigualdade nos desfechos de situações pandêmicas extremas.

Foram inúmeros os desafios para o enfrentamento da covid-19 especialmente em um contexto de desestruturação e desfinanciamento do SUS, e, em especial, da Atenção Básica (AB), precarização do trabalho em saúde e descrédito da gestão federal em relação aos serviços e servidores públicos.

No ano de 2020 o Sistema Único de Saúde enfrentou a maior crise sanitária de sua existência. No contexto da pandemia, no qual além do enfrentamento do vírus, vivenciamos a omissão do governo federal com a condução da política de saúde, o papel das residências multiprofissionais, promotoras da formação ensino-serviço foi fundamental. A pandemia de covid-19 apontou a necessidade da reorganização da atenção básica, repensar, replanejar e reconstruir os modos de fazer das equipes de saúde da família para o enfrentamento da covid-19 em suas múltiplas dimensões foi fundamental.

Foi necessário não só fortalecer e construir estratégias criativas e ágeis na identificação de novos casos e monitoramento daqueles já em acompanhamento, a vigilância em relação aos casos, construção de estratégias de prevenção e educação popular em saúde nos territórios, demanda fortalecida em grande proporção frente a cultura negacionista propagada pelos “mandatários do momento”, na reinvenção da atenção e do trabalho em equipe multiprofissional, na construção de novas estratégias de cuidado à distância, como também, traçar linhas de ação para a continuidade da atenção para além da atenção básica na continuidade do cuidado após a alta hospitalar ou possíveis lutos.

Ademais, o cuidado em saúde, no contexto do Coronavírus, firmado em um primeiro momento em modelo pautado na atenção hospitalar, na centralidade do profissional médico na atenção à saúde e no modelo pautado na queixa-conduta e pronto atendimento, retardou a organização da atenção básica, deixando para segundo plano o investimento em elementos fundamentais para prevenção, identificação de casos precocemente e acompanhamento, vinculados ao modelo de atenção à saúde centrado na vigilância, instituído com o SUS, e especialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Além dos materiais produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), diferentes estados, municípios e instituições de ensino e pesquisa se debruçaram sobre a organização da atenção primária para enfrentamento à covid-19. Um exemplo é a Nota Técnica sobre Recomendações para organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da covid-19, publicada pelo Observatório Covid-19 da Fiocruz. Ela aponta a necessidade de organização da atenção primária e traz como campos de atuação da APS na covid-19 a Vigilância em Saúde, a Promoção da Saúde, o Cuidado às pessoas e famílias e a Gestão compartilhada do cuidado (Engstrom *et al.*, 2020; Brasil, 2020).

A atenção primária no SUS contava, em fevereiro de 2022 com mais de 47 mil equipes da ESF que atuam com uma cobertura de 69% da população brasileira, segundo dados do MS (Brasil, 2022), e que apresentam grande capacidade na organização da atenção primária para o enfrentamento da covid-19, pois muitas equipes ainda mantêm sua organização pautada

na adscrição do território, vínculo com a população e reconhecimento das vulnerabilidades na produção da saúde. Esta capacidade pode ser ainda mais fortalecida com a atuação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que existem em todo o território brasileiro e envolvem milhares de profissionais de saúde inseridos nos territórios.

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Fiocruz Brasília, cada qual com sua historicidade própria, surgem a partir do estímulo à educação permanente e à formação em serviço, no contexto da consolidação e expansão da estratégia de saúde da família como orientadora da APS no SUS DF. A educação permanente dos trabalhadores de saúde envolvidos com os programas de residência, que participam na formação dos residentes, em um processo ensino-aprendizagem com via de mão dupla, favorece a intervenção qualificada nos territórios (Brito, 2017).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População do Campo da Escola de Governo da Fiocruz Brasília, tem se apresentado como espaços potentes de construção de processos ensino-serviço que favorecem a atuação nos territórios e transformação das práticas sobre os inúmeros desafios em relação à Política de Nacional de Atenção Básica (PNAB), especialmente, como evidenciado no contexto da pandemia do covid-19.

A Fiocruz Brasília, desde o surgimento da pandemia envidou todos os esforços possíveis para junto da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e demais instituições formadoras, em especial a Universidade de Brasília e espaços do controle social e participação na saúde para fortalecer a resposta sanitária do SUS DF e, assim, promover os novos arranjos organizativos necessários na rede de atenção, assim como, mobilizar as pessoas para prevenção e cuidado dos territórios.

Neste percurso foi instituído um Comitê Científico entre Fiocruz Brasília, UnB e (SES/DF), a partir do qual foram construídas e desenvolvidas uma série de iniciativas integradas, nas quais os programas de residência multiprofissional, por estarem atuando na produção do conhecimento, com



também, no cuidado em ato da população nos territórios, congregando um conjunto de docentes, pesquisadores(as), educadores (as) trabalhadores e trabalhadoras de saúde, foram espaços protagonistas e estratégicos na construção dos inéditos viáveis para melhor cuidar da população.

Entre as inovações lançadas pela instituição a partir do novo contexto imposto pela pandemia, merecem destaque, o Conexão Fiocruz Brasília, programa transmitido em tempo real no Canal do Youtube da Fiocruz Brasília que abordou diferentes temáticas associadas ao novo coronavírus, em especial lives sobre vigilância popular e educação popular em saúde. Para manter a população informada e atuar contra as fake news, além de um conjunto de estratégias nas mídias sociais a instituição também disponibilizou uma página específica sobre a covid-19 em seu site com conteúdos atualizados cotidianamente, além de elaborar uma série de cards com alertas sobre falsas informações relacionadas à doença.

Outra iniciativa de destaque foi a instituição da *Plataforma de Inteligência Cooperativa com a Atenção Primária à Saúde do DF (PICAPS)*, projeto idealizado pela Fiocruz Brasília, em parceria com as Secretarias de Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação do Distrito Federal, a Universidade de Brasília (UnB) e a Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF), por meio da qual foi instituído o Projeto Radar dos Territórios por meio do qual iniciou um processo de fortalecimento dos diálogo e construção compartilhada com conselhos de saúde, redes socio técnicas, movimentos sociais populares e as instituições já descritas (Sellera *et al.*, 2019).

Contornando estas iniciativas, a Fiocruz Brasília com intenso protagonismo do Programas de Residência, em especial do Programa de Residência em Atenção Básica, promoveu a formulação coletiva do Plano Popular de Enfrentamento à Pandemia elaborado por meio de um conjunto de seminários e encontros virtuais, coroados no 1º Fórum Popular Distrital de Saúde (Fiocruz Brasília, 2020).

Ação reverenciada no respectivo Plano e que merece destaque, foi o processo de formação de agentes populares de saúde no enfrentamento da Covid-19. Ação iniciada no estado de Pernambuco e reconstruída no DF e

muitos outros estados do país, fruto da parceria da Fiocruz com o conjunto de movimento sociais populares que além da elaboração de materiais educativos como a Cartilha do Agente Popular de Saúde, promoveu a formação de uma gama de atores dos territórios, em especial, aqueles em situação de maior vulnerabilidade, para serem agentes de cuidado, articulando e somando esforços à equipe de saúde da família, desenvolvendo a vigilância popular nos territórios (Bonetti; Gonçalves; Matielo, 2020).

Este capítulo apresenta e discute a experiência das ações desenvolvidas pelos Residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) e Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo (PRMSFSC) da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília entre os anos de 2020 e 2021, no contexto do enfrentamento à covid-19 e da construção de iniciativas de Vigilância Popular em Saúde, a fim de contribuir para a discussão sobre o enfrentamento da pandemia da covid-19 na Atenção Básica e as reinvenções colocadas no pós pandemia.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, em forma de Relato de Experiência (RE) das ações desenvolvidas pelos Residentes do PRMAB e do PRMSFSC da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília, no período de março a dezembro de 2020. Foram analisados os relatórios elaborados pelos residentes no período de análise, além da observação de suas atuações nos territórios da Residência por parte dos tutores, muitos dos quais, autores do artigo.

O RE pode ser compreendido como um trabalho de linguagem, uma construção que não objetiva propor a última palavra, mas que tem caráter de síntese provisória, aberta à análise e à permanente produção de saberes novos e transversais, motivo pelo qual se insere como método importante no contexto da covid-19. Trata-se de uma narrativa que, ao mesmo tempo, delimita a experiência, o lugar de fala dos sujeitos envolvidos e seu tempo histórico, de forma articulada com um potente arcabouço teórico, que pode legitimar a experiência enquanto fenômeno científico (Daltro; Faria, 2019).



A abordagem qualitativa foi escolhida porque possibilita, de acordo com Minayo (1992), a identificação dos significados da experiência humana e permite a interpretação do seu contexto, completando assim o objeto e mostrando inclusive seus conflitos (Minayo, 1992).

Por outro lado, com relação à pesquisa descritiva, afirma-se que ela “está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los”, revelando-se, portanto, coerente com os objetivos deste estudo (Rudio, 2015).

As experiências foram agrupadas em 4 grandes temas: reorganização de Fluxos Assistências e Reformulação de Processo de Trabalho, Elaboração de Materiais Educativos, Ações de Educação Popular em Saúde no fortalecimento da comunicação com os usuários e atividades intersetoriais/promoção da saúde.

Apresentação dos Programas de Residência Multiprofissional

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Brasil, 1998).

Os programas de residências atualmente são uma das estratégias mais importantes de formação de profissionais verdadeiramente qualificados para o trabalho no SUS. Nos últimos anos surgiram experiências de residências localizadas em cidades do interior justamente com o objetivo de formar os trabalhadores na perspectiva de interiorização das ações de saúde. Porém é preciso ir além: todos os residentes deveriam de alguma forma entrar em contato com a realidade do campo, conhecer suas especificidades e potencialidades para que se sintam mais motivados a procurar trabalhar nestas regiões.

A partir de sua criação, o SUS vem sendo fortalecido por políticas, programas e ações estratégicas que visam investir em sua infra-estrutura e organização trazendo relevante impacto nos indicadores de saúde que apontam para a melhoria na qualidade de vida da população brasileira. Neste sentido foi criada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que expressa o compromisso do Estado Brasileiro em garantir o direito e o acesso à saúde a estas populações, por meio do SUS, considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade (Brasil, 2012).

Em relação a formação, a PNAB, instaurada pela Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, considera que a Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficia a AB e as instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB (Brasil, 2017).

Já o Plano Distrital de Saúde 2016-2019, tem como uma das ações estruturantes da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) do Governo do Distrito Federal (GDF), a expansão da ESF, adequando os serviços e equipes adequados às diferentes populações e realidades do Distrito Federal (DF), tais como: Equipes Saúde da Família, Equipe Saúde Rural, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Consultório de Rua, entre outros. O DF conta com grande parte de sua população em área rural dispersa, o que constitui um grande desafio para a saúde a consolidação da ESF nestes territórios.

Em relação a Saúde do Campo, como há uma concentração da população e dos serviços de saúde nas cidades, o maior vazio assistencial encontra-se na área rural, com territórios com mais de 20 km de distância da UBS de referência.

Foi neste contexto que a PRMSFSC foi pensado e construído, no ano de 2019, com o seguinte objetivo geral qualificar profissionais de saúde, a



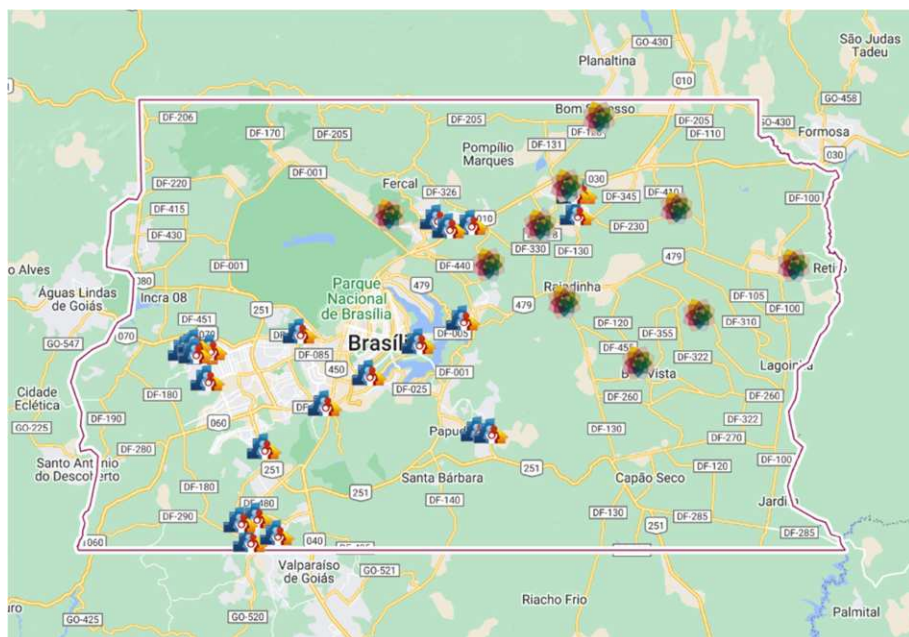
nível de pós-graduação por meio da formação em serviço de AB com ênfase em Saúde das Populações do Campo, para atuarem em questões relativas ao desenvolvimento do campo de forma interdisciplinar, crítica e propositiva no âmbito técnico, ético e político da realidade local, nacional e global, em suas interconexões e articulada com os diferentes níveis de gestão e atenção do SUS. Em seu itinerário formativo procura-se proporcionar uma visão ampla e crítica dos processos e as transformações ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais do território.

As atividades do PRMSFSC têm como cenário os serviços de saúde da região rural de Planaltina e Sobradinho, 2 regiões administrativas de Brasília, especificamente nas UBS Rurais de Planaltinas denominadas: Jardim Morumbi, Bica do DER, Pípiripau, Taquara, Tabatinga, Rajadinha, Rio Preto, São José e as UBS Rurais de Sobradinho, Rota do Cavalo e Basevi, todas situadas na Região Norte de Saúde do Distrito Federal.

Já o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) foi instituído no ano de 2020 com 90 vagas, configurando-se em um dos maiores programas da rede Fiocruz no país e está distribuído nas 7 regiões de saúde do DF, contemplando mais de 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS). O PRMAB integra 7 núcleos profissionais, sendo enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, educação física e fisioterapia. Dentre os programas, o PRMAB, talvez tenha sido o que maior desafio enfrentou, sendo que sua primeira turma, constituída por jovens trabalhadores(as) de saúde, a grande maioria vivenciando sua primeira experiência profissional, iniciou suas atividades de modo concomitante à decretação da pandemia da covid-19. Este fato inesperado, atribui a este que seria um momento inédito, pelo nascedouro do programa, um caráter histórico, exigindo da sua Comissão Pedagógica criatividade, compromisso com o cuidado destes profissionais, os quais além dos impactos da infecção pela covid-19, também foram impactados na saúde mental, como também, alicerçados na ciência, nos acúmulos da saúde coletiva, promover as orientações eficazes para que os (as) residentes promovessem o cuidado à população garantindo a segurança do trabalhador.

Este Programa vem desde sua instituição vivenciando uma série de reinvenções e transformações em seu projeto político pedagógico, trazendo como objetivo geral: Especializar profissionais de saúde para atuarem no Sistema Único de Saúde, por meio da modalidade de formação ensino em serviço, com conhecimentos, habilidades, competências e atitudes para desenvolverem práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, compondo as equipes de Estratégia de Saúde da Família e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Congregando aos já tradicionais princípios pedagógicos da educação permanente em saúde, os princípios da educação popular em saúde, neste contexto apresenta como princípios e diretrizes pedagógicas: a problematização, a práxis, a integralidade com ênfase na clínica ampliada, a promoção da autonomia, a construção da interprofissionalidade, a determinação social da saúde e o enfoque na promoção da equidade, a gestão participativa e territorialização

Juntos eles atendem a 35 UBS do Distrito Federal como podemos observar no mapa abaixo:



A complexidade de estruturação da Rede de Atenção à Saúde do DF tem como uma de suas causas o grande crescimento populacional. Conforme Censo 2022 do IBGE, o DF possui 2.817.381 habitantes. Mudanças no crescimento e estrutura etária da população do DF têm sido influenciadas por movimentos migratórios, envelhecimento e redução da natalidade, ocasionando mudanças no perfil de morbimortalidade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2023).

Além disso, o DF tem um elevado nível de desigualdade interna. Pesquisa realizada em 2018 e publicada em 2020 aponta que o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do DF é o maior do Brasil, com um valor de R\$ 85.661,39. Entretanto, é extremamente desigual a distribuição deste PIB entre as regiões administrativas. Enquanto SCIA/Estrutural e Varjão possuem renda *per capita* mais baixa, com um valor de até R\$ 500,00, o Lago Sul possui o mais alto no valor de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 (Companhia de Planejamento do Distrito Federal [CODEPLAN], 2020).

Por sua vez, o Índice de Bem Estar Urbano (IBEU) é composto por 5 dimensões que abordam aspectos da mobilidade, das condições ambientais e habitacionais, da infraestrutura e dos serviços coletivos e apresenta os valores por Regiões Administrativas no DF. Sua última publicação em 2020, utilizando dados da PDAD 2018 apresenta uma distribuição heterogênea no território, apontando que quanto mais distante as regiões administrativas em relação à área central de Brasília pior é o índice. Tomando como exemplo as Regiões em que está inserido o PRMSFSC, Sobradinho e Planaltina, enquanto Sobradinho apresenta uma classificação média do índice, Planaltina está classificada como muito ruim. Já as regiões centrais como Plano Piloto e Lago Sul apresentam classificação muito boa (CODEPLAN, 2020).

Em relação à Saúde, a Pesquisa Distrital por Amostragem de domicílios (PDAD), de 2021 aponta que 32,5% da população possui plano de saúde, entretanto 43% referem ter usado como último serviço de saúde a Unidade Básica (CODEPLAN, 2022).

Os hábitos e estilos de vida da população interferem nas condições de saúde, neste sentido, a população adulta do DF foi a que apresentou um dos

maiores percentuais de consumo regular de frutas e hortaliças (40%) e de atividade física no tempo livre (40,3%), de acordo com dados da CODEPLAN (2022).

Dos dados e indicadores gerais relacionados à saúde para o ano de 2016, o Coeficiente de Mortalidade Geral do DF foi de 4,0 óbitos para cada 1.000 habitantes, sendo os óbitos por doença do aparelho circulatório a primeira causa, seguidos pelas neoplasias e causas externas.

As Causas Externas são a 3ª causa de morte no DF (15% do total de óbitos), acometendo 4,0 homens para cada mulher (4:1). Dentre as principais causas estão os homicídios (43%), principalmente contra homens jovens, seguidos dos acidentes de transporte (24%), envolvendo atropelamentos e acidentes com motociclistas, e, em terceiro lugar, as quedas (13%), principalmente em idosos. De forma geral, observa-se uma maior concentração de eventos entre adolescentes, adultos jovens e adultos, sendo a maior proporção dos óbitos por causas externas na faixa etária entre os 20 e os 29 anos.

No período entre 2000 e 2016, a taxa de mortalidade infantil apresentou redução de 28,5%, passando de 14,4 óbitos por mil nascidos vivos em 2000 para 10,3 em 2016. A maioria dos óbitos infantis ocorreu em prematuros (67,3%) e baixo peso (71,4%), e a maior incidência de óbitos ocorreu no período neonatal precoce, com predomínio de causas perinatais (66%), sendo 35% decorrentes de fatores maternos e complicações da gravidez e parto, o que reforça a importância de melhorar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte e de internação no DF. Dentre estas, destaca-se as 4 principais: doenças do aparelho circulatório (DAC), diabetes mellitus (DM), neoplasias e doenças respiratórias crônicas (DRC), as quais são responsáveis por mais da metade destes eventos.

Covid-19 e as vulnerabilidades da população

A covid-19 agravou ainda mais a situação de desigualdade. Alguns Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) realizados por residentes



dos Programas já apontam o aumento desta desigualdade e da insegurança alimentar e nutricional (INSAN).

Em relação à insegurança alimentar (IA) no contexto da covid-19, um TCR apresentado em 2021, com pesquisa realizada em uma UBS Rural da Região de Sobradinho coletou informações sobre acesso à alimentação e questões relativas. Em relação à renda, 87% dos sujeitos de pesquisa referiram ter diminuído devido à pandemia. Sendo que 52,2% afirmaram que tiveram dificuldades em se alimentar devido à pandemia (Nascimento; Matielo, 2023).

Ainda, segundo a classificação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional, entre os domicílios pesquisados, entre os domicílios com moradores abaixo de 18 anos, apenas 11,8% apresentaram segurança alimentar, sendo que 87,2% apresentaram algum grau de insegurança alimentar e nutricional (Nascimento; Matielo, 2023).

Outro estudo que também analisou os efeitos da pandemia de covid-19 na Segurança Alimentar e Nutricional de população residente na área rural de Planaltina identificou cerca 85% dos domicílios pesquisados com redução de renda e cortes de gastos essenciais e não essenciais, 75% dos domicílios que necessitaram ajuda financeira e 60,7% de domicílios com aumento das dívidas (Guimarães; Matielo, 2021).

Em relação a IA o referido estudo identificou que apenas 7% dos domicílios apresentavam segurança alimentar e nutricional, 75% dos domicílios participantes da pesquisa encontravam-se em insegurança alimentar média ou grave e 18% em IA leve (Guimarães; Matielo, 2021).

Estudo realizado também na região norte do DF com 53 famílias e coleta entre novembro e dezembro de 2021 constatou que 58,5% das famílias vivenciavam insegurança alimentar, enquanto 41,5% encontravam-se em segurança alimentar. As variáveis associadas à insegurança alimentar foram: residir em domicílio cedido, falta de acesso a água tratada, desemprego, vínculos precários de trabalho, ausência de posse da terra, baixa renda, trabalho com uso de agrotóxico, recebimento de benefícios por programas de transferência de renda e diminuição da renda durante a pandemia (Costa; Silva; Matielo, 2023).

Em relação a população urbana, estudo realizado em 2022, na região leste do DF e um universo de 67 entrevistados, aponta que apenas 13,43% das famílias atendidas em uma UBS urbana no DF se encontravam em SAN, enquanto 86,57% das famílias foram classificadas com algum grau de SAN/INSAN, sendo a maior parte (32,44%) classificada como em Insegurança Alimentar Moderada (Silva, 2023).

As ações de Vigilância Popular feita pelos residentes com relação ao covid-19

Esta concepção e jeito de fazer Vigilância Popular em Saúde, embora em permanente reflexão e reconstrução, não foi criada no próprio momento do enfrentamento da covid-19, mas se apresentou como ação eficaz e contra hegemônica protagonizada por movimentos sociais populares, em especial Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) e Movimento Periferia Viva, e fortalecida na parceria com Unidades da Fiocruz, que no caso do DF, também mobilizou entidades diversas comprometidas com o direito à saúde, como Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Rede de Médicos Populares (RMP), Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Conselho de Saúde do DF, entre tantas outras, no contexto de abandono por parte do governo federal aos atores, famílias e territórios.

A Vigilância Popular em Saúde surge na década de 70, a partir da organização de movimentos sociais mobilizados pelos impactos dos grandes empreendimentos de infraestrutura. Traz em seus princípios uma metodologia de construção horizontal entre os saberes técnico-científicos e os saberes populares para formação de uma maneira de compreender e enfrentar as situações de saúde das coletividades e sua relação com o meio ambiente (Bonetti; Gonçalves; Matielo, 2020).

Alves (p.88), cunhando o termo “Vigilância Popular da Saúde”, refere que ela promove ações relacionais dialógicas que tenham “potencial libertador da opressão ideológica da civilização do capital”, de forma que possibilita confrontar as ações de um Estado que vulnerabiliza os sujeitos. Aponta que



a vigilância popular versa a partir da determinação social, ancorada como “condição sócio-histórica, potencializada pelas teorias culturais, de gênero, étnicas e da subjetividade” (Alves, 2013, p. 190).

Segundo Meneses *et al.* (2023), a Vigilância Popular em Saúde traz o desafio de olhar para o espaço que se vive, de forma coletiva, considerando diferentes modos de promover saúde, produzir cuidado e fazer vigilância. Também vai no sentido do diálogo compartilhado e horizontalizado, que respeita os saberes advindos das experiências (Meneses *et al.*, 2023).

Ao abordar a vigilância em saúde com a sociedade, precisamos acolher desafios e complexidades, como, por exemplo, as memórias e simbologias que as velhas práticas autoritárias no contexto das ações de saúde trazem à tona. Com o passar dos anos e a estruturação da área, a vigilância apresenta diversas faces importantes, como a vigilância sanitária, em saúde do trabalhador, a ambiental, a epidemiológica, cada uma com uma dimensão e focos de ação. Mas é importante destacar que a vigilância popular em saúde assume o desafio de articular e colocar em diálogo os múltiplos aspectos da vigilância, desde o controle dos casos, a identificação das situações de risco, as diversas facetas que a pandemia traz como reflexo no ambiente, no trabalho, na sociabilidade e na qualidade de vida das pessoas, contemplando as dimensões sociais, econômicas, culturais, da alimentação, do saneamento, da segurança e da saúde mental (Bonetti; Gonçalves; Matielo, 2020).

Promover uma ação de vigilância popular em saúde é uma conversa contínua, uma política pública popular organizada e produzida a partir do diálogo, da fala e da escuta, incorporando saberes e produzindo informação para ação forjada no território de referência, bem como traçando os caminhos a serem percorridos em processos contínuos de formação-ação. É a articulação entre os saberes existentes nos territórios e os saberes técnicos da saúde que delineará o caminho de uma ação coletiva que seja efetiva e traga impacto, especialmente por ser mais identificada com as estruturas e culturas dos territórios, e por considerar em sua interação os diferentes modos de organização, o jeito de levar a vida de seus moradores.

A partir do acúmulo deste debate, e especialmente no contexto da covid-19, foi formulado e vem sendo monitorada a implementação do Plano Distrital Popular de Saúde no Enfrentamento da Covid-19. O “pulo do gato”, que transforma saber acumulado em ação, está no deslocamento entre o que fazer (prescrições de comportamentos, protocolos clínicos da covid-19), para o como fazer conectando os saberes populares com os grupos institucionais ao redor das necessidades de saúde e construindo uma comunicação e uma narrativa comum, compartilhada e problematizada (Fiocruz Brasília, 2020).

Dessa forma, a Vigilância Popular em Saúde tem se traduzido em práticas de vigilância que privilegiam o protagonismo das comunidades e dos movimentos sociais no âmbito da saúde pública, podendo envolver diferentes graus de atuação do Estado, da academia e dos trabalhadores em saúde, desde que estes reconheçam os atores e saberes populares e se impliquem nos processos participativos de natureza dialógica (Carneiro; Pessoa, 2020; Porto, 2017).

Nesse sentido, quando se utiliza a expressão Vigilância Popular em/da Saúde, ressaltando que ainda não há conceituação formada na literatura sobre essa terminologia, vamos ao encontro de alguns princípios inspiradores que se identificam em diversas experiências realizadas no Brasil, principalmente do diálogo e da construção de saberes de forma coletiva, junto das comunidades, pensando desde os territórios, as suas necessidades e possibilidades para a resolução dos problemas encontrados, de forma horizontal, participativa, técnica, democrática e cientificamente qualificada (Bagatoli, 2018; Carneiro; Pessoa, 2020; De Souza *et al.*, 2018; Porto, 2017).

Os residentes continuaram desenvolvendo atividades presenciais em 2020 e 2021, sendo fundamentais para as equipes em que estavam inseridos, especialmente no contexto de enfrentamento ao covid-19. Entre as ações desenvolvidas para seu enfrentamento podemos destacar:

Organização de Fluxos e Processos de Trabalho:

- Organização do fluxo de atendimento das UBS com acesso específico para os usuários com suspeita de covid-19;
- Construção de plano de contingência local, contemplando

as recomendações do MS e da SES/DF, com uma estratégia de território, com busca ativa de casos suspeitos; situações de violência doméstica; sofrimento mental; identificação de situações de vulnerabilidade socioeconômica e insegurança alimentar; e abordagem sobre a dengue, doença que também se encontra em processo epidêmico. Por outro lado, o acolhimento aos usuários foi reorganizado, separando sintomáticos respiratórios dos demais;

- Organização das campanhas nacionais de vacinação (H1N1, pólio, sarampo), com postos em pontos de apoio dos territórios, aplicações em domicílios e instituições e fluxos diferenciados para cada tipo de vacina;
- Teleatendimento com monitoramento dos casos confirmados e suspeitos de covid-19 durante os dias de isolamento social, com ligações em cada 24h para idosos e grupos de risco e com 48h para população em geral.

Elaboração de materiais educativos:

- Elaboração de materiais educativos com orientações da ESF sobre a covid-19 (vídeos, áudios, Boletins) para envio em grupos de mensagens, carros de som, e rádios comunitárias.

Fortalecimento da comunicação com os usuários:

- Fortalecimento da comunicação com usuários a partir da organização de grupos de mensagens no celular;
- Colocação de faixas em pontos estratégicos com uma mensagem de alerta sobre a pandemia;
- Criação grupo de gestantes por mensagem de celular para trabalhar questões comuns no período gestacional e oportunizar momentos para tirar dúvidas sobre a gestação.

Atividades intersetoriais/ promoção da saúde:

- Implantação e retomada de hortos medicinais nas UBS;
- Mapeamento das famílias em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar com organização, coleta e distribuição de Cestas Básicas e máscara de tecido;
- Parceria com escolas e Emater para o enfrentamento à fome e a insegurança alimentar e nutricional; e
- Distribuição de mudas de plantas medicinais, do cerrado e temperos.

Os Programas de Residência têm em sua organização estágios eletivos, que são realizados em locais distintos daqueles que os residentes atuam. No período da pandemia muitas atividades de estágio foram relacionadas ao enfrentamento à Covid-19. Merecem destaque as ações relacionadas à Vigilância Popular como a Formação de Agentes Populares de Saúde, a cartografia dos territórios e os estágios realizados nas áreas de vigilância em saúde.

A Fiocruz Brasília construiu um espaço de atuação integrada no enfrentamento a pandemia de covid-19 denominado PICAPS - Plataforma de Inteligência Cooperativa com a Atenção Primária à Saúde, organizado em parceria com a a Universidade de Brasília (UnB) e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), que se uniram para mitigar os efeitos da pandemia com foco na inovação. Muitos dos estágios relacionados a temática da covid-19 foram realizados na própria PICAPS.

Entre os principais aprendizados apontados pelos Residentes durante a pandemia de covid-19 destacam-se:

- Paciência, resiliência, flexibilidade, adaptação ao novo, empatia, confiança;
- Importância do trabalho em equipe;
- Necessidade de fortalecimento do SUS;
- A importância do cuidado diário com a saúde, saúde mental e a prática da atividade física.

- A residência foi fundamental no combate a covid-19 nos territórios.
- Valorizar a vida, o abraço.

Discussão

As atividades desenvolvidas pelos residentes ao longo do ano de 2020 no contexto do enfrentamento da pandemia de covid-19 contribuíram para a organização dos fluxos e processos de trabalho das UBS, como pode-se apreender das atividades sistematizadas no eixo Fluxos e Processos de Trabalho. No contexto dos territórios em que as residências atuaram, com a fragilização das equipes por ausência de trabalhadores e aumento da vulnerabilidade das famílias devido a pandemia, tais atividades potencializaram a realização de um cuidado integral, humanizado e equitativo.

Esta organização da resposta assistencial à pandemia por um serviço docente assistencial com Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade também foi relatada por Mendonça *et al.* (2020) na criação de um Plano de Contingência pautado em quatro princípios: organização de fluxo específico de atendimento aos sintomáticos respiratórios suspeitos de covid-19, fluxos e ações de proteção física e mental dos profissionais de saúde, garantia dos cuidados dos pacientes não covid-19 durante a pandemia e atuação integral (Mendonça *et al.*, 2020).

Ações que integram a organização do trabalho no contexto da pandemia, com a continuidade da atenção à saúde (campanhas de vacinação, acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, acompanhamento de gestantes e do crescimento e desenvolvimento) são exemplos de ações que contribuem para que o Brasil tenha uma resposta diferente de outros países, especialmente relacionada a um sistema de saúde universal alicerçado em uma APS forte.

A elaboração de materiais educativos e o trabalho de educação permanente, com atualização dos fluxos, orientações e boletins é outro ponto que merece destaque na experiência relatada. A pandemia do covid-19 exacerbou o que chamamos de “infodemia²⁰”, ou seja, um excesso de informações, muitas

20 O termo se refere a aumento expressivo na quantidade de informações (além de rumores, desin-

vezes conflitantes, o que torna difícil distinguir as que são verdadeiramente úteis para orientar as pessoas, e as que podem dificultar a tomada de decisão por gestores e profissionais da saúde, especialmente em um contexto em que não há tempo hábil ou acesso a materiais oficiais para avaliar as evidências disponíveis. Por isso, a elaboração de materiais educativos produzidos com fontes confiáveis é um recurso importante tanto para a equipe, quanto para a comunicação dela com as pessoas que vivem no território, especialmente em um contexto de fluidez e velocidade de informações e orientações produzidas (Garcia; Duarte, 2020).

Ainda no contexto da comunicação, o fortalecimento da comunicação entre as equipes e usuários é uma das principais estratégias, especialmente em um contexto de distanciamento social. Dentre as ações potentes estão a expansão da educação permanente dos trabalhadores da saúde e da população, inovando tecnologias de educação à distância adaptadas às realidades locais (internet e rádios comunitárias etc.) (Facchini, 2020).

Outro conjunto de ações que mereceu destaque neste relato refere-se às atividades intersetoriais e de promoção da saúde, especialmente voltadas para a identificação das situações de vulnerabilidade agravadas pelo covid-19 e enfrentamento a estas situações como doações de cestas básicas, máscaras de tecido e mudas de plantas. A articulação com escolas e organizações presentes nos territórios foi de fundamental importância e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) mostra a relevância destes trabalhadores para o enfrentamento às iniquidades potencializadas pela pandemia. Sabe-se que fatores como dificuldades na manutenção do isolamento social, diminuição do emprego e renda, condições insalubres de moradia, menor acesso à saúde e ao saneamento básico contribuem para que o impacto do covid-19 seja maior nas populações mais pobres (Pires; Carvalho; Xavier, 2020).

Os resultados mostraram a potência pedagógica e impacto positivo dos Programas de Residência Multiprofissionais em Atenção Básica e em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População do Campo e no enfrentamento

formação e manipulação de informações com intenção duvidosa) referentes a um determinado tema, que podem se multiplicar em curto período de tempo, como observamos na pandemia.

à covid-19, tanto na formulação e desenvolvimento diretamente pelos (as) residentes, como desenvolvendo coletivamente e formulando novas ações e práticas, orientando as equipes de saúde da família no desafiador processo de enfrentamento da pandemia.

Considerações Finais

Os Programas de Residência da Fiocruz Brasília tiveram de se reinventar no momento da pandemia da covid-19, passando a atuar em áreas críticas, que precisavam de um apoio e suporte qualificado, com construção de metodologias e tecnologias adaptadas ao cenário da pandemia, aos desafios enfrentados e às características dos territórios em que estão inseridos e, para isso, valeram-se dos modos de fazer da educação popular em saúde, como a problematização, a construção compartilhada/coletiva, a articulação entre os saberes técnicos e populares e a humanização.

O relato aqui compartilhado, evidencia que as Residências Multiprofissionais em Saúde da Fiocruz Brasília, em especial os dois programas evidenciados nesta sistematização, despontaram como dispositivos fundamentais para o enfrentamento à covid-19, constituindo espaços que se estruturam e se desenvolvem na articulação com os serviços, com a gestão, os espaços da formação e as comunidades, oferecendo possibilidade viável e imediata de modificar os cenários a curto prazo, ou seja, os territórios onde estão inseridos. Bem como, de construindo as orientações e as bases para que os serviços pudessem absorver as demandas emergentes e persistentes após a diminuição da fase mais grave da incidência da pandemia.

O protagonismo dos programas, em especial de seus(as) profissionais residentes e membros(as) de suas comissões pedagógicas nos processos de cuidado, construção do conhecimento, educação permanente e gestão participativa da política de saúde, trouxeram a melhoria do cuidado à população do DF, contribuindo com a resposta sanitária do SUS e promoveram o contraponto à cultura negacionista por meio de ações de educação popular

em saúde, instigando o reconhecimento da ciência e a importância do saber popular da formulação dos inéditos viáveis no enfrentamento das múltiplas crises envolvidas trazidas pela síndrome da covid-19. Como também, contribuíram por meio das experiências desenvolvidas, não só com a reinvenção das próprias práticas e “modos de fazer” dos programas e serviços articulados às residências aqui relatadas, embora de maneira sutil, mas profundamente importante na simbologia e amplitude frente ao descaso da condução federal do SUS, na reestruturação da atenção básica e reinvenção das políticas no enfrentamento e no pós covid-19, a exemplo do recentemente instituído pela Ministra da Saúde, Nísia Trindade, Programa de Formação de Agentes Educadores e Educadoras Populares de Saúde, que tem dentre suas experiências pregressas o envolvimento do PRMAB e do PRMSCP.

Esperamos que este relato contribua com os processos de transformação das práticas na atenção básica, com o fortalecimento das ações de vigilância popular em saúde nos territórios e com o necessário esperar que o setor saúde precisa envidar neste momento de reconstrução da democracia e resgate das políticas estruturantes do Sistema Único de Saúde.

Referências

- Alves, P. A. **Vigilância popular da saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da mineração de urânio e fosfato no Ceará.** 2013. 243 f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/8671>. Acesso: 17 jan. 2024.
- Bagatoli, F. O espaço da/na vigilância popular em saúde: Construção teórica inicial. **História, Natureza e Espaço** - Revista Eletrônica do Grupo de Pesquisa NIESBF, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 15, 28 jun. 2018.
- Bonetti, O.; Gonçalves, L.; Matielo, E. Caderno de Orientações do Agente Popular de Saúde. **Fiocruz Brasília.** Brasília, DF: [s. n.], 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Caderno-AgePop-06.07.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Painéis de Indicadores da APS.** 11 out. 2022. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps. Acesso em: 11 out. 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:**

21 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 nov. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. [S. l.: s. n.], maio 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. 8 out. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 18 nov. 2023.

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. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

Brito, J. S. S. **Análise da Educação Interprofissional em Saúde através da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2017. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE, Recife, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27186>. Acesso em: 17 jan. 2024.

Carneiro, F. F.; Pessoa, V. M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. e00298130, 2020.

Codeplan, C. D. P. D. D. F. O Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) do Distrito Federal. **Nota metodológica**. [S. l.]: CODEPLAN, 2020. Acesso em: 19 nov. 2023.

Codeplan, C. D. P. D. D. F. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios**. PDAD 2021. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: https://pdad2021.ipe.df.gov.br/static/downloads/relatorios/relatorio_DF.pdf. Acesso em: 19 nov. 2023.

Costa, M. S.; Silva, D. A. C. D.; Matielo, E. **Insegurança alimentar na pandemia da covid-19: situação de famílias do campo no Distrito Federal, Brasil**. Segurança Alimentar e Nutricional, [S. l.], v. 30, p. e023029, 6 nov. 2023.

Daltro, M. R.; Faria, A. A. de. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 223–237, 4 jun. 2019.

De Souza, M. D. S. et al. Educação, promoção e vigilância em saúde: integração entre saberes e práticas com movimentos sociais camponeses. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 28, n. 02, 24 maio 2018. Disponível em: <http://www.esccs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/217>. Acesso em: 19 nov. 2023.

Engstrom, E. et al. **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. [S. l.], p. 13, 2020.

Facchini, L. A. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios

- históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 3–10, 15 abr. 2020.
- Fiocruz Brasília. **Plano Distrital Popular de Saúde no Enfrentamento da Covid-19**. Plano. Brasília, DF: Fiocruz Brasília, 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1264413/Plano_53230513_Plano_de
- Garcia, L. P.; Duarte, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, p. e2020186, 7 set. 2020.
- Guimarães, N. dos A.; Matielo, E. Estratégias intersetoriais e fortalecimento da promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada em uma Unidade Básica de Saúde do Campo do Distrito Federal durante a Pandemia da covid-19. **Fiocruz**, Brasília, 2021.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. [S. l.]: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102038.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2023.
- Mendonça, C. S. et al. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia da COVID-19. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 33–37, 15 abr. 2020.
- Meneses, M. N. et al. Práticas de vigilância popular em saúde no Brasil: revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 28, n. 9, p. 2553–2564, set. 2023.
- Minayo, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1992(Saúde em debate, 46).
- Nascimento, F. M. C. de; Matielo, E. Segurança Alimentar e Nutricional de moradores dos territórios do campo no contexto da COVID-19. **Cadernos OBHA**, [S. l.], v. 1, n. 4, p. 240, 2023.
- Pires, L. N.; Carvalho, L.; Xavier, L. de L. Covid-19 e Desigualdade no Brasil. 6 maio 2020. **Cebes**. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/04/covid-19-e-desigualdade-no-brasil/>. Acesso em: 6 fev. 2021.
- Porto, M. F. D. S. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 10, p. 3149–3159, out. 2017.
- Rudio, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. [S. l.: s. n.], 2015.
- Sellera, P. E. G. et al. A ativação de redes sociotécnicas na cidade estrutural/DF, Brasil: construindo um território saudável e sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 2185–2191, jun. 2019.
- Silva, D. M. M. **Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias atendidas em uma Unidade Básica de Saúde Urbana no Distrito Federal no contexto da Covid- 19**. 2023. 17 f. Trabalho de Conclusão de Residência – Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2023.

UMA CIÊNCIA COM O POVO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Ângela Moreira Vitória
Maria Laura Vidal Carrett
Rogério da Silva Linhares
Ana Paula de Oliveira Rosses
Lilian Moura de Lima Spagnolo
Natacha Deboni Cereser
Juliane Fernandes Monks da Silva
Fernanda Capella Rugno

Introdução

Este trabalho é um relato de experiência de professores de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) que, sensíveis à demanda apresentada pelo Comitê Popular de Enfrentamento à Pandemia – o COMPOVO -, decidiram por produzir uma síntese das informações importantes, para que as famílias e comunidades desencadeassem ações de prevenção ao coronavírus, voltadas à realidade dos domicílios e das comunidades.

Novamente, uma doença infecciosa chegou ao Brasil pelos portos e aeroportos. Como na peste negra, varíola e mais recentemente HIV, assistimos pessoas importantes adoecendo. Nos primeiros dias da pandemia da covid-19, internações em hospitais sofisticados e orientações sobre isolamento domiciliar em casas com vários cômodos são divulgados diariamente. Reportagens vão explicando como evitar, naquele contexto, o contato da pessoa adoecida com os demais membros da família e os cuidados necessários para garantir o isolamento social. Repetem-se os relatos sobre viagens internacionais canceladas e discussões nos grupos de WhatsApp sobre ser uma “doença de rico”.

Sem demora, os demais contextos são lembrados e várias autoridades sanitárias começam a manifestar preocupação com a chegada da doença nas periferias do Brasil. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) aponta

que a campanha de orientação da mídia e do Ministério da Saúde não falam a linguagem de imensas parcelas da população brasileira e essa campanha precisa mudar (Globo, 2020a). O Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, em 09 de abril, anunciou um projeto piloto para as favelas do Rio de Janeiro (Globo, 2020a). É claro que os movimentos sociais tiveram ações higienistas que sempre resultaram em exacerbação da exclusão social, como ocorreu na Revolta da Vacina, em 1904 (Brasil, 2015). Então, em seguida, os movimentos sociais assumiram articulações comunitárias de enfrentamento ao coronavírus. Brotaram comitês populares de enfrentamento da pandemia em todo Brasil.

Em Pelotas, município situado ao sul do Brasil, com longo histórico de articulações comunitárias e envolvimento das universidades sediadas no município com a comunidade, não foi diferente. No dia 20 de abril de 2020, teve início o Comitê Popular de Enfrentamento à Pandemia – o COMPOVO (Mirapalheta, 2020).

O COMPOVO é formado por, aproximadamente, 50 entidades populares entre sindicatos, movimentos sociais, igrejas, ONGs, outros coletivos identificados com a Causa Popular e, ainda, a Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Tem como um dos objetivos levantar dados sobre as famílias em vulnerabilidade para as quais a política pública ainda não chega. O Plano Municipal de Saúde de Pelotas 2018-2021 destaca 30 mil famílias com renda para o Bolsa Família, sendo que apenas 12 mil destas recebem o benefício (Pelotas, 2018). Pesquisadores do curso de arquitetura da UFPel divulgaram estudo que aponta 33,7 mil domicílios em condições precárias de existência, sendo que 1.363 destes não têm água encanada e 1.527 não têm banheiro (Mirapalheta, 2020).

O município de Pelotas possui 51 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídas em seis distritos sanitários, atualmente, apresenta população estimada de 342.405 habitantes, com cobertura de 84,4% da população pela APS, sendo 63,6% pela Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2020). Das unidades de APS geridas pela Secretaria Municipal de Saúde – 42 unidades; Universidade Federal de Pelotas – 04 unidades no município Sede



e 01 no município vizinho Capão do Leão; e Universidade Católica de Pelotas com 05 unidades, tendo, aproximadamente, 900 trabalhadores atuando nestes serviços. A Universidade Federal de Pelotas mantém vínculo próximo com os serviços da APS, visto que são campo de estágio para discentes e docentes atuarem do primeiro até o último semestre da graduação de diversos cursos.

A atuação do COMPOVO pretende vigiar a efetivação das políticas de proteção social e oferecer apoio ao poder público, contribuindo com o diagnóstico das famílias vulneráveis e as orientações adequadas, voltadas para as necessidades individuais das famílias, com a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), pensando desde a prevenção da chegada do vírus ao domicílio, até a garantia da renda, o apoio às dificuldades que surgirão com o isolamento social, e a estratégia de cuidado aos doentes, quando isto acontecer.

Assim, as perguntas de o que comunicar às pessoas, como comunicar e quem é o interlocutor mais legítimo, entram na pauta como algo muito importante. Como fazer uma abordagem às comunidades, para que a informação chegue e tenha impacto nas ações? Considerando a história da educação em saúde no Brasil, na década de 1970, em meio ao Movimento Sanitário brasileiro que surgiu do encontro entre trabalhadores da saúde, estudantes, professores universitários, membros da igreja e movimentos sociais, emergiu o movimento denominado de Educação Popular em Saúde. Este movimento visava a ruptura com as práticas hegemônicas sanitárias e prescritivas de educação em saúde, nas quais a comunidade obedecia a comportamentos prescritos a partir da relação vertical entre profissionais de saúde e usuários do sistema (Brasil, 2007).

Destaca-se que a Educação Popular em Saúde tem o propósito de incentivar a participação popular por meio da construção de uma consciência sanitária, partindo do pressuposto de que a comunidade possui saberes próprios, constituídos em vivência sociocultural e histórica, os quais devem ser respeitados e servirem de base para incorporação de novos aprendizados (Gomes; Merhy, 2011). Considerando a pandemia da covid-19, na qual existem muitas incertezas e disseminação de *fake news*, considerou-se relevante

utilizar-se dos métodos de educação em saúde, com diálogo mais próximo à comunidade para o alcance do objetivo de enfrentamento da pandemia com as menores consequências possíveis para a população mais vulnerável.

Objetivou-se relatar a experiência de um grupo de docentes da saúde coletiva sobre a produção de um material educativo com a temática de enfrentamento da covid-19, a partir da demanda do Comitê Popular de Enfrentamento à Pandemia.

Método

Trata-se de relato da experiência de um grupo de docentes da saúde coletiva da UFPel, e especialmente dos membros do Comitê Gestor do Contrato Organizativo de Ações Públicas Ensino-Saúde - o COAPES da UFPel -, os quais decidiram por investir na abordagem familiar e comunitária, e apresentaram proposta de roteiro de orientação para o Agente Comunitário de Saúde (ACS) iniciar a abordagem com as famílias. Vários outros professores da Saúde Coletiva deram a contribuição, revisando e sugerindo temas no roteiro. A busca da linguagem o mais acessível possível e voltada à realidade do município foi o maior objetivo do material, tendo como temática o enfrentamento do coronavírus. Ao mesmo tempo em que os docentes e profissionais de saúde preocupavam-se com a qualidade da informação que estava chegando às populações, o comitê popular apresentava a mesma preocupação e, nas próprias reuniões do comitê popular COMPOVO, das quais alguns docentes da Saúde Coletiva da UFPel faziam parte, o COMPOVO solicitava apoio aos docentes. Assim, a sintonia de preocupações gerou a organização de material educativo para comunicação acessível e factível com a realidade de cada comunidade. Entendia-se que o material não deveria tornar-se um panfleto para ser distribuído à população, mas tornar-se um roteiro de orientação para os ACS e demais profissionais de saúde a cada contato com os usuários, fosse nas visitas domiciliares ou nos serviços de saúde. O mesmo roteiro também foi dirigido às lideranças comunitárias.



Relato

A relação do Comitê Gestor do COAPES da UFPel com o COMPOVO foi resultado das energias desencadeadas em todas as instituições, quando do início da quarentena. A preocupação de todos com a pandemia, aliada ao surgimento de inúmeros protocolos de manejo em todo campo da saúde, instigou docentes a se reunir, estudar e preocupar-se sobre como as novas informações chegariam às populações que permanecem invisibilizadas. Assim, docentes que participavam do COAPES e do Comitê de crise covid da UFPel participavam também das articulações para constituição do COMPOVO.

Quanto à trajetória do COAPES, vale destacar que este surgiu na UFPel, ainda em 2015. Naquela época, a UFPel já contava com nove cursos de graduação na área da saúde: medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, farmácia, medicina veterinária e educação física. Entretanto, ainda havia completa desarticulação entre esses cursos. Assim, o Comitê Gestor Local do COAPES UFPel foi formado por professores dos cursos de graduação da área da saúde, da Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Oncologia. Este comitê dialoga com o Comitê Gestor do COAPES Pelotas. Ainda não existem estudos sobre os resultados do COAPES, mas, com certeza, diante do objetivo de trabalhar com a interprofissionalidade, lidará com os mesmos obstáculos para reorientação da formação de outras estratégias já utilizadas no país, como PET-Saúde, PRÓ-SAÚDE, o VER-SUS e o Projeto Mais Médicos para o Brasil.

O desafio que o comitê gestor do COAPES UFPel se propôs a assumir foi de integrar a formação profissional entre os diversos cursos, estimular estratégias de atuação em equipe multiprofissional com os estudantes, gerenciar junto às equipes da APS, para que a inserção dos estudantes dialogasse com as necessidades das equipes e comunidades.

A Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Projeto Mais Médicos para o Brasil, já citava o COAPES, detalhando-o no artigo 12º. Apesar disso, o debate sobre o COAPES somente ganhou corpo no

país após a publicação da Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015, e a publicação do Manual aos Gestores.

Em Pelotas, a primeira reunião do COAPES PELOTAS foi realizada em 07 de outubro de 2015. Neste momento, foi definido o território, divididas as UBS entre as Instituições de Ensino, e foram sugeridos nomes para o Comitê Gestor. O processo ficou paralisado em 2016 e, após mudança da gestão municipal, em 2016, da reitoria, o início de 2017, o processo foi retomado em junho de 2017. Os representantes da área de saúde coletiva dos cursos de graduação da UFPel foram chamados para um Comitê UFPel do COAPES. Este grupo vem se reunindo e propondo estratégias de integração entre os cursos e inserção na rede do município, de forma mais efetiva e mais consciente das dificuldades da gestão municipal, da UFPel e de cada um dos cursos.

O grupo é formado por profissionais com formação em Saúde Coletiva, comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e pertencentes a uma universidade com histórica fragmentação das atividades. A UFPel iniciou em 1969, anexando a Universidade Rural do RS formada pela Faculdade de Agronomia, de Veterinária e de Ciências Domésticas às Faculdades de Odontologia e de Direito. As três primeiras funcionavam no campus Capão do Leão e as duas últimas no centro da cidade de Pelotas (UFPel, 2014). A fragmentação persistiu alimentada pela distância entre os espaços e ampliada pela criação de novos cursos em espaços diferentes dos dois anteriores. As iniciativas desenvolvidas pelo Departamento de Medicina Social- DMS/ UFPel, com início no final década de 1970, quando da criação de Unidades Básicas de Saúde, na periferia da cidade de Pelotas pelo DMS, criaram espaço para atividades de ensino e exercício da interdisciplinaridade. Apesar desta potencialidade, ainda são poucas as atividades interdisciplinares desenvolvidas na Instituição, diante do potencial. Assim, está colocado um modelo de fragmentação aos estudantes dos diversos cursos. Neste contexto, o COAPES se propõe a agregar, ao menos as áreas de saúde coletiva dos cursos, a partir do interesse em formação para o SUS e a APS, e efetivar inserção na rede básica do município comprometida em produzir conhecimentos para atender



às necessidades de saúde das comunidades, no sentido de, como afirma Merhy, as necessidades de saúde são as necessidades de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida (Merhy; Franco, 2003). E, neste momento, a forma de levar a vida durante a pandemia.

O COMPOVO é o Comitê Popular de Enfrentamento à Pandemia aberto a todas as entidades ligadas à causa popular, contando com 50 entidades na fundação, dia 20 de abril de 2020. O COMPOVO reúne-se semanalmente e organiza-se em seis Grupos de Trabalho: GT 1: Comunicação, GT 2: Segurança Alimentar, GT 3: Saúde e Assistência Social, GT 4: Violências, GT 5: Controle Social Popular e GT 6: Apoio Jurídico. O GT 1 tem o objetivo de manter ativas as redes sociais do COMPOVO, divulgar as notas produzidas pelos demais membros do comitê e contatar a imprensa tradicional para divulgar as ações e as posições políticas do COMPOVO. O GT 2 reúne a Rede de Economia Solidária e instituições que estão trabalhando na doação de cestas básicas e no mapeamento de famílias em risco de segurança alimentar. O GT 3 objetiva fazer, junto com as Secretarias de Saúde e Assistência Social do município, remapeamento das famílias em vulnerabilidade social e risco de segurança alimentar para informar ao GT 2 e ainda das necessidades de orientação em cuidados de prevenção em saúde e de acesso aos benefícios sociais, produzindo materiais informativos em linguagem popular. O GT 4 está identificando toda rede de denúncia de violências e proteção das vítimas, para que os demais agentes do COMPOVO possam dar fluxo às denúncias que lhes chegam. O GT 5 visa subsidiar todos os conselheiros do campo popular para atuar na elaboração de políticas públicas dentro dos conselhos, visando proteção da população quanto aos riscos da pandemia. O GT 6 reúne um grupo de advogados do campo popular para manter a todos atualizados das novas normatizações acerca da pandemia e subsidiar sindicatos que porventura vejam os trabalhadores sendo impelidos a trabalhar em condições de pouca segurança ou a aceitar jornadas de trabalho e salários ainda mais insatisfatórias com a justificativa da crise econômica.

A produção do material educativo iniciou ainda no período em que o COMPOVO estava sendo gestado em diálogos entre as entidades, antes

do dia 20 de abril. A pressa era a pressa da pandemia, para que o mais rápido possível, as informações fossem disponibilizadas às comunidades. Ocorreu que, a cada versão do material apresentado, surgiram dúvidas que o COMPOVO debatia durante a reunião. E o material retornava aos docentes para acrescentar temas. O primeiro foi a dúvida sobre a diluição da água sanitária para uso no domicílio de forma a não gerar desperdício e ter efetividade para destruir o vírus da covid-19, depois sobre o cuidado com animais domésticos, sobre higienização de máscaras caseiras, depois sobre os serviços de saúde a ser procurados em caso de suspeita de covid-19 e, assim, seguiram-se as questões que deram ao material a vida que ela precisava para dialogar com as comunidades.

As ações educativas foram realizadas entre abril e maio de 2020, organizadas em duas etapas: a primeira contemplou a busca de literatura confiável para fundamentar a proposta, ou seja, revisão da literatura sobre a covid-19 em materiais técnicos produzidos por Órgãos Nacionais e Internacionais (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2020; World Health Organization [WHO], 2020; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2020); atenção às questões apresentadas pelo COMPOVO; revisão da linguagem e preparo do material escrito para os ACS. Na segunda etapa, foram contactados os ACS para agendar data e horário de realização das ações.

Inicialmente, foi criado um grupo de WhatsApp com representantes de cada unidade de saúde para realização das atividades de abordagem comunitária e familiar e através do qual entramos em contato com as agentes de saúde e demais profissionais das equipes. Para respeitar o distanciamento, os diálogos foram realizados via Webconferência da UFPel, em que foi enviado link das salas via WhatsApp. O texto sempre foi repassado por WhatsApp previamente para todos convidados. Posteriormente, foi agendada sala de discussão virtual com duas facilitadoras. A coordenadora do trabalho descrevia o objetivo da atividade e iniciava a abordagem sobre o que cada um estava percebendo dos cuidados que a população estava conseguindo ter em cada área. E, então, as questões específicas sobre higienização dos domicílios, dos alimentos, das



roupas, do uso dos materiais de limpeza, do uso e cuidados com as máscaras iam sendo detalhados de acordo com as vivências e diferentes realidades. Todas as salas de conversa foram gravadas e enviadas para os coordenadores das Unidades de Saúde.

Resultados

O resultado da primeira etapa foi a construção do roteiro que segue.

As comunidades enfrentam o coronavírus

A gente sabe que é muito grave! Se tem um monte de gente morrendo no mundo inteiro, quando chegar em Pelotas, também vai sobrar para nós.

Eu posso estar com o vírus e não sentir nada, mesmo assim, passar a doença para outras pessoas. O vírus passa de uma pessoa para outra muito fácil. Eu já sei que se eu tossir ou espirrar perto de alguém, posso passar o vírus para ela. Mas, também quando toco na boca, nos olhos ou no nariz e depois toco em qualquer lugar, fica tudo contaminado e, aí, quem encosta a mão nesses lugares, se contamina, também. Para evitar, tem que lavar a mão e lavar as coisas que toquei também.

Mais cedo ou mais tarde, quase todo mundo vai pegar. Mas, precisa demorar a pegar, para ter leito de UTI para todos que precisarem. Para isso, vamos dizer para todo mundo:

**TODOS CONTAM COM VOCÊ!
FIQUE LONGE DO CORONAVÍRUS, FIQUE EM CASA!**

TODOS CONTAM COM VOCÊ! FIQUE LONGE DO CORONAVÍRUS, FIQUE EM CASA!

DENTRO DE CASA

1. Faz um faxinão com água sanitária (clorofina) de 2%. Em 5 litros de água mistura um copo (250ml) de água sanitária (clorofina) e passa em tudo (RS, 2020; Brasil, 2020).
2. Onde vai a mão, vai água e sabão. Mesa, cadeira, trinco da porta, registro da torneira e do chuveiro, assento da privada, tudo.
3. Melhor retirar do ambiente tudo o que for desnecessário, como tapetes, quadros, enfeites, para facilitar a limpeza.
4. Lave as mãos com água e sabão muitas vezes para não tocar no rosto com a mão que tenha o vírus. Quando não puder usar água e sabão, use o álcool gel 70%. Em casa, pode ser somente água e sabão para as mãos. Mas, precisa lavar muitas vezes.
5. Deixe janelas abertas para ventilar.
6. Tudo que a gente coloca para dentro de casa também tem que ser limpo antes de entrar. Quando a gente compra ou ganha alguma coisa, as frutas e verduras podem ser colocadas na água com água sanitária (clorofina) (1 colher de sopa -15ml- para cada litro d'água). Os sacos de plásticos lavados com água e sabão e as coisas que não dá para lavar tem que colocar no sol...dá um trabalhão, mas vale a pena para o bicho não entrar junto.
7. Os alimentos embalados em papel, você pode colocar em potes plásticos limpos ou de vidro com tampa. Quando a embalagem for dupla, você pode descartar a externa e guardá-lo com a embalagem interna.
8. Esse vírus é sensível ao calor, por isso, é bom cozinhar bem os alimentos e reaquecer quando for comer. E, no caso das saladas, precisa ter atenção dobrada com a higiene.
9. Quando for passear com o seu animalzinho de estimação, procure lugares com menos circulação de pessoas. Na volta do passeio, não esqueça de lavar bem as patinhas e os pelos do focinho dele com água e sabão neutro. Não precisa ter medo, eles não conseguem transmitir o vírus para nós, mas podem carregá-lo para dentro de casa (Pan-americano; Aftosa, n.d.).
10. Não esqueça que o celular costuma ficar bem contaminado e, portanto, precisa ser limpo com álcool 70% líquido (não usar álcool gel que pode estragar).

**TODOS CONTAM COM VOCÊ!
FIQUE LONGE DO CORONAVÍRUS, FIQUE EM CASA!**

QUANDO SAIR PARA A RUA

1. Tenta sair sozinho para coisas essenciais (como comprar comida ou ir ao médico ou farmácia).
2. Evite bolsas, principalmente de tecido que é mais difícil para limpar.
3. Leve apenas o essencial, ou seja, identidade, dinheiro ou cartão de crédito (coloque em uma carteira que seja fácil para limpar).
4. Ao sair de casa, não use adereços (brincos, pulseiras etc.) ... use apenas máscara.
5. Fica longe de todas as pessoas, com distância de 2 metros. Qualquer pessoa pode estar contaminada, mesmo sem tossir. Essa pessoa, mesmo sem tossir ou espirrar, já te contamina.
6. Usa máscara de pano. Sempre faça máscara dupla (com duas camadas de tecido). Pegue a máscara somente pelo elástico ou pelas tiras de amarrar. Não toca com a mão na parte da máscara que fica no rosto. Quando em casa, já coloque de molho com água e sabão, lave e passe com ferro quente antes de usar de novo (Brasil, 2020).
7. A máscara não deixa a gente botar a mão no rosto. Isso é bom! A máscara deve tapar nossa boca e nariz para nossa respiração não ir para os outros com o vírus. Pode ser que a gente já tenha pegue e tenha poucos sintomas ou até não tenha sintomas. A máscara também diminui a chance de pegarmos os vírus que saem na respiração de outras pessoas, mas é só um pouco. O melhor mesmo é ficar em casa.
8. Nunca toque na parte externa da máscara, se precisar tocar, lave as mãos imediatamente ou higienize com álcool gel.
9. Evite andar de ônibus. Se precisar mesmo, fique longe das outras pessoas, com janela aberta e, quando descer do ônibus, lave as mãos ou passe álcool em gel.
10. Se for de moto, limpe o capacete com álcool 70%.
11. Parte de dentro do capacete não dá para limpar, então, melhor ter o próprio capacete.
12. Quando voltar para casa, tire toda a roupa que usou na rua; sapato, também. Se der para lavar tudo, lava tudo. Se não der, pendura na corda, de preferência no sol. Toma banho.

**TODOS CONTAM COM VOCÊ!
FIQUE LONGE DO CORONAVÍRUS, FIQUE EM CASA!**

PARA GANHAR O PÃO DE CADA DIA

1. O governo precisa ajudar, pagando renda emergencial de 600 reais para todas as pessoas que estão no Cadastro Único. Acesso ao site: <http://cidadania.gov.br/servicos/cadastro-unico>
2. Enquanto o governo não acorda, a gente tem que tentar escolher uma pessoa da família para sair para trabalhar. Quando ela volta para a casa, troca toda roupa e sapato, toma banho e, se puder, fica em lugar arejado com janela aberta e não dorme muito perto dos outros.
3. Caso tenha dificuldade, procure o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou assistente social da Unidade Básica de Saúde (do teu Posto de Saúde), várias pessoas estão ajudando.

**TODOS CONTAM COM VOCÊ!
FIQUE LONGE DO CORONAVÍRUS, FIQUE EM CASA!**

QUANDO ALGUÉM FICAR GRIPADO

1. Telefona para o número de teleatendimento da prefeitura de Pelotas: 08006485319
2. Se estiver se sentindo mal, vá até à Unidade Básica de Saúde.
3. Se estiver com falta de ar, vá para a UPA do Areal – endereço: Avenida Ferreira Viana, 2231.
4. As crianças já estão sendo atendidas na UPA da Bento.
5. Se o médico mandar fazer isolamento em casa (isolamento domiciliar), tenta ficar em um quarto sozinho, com janela e porta aberta, distância de 1 metro dos outros, se precisar ir para as peças onde os outros estão, vá de máscara. Depois que usar o banheiro, precisa lavar o vaso, a pia e o chão com água e água sanitária (clorofina) e deixar 15 minutos no vaso. As roupas e lençóis da pessoa gripada precisam ficar em saco de plástico e ser lavadas separadas das roupas dos outros e nunca sacudidas, de preferência com água quente entre 60 e 90 graus. Não precisa separar talher e louça, é só lavar.
6. A família escolhe uma pessoa para cuidar da pessoa gripada. De preferência que não seja idoso nem tome remédios fortes. Esta pessoa precisa usar máscara para falar com a pessoa gripada. Quando mexer nas coisas que o gripado toca ou nas coisas que ele fica perto, tem que usar luva. O quarto precisa ser limpo com água sanitária (clorofina) a 2% (250ml da água sanitária em 5 litros de água) uma vez por dia. Pode ser limpo pela pessoa, se estiver bem, ou por alguém da família, com máscara e luva. Precisa dar comida para a pessoa gripada, água em bastante quantidade e remédio para febre. Toda vez que levar alguma coisa para a pessoa gripada, lavar as mãos com água e sabão, esfregando bem antes e depois. E tenta ver forma da pessoa gripada poder ouvir o rádio, ver televisão, cantar, desenhar ou alguma coisa para se distrair. É muito chato ficar no isolamento (Saúde, 2020).
7. Tem que separar idosos e pessoas com doenças da pessoa gripada.
8. Se a pessoa gripada piorar, não leva de ônibus para consulta. Arranja um carro ou chama Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU telefone: 192), se for preciso.

**TODOS CONTAM COM VOCÊ!
FIQUE LONGE DO CORONAVÍRUS, FIQUE EM CASA!**

QUANDO ALGUÉM FICAR DOENTE POR OUTRO MOTIVO

1. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais estarão cheias de pessoas gripadas. Evite ir lá. As Unidades Básicas de Saúde têm telefones. Telefone primeiro e peça sua receita por telefone ou até consulte por telefone. Se isso não der certo, quando for à Unidade Básica de Saúde, preste atenção de ficar longe 2 metros de todas as pessoas, exceto os profissionais que vão estar vestidos cheios de máscaras, aventais e luvas. Use máscara de tecido!
2. Se não der para separar a pessoa gripada 1 metro dos outros na casa, ou tem vários idosos e doentes juntos, avisa alguém. Pede ajuda!! Talvez, a assistência social do município possa ajudar.

TODOS CONTAM COM VOCÊ! SE PUDER, FIQUE EM CASA!

Resultado da Segunda Etapa

Foram realizadas, até final do mês de maio de 2020, quatro reuniões com ACS e uma com lideranças da comunidade de pescadores. Participaram das reuniões 32 ACS, enfermeiras, assistentes sociais e nutricionistas de algumas equipes de saúde, além de lideranças da comunidade de pescadores e atletas do projeto da prefeitura municipal Remar para o Futuro. Com isso, foi possível garantir que o material produzido por este trabalho atingisse quatro bairros do município, com a expectativa de alcance de 4.000 famílias.

Os ACS, em alguns momentos, relataram casos de pacientes para os quais a orientação seria muito difícil de serem incorporadas, como pacientes cegos e idosos solitários. Através desses relatos, foi possível estabelecer discussões sobre a possibilidade de contar com rede social de apoio, individualizando-se cada caso.

Problema relacionado ao uso de máscara caseira foi um tema presente em todas as salas de discussão: confecção, tipo de material, tempo de uso, higiene e como armazenar após a utilização, idade adequada de uso e quando utilizar.

Outro tema bastante presente foi a higiene adequada dos produtos vindos da rua, além de cuidados para quem está precisando sair de casa, como ir ao supermercado sem se contaminar, higienizar frutas e verduras (maneira adequada e sem gastar muito produto de limpeza), zona “limpa” e zona “suja” da casa, qual melhor meio de transporte disponível.

Preocupação bem pertinente que surgiu em alguns grupos foi a questão das casas que não possuíam saneamento básico, famílias sem condições financeiras para adquirir produtos de higiene em áreas de grande vulnerabilidade assistidas pelos ACS. Nessas situações, foi discutida a possibilidade de orientar formas adaptadas de realizar higienização, como uso de uma garrafa pet com água e sabão para as pessoas que trabalham com reciclagem ou carroceiros, confecção de máscaras de camisetas velhas com dobraduras ou meias. Foi também entrado em contato com o COMPOVO, o qual conseguiu materiais de higiene pessoal e limpeza para doação para as referidas famílias.

Após cada encontro, foi realizado um *debriefing* com os participantes e era realizada a pergunta sobre o que poderia ser melhorado no material. Chamou atenção que todos os participantes das reuniões tiveram a percepção, ao final de cada encontro, que todos ainda podem e devem melhorar/mudar alguns hábitos nas próprias casas e famílias, inclusive os participantes com nível superior de ensino. Todos avaliaram a linguagem como acessível e direta. Os ACS relataram que a partir dos encontros se sentiram mais preparados para orientar as famílias e avaliaram como positiva a experiência. Como sugestões de melhoria do material, sugeriram a inclusão de ilustrações nos materiais, as quais permitem comunicar de forma mais atraente, via WhatsApp, as orientações para os usuários, e que as reuniões fossem sistemáticas, pois a informação está em constante mudança.

O COMPOVO, também, recebeu o material e tem repassado e discutido as orientações entre as lideranças comunitárias, assim como alguns médicos que estão na assistência por teleatendimento tem enviado esse material via WhatsApp com retorno positivo da maioria dos usuários.

Durante todas as etapas, os aspectos éticos foram seguidos e preservou-se o anonimato dos participantes da ação, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (Brasil, 2012).

Discussão

A elaboração de um material mais acessível e de fácil entendimento para as comunidades e pessoas com mais baixo nível de escolaridade, considerando as realidades locais é muito importante para que a informação consiga ter algum resultado nas ações. A informação muda a prática apenas na medida que quando chega ela é minimamente entendida pelos interlocutores. Quando se realiza uma abordagem em saúde, é essencial para que se tenha impacto considerando o contexto próximo e distante do indivíduo. O Brasil possui dimensões continentais e uma única forma de abordagem para os diferentes contextos torna-se muito difícil, quiçá impossível. Mesmo entre as unidades de saúde que a UFPel atende, existem grandes diferenças de realidades, sendo necessária adaptação da abordagem.

Somente a elaboração de um material que consiga ter uma linguagem acessível não é o suficiente, é preciso fazer com que essa informação chegue para quem precisa e, para tanto, urge ter contato íntimo e direto com as comunidades. Levar a ciência para o povo usar não é uma tarefa fácil e várias articulações com lideranças comunitárias e profissionais que estejam inseridos nas comunidades são necessárias. Em tempos de pandemia, mais do que nunca articulações com outras entidades populares são fundamentais, a união da ciência com as necessidades sentidas de informação é o que vai garantir que a informação chegue de forma a ter algum impacto nas ações.

Vários desafios foram e ainda estão sendo enfrentados pelo grupo: informação muito dinâmica, contato com as equipes assistenciais, uso de

recursos de encontros *on-line* nunca utilizados pelos agentes de saúde, identificação de lideranças em algumas comunidades pouco articuladas.

As propostas do grupo para o futuro são construção de material com ilustrações para maior alcance da população, estreitar contato com o COMPOVO, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), com abordagem sistêmica da família sem condições de enfrentamento da pandemia, empoderamento dos agentes de saúde, por meio da discussão das situações críticas e do fornecimento de base científica para as abordagens com reuniões mensais via *on-line*, e manutenção do roteiro com informações atualizadas e com linguagem o mais acessível possível.

Conclusão

As ações de educação em saúde oportunizaram articular o conhecimento científico ao popular, proporcionando o alcance da população a informações com linguagem acessível para diferentes níveis socioeducacionais. Pretendemos com as ações realizadas que a comunidade compreendesse o papel fundamental para o efetivo combate da pandemia. Todos precisam participar das mudanças e cada um precisa fazer a sua parte. Aos docentes, a experiência de escuta da análise apresentada pelas lideranças populares acerca dos materiais educativos que a universidade se dedica a produzir, trouxe para dentro do espaço da universidade olhares que não estavam presentes até então, ou pelo menos não com esta ênfase. A articulação da ciência e das comunidades é possível, é viável, é prazerosa, e tem maior impacto na mudança de comportamento que urge com a pandemia da covid-19. A medida que um maior número de comunidades e pessoas tiverem acesso ao material, esperamos poder reavaliar o material e os respectivos resultados, cada vez mais adequando às demandas da comunidade aos conhecimentos científicos atuais disponibilizados pela academia. Para vencer essa barreira do entendimento da comunidade, acreditamos que estamos no caminho, pois somente por meio de uma equipe interdisciplinar, foi possível criar uma ciência para o povo usar no enfrentamento da pandemia.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha sobre boas práticas para serviços de alimentação**. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/389979/cartilha+boas+pr%C3%A1ticas+para+servi%C3%A7os+de+alimenta%C3%A7%C3%A3o/d8671f20-2dfc-4071-b516-d59598701af0>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Saneantes substituem álcool gel no combate à Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.
- Brasil. **Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica**. 2020a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde/SAPS. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.
- Brasil, N. Capoeiras e a Revolta da Vacina. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringpa, v. 14, n. 166, p. 29-38, 2015.
- CFMV/CRMV's – Conselho Federal de Medicina Veterinária/ Conselho Regional de Medicina Veterinária. **Declaração conjunta sobre o novo coronavírus e cães e gatos**. 2020. Disponível em: <http://portal.cfmv.gov.br/noticia/index/id/6485/secao/6>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- Globo. Saúde dialoga com tráfico e milícia, diz Mandetta. **O Globo**, 1–6. 2020a. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/saude-dialoga-com-trafico-milicia-diz-mandetta-24361014>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- Globo. Saúde dialoga com tráfico e milícia. **O Globo**, 1–5. 2020b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinioao/como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias/46286/>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- Gomes, L. B.; Merhy, E. E. Understanding popular health education: A review of the Brazilian literature. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.
- Mirapalheta, R. **Comitê de Enfrentamento ao Coronavírus em Pelotas é criado com participação da UCPEL**. Universidade Católica de Pelotas, 2020. Disponível em: <https://ucpel.edu.br/noticias/comite-de-enfrentamento-ao-coronavirus-em-pelotas-e-criado-com-participacao-da-ucpel>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- Pelotas. Plano municipal de saúde de Pelotas 2018-2021. **Como fazer a limpeza de superfícies possivelmente contaminadas por coronavírus?** 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/posts_coronavirus/como-fazer-a-limpeza-de-superficies-possivelmente-contaminadas-por-coronavirus/. Acesso em: 20 jan. 2022.
- SINASEFE - Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica. Pandemia evidencia desigualdade social em Pelotas. **SINASEFE IF SUL**, p. 3–5, 2020. Disponível em: <http://www.sinasefeifsul.org.br/noticias/pandemia-evidencia-a-desigualdade-social-em-pelotas/2766/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ATÉ QUE A FLOR DE MANDACARU FLORESÇA: SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

João Antônio de Almeida
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Leandro Araújo da Costa

O princípio: o vírus é apenas a ponta

A chegada da pandemia, decorrente do surgimento e da propagação do novo coronavírus humano, escancarou nos mais distintos territórios do globo o despreparo técnico e político para o enfrentamento de fenômeno de tal magnitude. As mazelas estruturais produtoras de desigualdades sociais se assoberbaram nesse período e potencializaram a catástrofe, que não pode ser compreendida meramente na dimensão biológica, pois sua edificação transcende a esta.

No contexto brasileiro, a epidemia se associa a altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais, evidenciando a vulnerabilidade de grande parte da população. No que diz respeito à política de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), já fragilizado pelo subfinanciamento, instituído por meio da Emenda Constitucional 95, que impõe radical corte no teto de gastos públicos, além das políticas econômicas implantadas pelo governo à época, enfrentou desafios de largas proporções, entre outros, expresso na dificuldade de acesso ao cuidado em saúde, sentida de forma mais intensa nas periferias e cidades. Essas condições, aliadas a uma deficiente estrutura de saneamento básico, agregaram dimensões econômica e social para proliferação do novo vírus (Werneck; Carvalho, 2020).

Assim, a dimensão biológica da pandemia do novo coronavírus representa apenas a ponta de um *iceberg*, processos seculares induzidos pelo

modelo de reprodução social capitalista ensejaram em diversos espaços a tempestade perfeita, como no caso do Brasil, em que o ente federal priorizou questões econômicas em detrimento ao desafio sanitário que se avolumava no horizonte, adotando posição negacionista que minimizou a gravidade da doença e a extensão da pandemia, orientando a população em sentido contrário ao indicado pela ciência, por organismos nacionais e internacionais de saúde e pela experiência acumulada por outros países. A recusa do governo federal em conduzir de forma responsável as ações de controle e mitigação do sofrimento do povo durante a pandemia fez com que governadores e prefeitos, em consonância com o interesse público, passassem a assumir o processo, mesmo que sob forte e constante ataque do presidente e sem a coordenação nacional do Ministério da Saúde (Costa; Rizotto; Lobato, 2020).

Dessa forma, o atual momento pelo qual passa a humanidade, tem levado a reflexões sobre os caminhos a serem trilhados em busca de um modo de resistência ao atual modelo de reprodução indutor de desigualdades, na medida em que o acelerado crescimento do capitalismo tem potencializado os processos de destruição e exploração humana, colocando a humanidade à beira de abismo, tangenciada por mega catástrofes, como o caso do aceleração de ciclos pandêmicos, possivelmente conseqüente do desequilíbrio ocasionado pela destruição do meio ambiente (Breilh, 2020).

A crise acentua o processo histórico de acumulação capitalista que, por sua vez, amplia a exclusão social e as conseqüentes iniquidades econômicas. A lógica do lucro é incompatível com um estado de bem-estar social.

Breilh (2020) nos remete à catástrofe não debatida, tão importante como as demais: a da desinformação ou infodemia, com a circulação de falsas informações (“fake news”), gerando controvérsias e desinformação, especialmente entre os setores mais vulnerabilizados. Essa patologia tem se intensificado no Brasil, tendo como exemplo máximo as numerosas notícias falsas que dificultam cotidianamente a aceitação da vacina como única saída segura ao cenário pandêmico.

Temos ainda, na contramão dos grandes nós críticos estruturais, numerosos processos locais de enfrentamento das dificuldades impostas



pela pandemia, como o caso do desenvolvimento de mobilizações coletivas englobadas no conceito de Vigilância Popular em Saúde (VPS), derivada da concepção de Vigilância em Saúde ligada ao Estado.

A Vigilância em Saúde constitui instrumento do campo da Saúde Pública e contribui para organização dos serviços, através da busca continuada por informações qualificadas, de modo a subsidiar planos de ação territorializados (Netto, 2017). Esta concepção contemporânea de Vigilância em Saúde amplia o escopo, quando comparada à formulação inicial, concebida na 21ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde, em 1968, cujas ações naquele período se configuravam limitadas e o objetivo principal consistia em rastrear e isolar os doentes (Arruda; Aguiar, 2021).

Nesse contexto, Valla (1993) fala de concepção de vigilância que nomeia como vigilância civil da saúde e aponta para possibilidades de um monitoramento desenvolvido de forma compartilhada com a população, relativo a situações de saúde, propiciando a construção compartilhada do que chamou de “epidemiologia do cotidiano”.

Mais recentemente, alguns autores discorrem sobre experiências vividas durante a pandemia, referenciando-as como ações de Vigilância Popular em Saúde. Nessa perspectiva, Cunha (2018) faz referência a experiências pautadas na possibilidade de promover diálogos entre os serviços e as iniciativas populares que apontem para concepção de promoção emancipatória da saúde.

No contexto da pandemia, também surgem no Nordeste, com ênfase na experiência do Ceará, experiências articuladas entre movimentos populares, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), a Rede de Médicos e Médicas Populares (RNMMP) e universidades, para o enfrentamento das situações determinadas pela pandemia. Entre estas, está a experiência dos Agentes Populares de Saúde. Sobre esta experiência, Machado (2021) faz referência à campanha nacional Periferia Viva: em um processo de formação-ação para o cuidado e a vigilância que se espalhou por várias regiões do Brasil, nas periferias urbanas e interiores, envolvendo movimentos populares, com ações de prevenção e promoção em saúde ancoradas na educação popular.

Assim, apresentamos a experiência vivida no bairro Moura Brasil, Fortaleza, Ceará, enquanto vinculada à iniciativa, tendo como elemento importante a vinculação e implicação do autor como participante destes movimentos, bem como atuação no período como médico da Estratégia Saúde da Família do território. Esta vinculação foi determinante no desenvolvimento da experiência de Vigilância Popular em Saúde, sobretudo durante os críticos períodos da pandemia da covid-19, fazendo-se espaço de valorização e fortalecimento do saber e do protagonismo popular no contexto de enfrentamento deste relevante desafio sanitário, sendo assim escolhida para sistematização e reflexão neste processo de pesquisa.

Neste sentido, o estudo em questão surgiu no intuito de sistematizar os acúmulos produzidos por esta estratégia de Vigilância Popular em Saúde, desenvolvida no contexto de enfrentamento das reverberações sanitárias e sociais da pandemia de doença causada pelo novo coronavírus (covid-19), no bairro Moura Brasil.

A partir da questão: “qual a contribuição da experiência de Vigilância Popular vivida no contexto da comunidade Moura Brasil, cidade de Fortaleza/CE, para emancipação dos sujeitos(as) da comunidade?”, propôs-se o texto ora apresentado. Deste modo, este trabalho teve como objetivo geral: analisar a experiência de Vigilância Popular em Saúde desenvolvida no contexto da comunidade Moura Brasil, no enfrentamento da pandemia da covid-19.

Trata-se de recorte da dissertação intitulada: Até que a Flor de Mandacaru Floresça: sistematização de experiência de Vigilância Popular em Saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19.

Por vielas e quebradas: a construção das trilhas metodológicas

Para este estudo, optamos pela Sistematização Coletiva de Experiências (SCE), abordagem qualitativa, utilizando-se como referência as proposições de Jara Holliday (2007), advindas do campo da educação popular. Essa proposta metodológica se configura como abordagem crítica e participativa que

aponta para construção compartilhada e/ou coletiva do conhecimento. Está referenciada no método dialético, e, como tal, constitui construção histórica, cuja base pedagógica é a educação popular. Neste sentido, rompemos com a relação sujeito-objeto na pesquisa, ao considerar os saberes populares e incluir os sujeitos populares como protagonistas da produção do conhecimento (Holliday, 2006).

A sistematização de experiências é uma interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir da ordenação e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido: os fatores que intervieram, como se relacionam entre si e porque é que sucederam dessa forma.

Logo, a escolha dessa abordagem deu-se pelo caráter participativo-popular, na medida em que todos os atores se encontram implicados no processo, no movimento dessa ciranda de saberes. Essa caminhada desenvolve-se a partir de cinco passos, sendo eles: (1) o ponto de partida; (2) as perguntas iniciais; (3) a recuperação do processo vivido; (4) as reflexões de fundo; e (5) os pontos de chegada (Holliday, 2017).

A sistematização deste estudo constitui-se a partir da experiência de enfrentamento da pandemia da covid-19, orquestrado no seio da comunidade Moura Brasil, Fortaleza-CE, sob preceitos da educação e vigilância popular em saúde, que segundo Alves (2013), consiste em olhar, e intervir junto ao Estado vulnerabilizador, promovendo ações relacionais dialógicas que provoquem momentos cuja intenção é ter um potencial libertador da opressão ideológica da civilização do capital.

Dessa maneira, teve como ponto de partida o encontro com as lideranças atuantes no processo de resistência à covid-19 na comunidade Moura Brasil, a conformação da equipe de sistematização e elaboração do plano de ação com definição dos eixos de sistematização. No segundo momento, escolhemos uma questão problematizadora inicial para a formulação dos objetivos e dos eixos de sistematização, a partir da qual edificaram-se coletivamente três eixos temáticos: (1) comunicação e informação; (2) organização comunitária; e (3) acesso à saúde, no percurso transformado em interação serviço e comunidade.

A *recuperação do vivido*, segundo Jara Holliday (2017), é um momento no qual mergulhar nas experiências, priorizando os aspectos descritivos, de modo a reconstruir a história e ordenar e classificar as informações trazidas. Para a realização desse passo, utilizamos a linha do tempo que traz a ideia de um fio condutor do processo. Os diversos sujeitos(as) trouxeram memórias que foram organizadas nos diversos momentos históricos do processo.

As reflexões de fundo, de acordo com Jara Holliday (2017), tratam-se da interpretação crítica do processo experimentado e dialogam com a problematização, parte do arcabouço metodológico freireano. Para a construção dessas reflexões, foram retomadas as equipes por eixo temático que construíram sua problematização com base em quatro questões geradoras adaptadas a cada eixo: a primeira questão buscava apreender a contribuição da experiência para ampliação das formas de comunicação, da articulação comunitária e qualificação do acesso à saúde da comunidade no contexto de enfrentamento da pandemia; a segunda buscava identificar os desafios e as contradições do processo referentes a cada eixo; a terceira dizia respeito aos aprendizados; e a quarta às sugestões para continuidade da experiência.

Ainda como parte das reflexões de fundo e considerando a vigilância popular em saúde, como categoria central deste estudo, foi solicitado aos membros da equipe de sistematização, que expressassem livremente o que compreendiam como vigilância popular em saúde. A partir das falas, foi produzida síntese que foi discutida e, posteriormente, dialogada com algumas referências acadêmicas sobre o tema, no intuito de promover o diálogo entre os saberes acadêmicos e populares.

O último encontro teve como foco a discussão sobre os aprendizados que advieram da experiência e que Jara Holliday (2017) cunhou de Pontos de Chegada. Este momento evidencia os aprendizados mais pertinentes e as indagações construídas, tendo como referências os eixos de sistematização e as respostas aos objetivos propostos. Fez-se por meio de uma oficina, na qual os protagonistas de cada eixo apresentaram suas narrativas, havendo a adequação de parte delas a outros eixos e a complementação dos presentes, sendo definidos os aprendizados gerais do percurso e o produto de sistematização.



A pesquisa seguiu as recomendações contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde (MS), que trata dos preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, sendo aprovada conforme o parecer 5.284661.

Vigilância popular em saúde: diálogos entre saberes acadêmicos e populares

Do ponto de vista acadêmico, a VPS é considerada uma proposta em construção recente, porém, nos territórios, é uma prática viva que surge a partir do cotidiano e da crítica aos modelos formais de Vigilância em Saúde (Arjona, 2021). Segundo Arjona (2021), esta proposta tem se fortalecido pelo diálogo entre instituições de ensino, pesquisa e movimentos sociais, especialmente em áreas do campo e das periferias de grandes cidades, em que o Estado se mostra ausente ou deficiente nas ações de Vigilância à Saúde. Essa reflexão se expressa nas palavras de Araripe, um dos sujeitos populares desta pesquisa, para quem a VPS é “fonte promotora de saúde e bem estar. Já que o estado não chega em determinadas áreas, a população vigia, participa” Alves (2013, p. 27) cunha o conceito de Vigilância Popular da Saúde que, segundo ele, consiste em ações populares dialógicas junto ao Estado vulnerabilizador, promovendo liberdade dos oprimidos frente ao capital. A vigilância civil da saúde idealizada por Valla nos anos 1990, é considerada uma proposta de VPS com outra nomenclatura. Enraizada nos princípios da educação popular freireana, incorporou a construção compartilhada do conhecimento e a ouvidoria coletiva. Segundo Sevalho (2016), é uma vertente complementar à vigilância epidemiológica que inclui participação popular e vislumbra transformação social.

Aguiar e Rigotto (2019) ressaltam os sujeitos territoriais como protagonistas da luta por saúde como aspecto fundamental da VPS e apontam sobre a necessidade de construir diálogos entre os sujeitos populares e os trabalhadores e gestores do SUS, para que se possa efetivar a garantia de direitos. Sobre isso, Amorim refletiu no processo de sistematização: A vigilância em saúde parte desse local aonde o estado vem com essas ações paliativas como

na dengue por exemplo. Eu acho que a vigilância popular em saúde traz a fala popular, é uma questão de iniciativa popular, um movimento muito potente.

Corroborando com esta perspectiva, Machado *et al.* (2021) consideram a base territorial como outro aspecto fundante da VPS, lembrando ainda que, como um processo democrático e participativo, pode contribuir para construção de uma vigilância participativa em saúde, em que os sujeitos, de forma dialógica, participam de políticas públicas do Estado e incorpora a participação dos sujeitos territoriais, saberes e informações para o planejamento e a execução coletiva de uma ação de política em saúde forjada no território.

Nesse sentido, a experiência nos mostrou a participação ativa da comunidade assumindo as rédeas da situação, mas, ao mesmo tempo, dialogando com a gestão e os trabalhadores da saúde, incluindo também escolas igrejas e outros setores institucionais, de forma a produzir mudanças que repercutiram no acesso da população aos serviços de saúde.

Dessa maneira, Carneiro e Pessoa (2020) nomeia princípios inspiradores de VPS, entre os quais aponta a construção compartilhada com os sujeitos populares, visando suprir as necessidades e resolver problemas de determinado território de forma horizontal, participativa, técnica, democrática e cientificamente qualificada.

Corroborando o que já está escrito, a VPS representa processo instituinte, em que sujeitos populares, sem a pretensão de substituir o papel e a responsabilidade do Estado, assumem o protagonismo como sujeitos históricos, ampliam a participação popular, atuando no sentido de alertar e convidar a população para ações pautadas na garantia do direito à saúde e defesa da vida, em uma perspectiva solidária, crítica e emancipatória (Carneiro; Pessoa, 2020).

Trazendo a reflexão sobre a VPS, mais especificamente para o contexto da pandemia de covid-19, em um ciclo de debates promovidos pela ASA e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), constrói-se uma espécie de analogia entre a vigilância popular em saúde e a educação situada e nos provoca a pensar a pandemia, tendo como base o que chamaram de “epidemiologia situada”, na qual é importante considerar a historicidade da pandemia, contextualizando



a evolução desta nos diferentes territórios e proposição de ações de vigilância popular em saúde, nas quais, além dos sujeitos populares dos territórios, agregar-se-iam os pesquisadores e várias políticas intersetoriais, de modo a produzir processos participativos e multidimensionais de promoção da saúde, prevenção e ampliação do acesso à atenção à saúde que incluía também os saberes locais. Para isso, apontam bases importantes que denomina de Mandamentos da Vigilância Popular em Saúde em tempos de pandemia, entre os quais evidenciamos a epidemiologia situada a que já nos referimos, as narrativas dos territórios, a integração do cuidado, a comunicação e a concepção de territórios saudáveis e sustentáveis (Brasil, 2017).

Considerar uma epidemiologia situada nos remete às considerações de Breilh (2020) sobre a necessidade de uma epidemiologia crítica que possa romper com a leitura linear e fragmentada dos métodos epidemiológicos clássicos e construir uma análise mais profunda sobre a pandemia, contextualizada e pluridimensional, capaz de questionar a desigualdade social, as iniquidades sociais e a reflexão sobre como a estrutura social capitalista determina os modos de adoecimento e suas repercussões.

Com a chegada da pandemia, os problemas vistos na perspectiva biopsicossocial se agravaram se somando às mentiras (*fake News*), ao negacionismo e à inoperância do governo federal. Este contexto nos fez perceber o diálogo deficiente e a disputa entre serviço de saúde e comunidade. Em uma reunião com as lideranças e profissionais de saúde, percebemos a necessidade de mudanças. Pela complexidade dos problemas as ferramentas, também deveriam ser amplas e a comunicação foi uma destas possibilidades.

Considerando a necessidade de distanciamento social, as estratégias comunicativas inovaram com a criação de grupos de WhatsApp, lives, canais no YouTube, colações de “lambe lambe”, entre outras, contribuindo para redução do contágio viral, horizontalização das relações entre as pessoas promovendo o fluxo de informações adequadas sobre as questões.

Assim, Santana nas narrativas, durante a sistematização reforça esse papel. *Também trazendo informações, procurando também saber se o pessoal*

está doente, se ele está com essa doença ou com gripe aí também procurou ficar um pouco mais atento. O pessoal já fica mais vigilante.

Desse modo, para este grupo, a VPS atua junto ao Estado, ao mesmo tempo que contribui para que os sujeitos populares possam dialogar com a produção do conhecimento técnico-científico nesse campo.

A partir das reflexões individuais dos sujeitos que compuseram a equipe de sistematização, chegamos a uma concepção síntese, agregando as contribuições de cada um(a).

A VPS é uma questão de iniciativa popular, movimento que se dá a partir dos moradores que não vai depender diretamente do estado trazendo informações. É ficar atento, vigilante, criar parcerias, unindo a população para enfrentar uma situação. É uma vigilância da população aonde o estado não chega. Parte do conhecimento das necessidades e exige a participação ativa da população que assume as rédeas da situação e vai para cima. Não se faz sozinha. A partir da dificuldade sentida promove a organização e a comunicação de modo que as relações se fazem numa linha horizontal. Necessita de estruturar as ações de forma coletiva, intersetorial e participativa para ter sustentação. Contribui com a prevenção dos adoecimentos, articulação e organização da comunidade e ajuda a promover o acesso à saúde (COMVIDA).

Ao proceder à análise dos conteúdos produzidos coletivamente, podemos apreender que no olhar da comunidade, a VPS pressupõe o protagonismo popular. Ao nos referirmos ao protagonismo popular, o referenciamos como a possibilidade defendida por Paulo Freire (2011), em que os sujeitos oprimidos possam tomar a história nas mãos e construir inéditos viáveis.

Ainda, buscando efetivar diálogos entre os autores acadêmicos e a produção dos autores e autoras locais, reafirmamos que a VPS se constitui a partir da ausência ou insuficiência do Estado, embora não se proponha a substituí-lo. Ao percebemos como ferramenta de transformação social, ou seja, não se limita ao setor de saúde e sua função é tensionar, para que o Estado, no contexto deste território, ampliou a empatia, a solidariedade e a necessidade de organização.

À medida que os conhecimentos científicos avançavam, os saberes populares construíam caminhos e as informações alimentavam nossa organização popular, ao mesmo tempo em que as tecnologias sociais e parcerias se consolidavam. Foi muito gratificante perceber como se deu esse movimento, a princípio entre os movimentos sociais do bairro e depois envolvendo diversos entidades e movimentos externos na construção das parcerias. Podemos ousar inferir, ancorados em Freire (2011), que a situação limite representada pela pandemia de covid-19 e suas repercussões gerou maior organização e unidade entre as pessoas do bairro.

Vislumbramos a VPS como movimento crescente e resiliente se consideramos que o Estado que temos, historicamente tem se caracterizado pela insuficiência de políticas sociais e que, por outro lado, pesa sua mão nos mecanismos coercitivos, como a suposta “guerra contra as drogas”, a violência policial contra a juventude e famílias que se manifesta de forma contundente, no bairro Moura Brasil e em tantos outros. É neste contexto contraditório que esses sujeitos oprimidos, mais uma vez, tornam-se agentes das próprias histórias e constroem essa e outras vivências de protagonismo popular.

Olhando para a experiência que se constitui coletivamente na comunidade Moura Brasil, percebemos que as reflexões conceituais construídas por seus sujeitos se aproximam e dialogam com a produção acadêmica sobre o tema, especialmente no que diz respeito ao protagonismo popular, à importância da comunicação e ao fortalecimento da organização comunitária, considerando o território vivo como a base material e cultural para sua efetivação. Concordando Bagatolli (2021), que a afirma como ‘um devir, um processo de permanente construção e que não se finda com a mudança do tempo histórico’, vislumbramos sua continuidade expressa nas falas dos sujeitos da pesquisa.

Este movimento deve continuar, o ComVida sim deve seguir aprimorando, avaliar o que foi útil e o que também não foi útil, para a gente poder aprender as coisas positivas, para a gente seguir avançando em frente (Barros apud COMVIDA, 2022, p. 2).

Trilhas e caminhos: avivamento de memórias

O Bairro Moura Brasil fica entre os bairros Jacarecanga, Centro e Praia de Iracema, tem população residente de 3.765 e é considerada como de extrema vulnerabilidade social, com o IDH-B: 0,285, estando entre as comunidades referenciadas como uma das mais violentas da capital. Segundo o documento, na parte localizada mais ao leste e centro, há maior vulnerabilidade, que se reflete na precariedade das ruas e casas, no déficit de saneamento básico e no maior grau de pobreza das pessoas. Corroborando o quadro de exclusão social, há quantidade expressiva de pessoas em situação de rua que buscam abrigo e fazem uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Nesta região, é comum a abordagem truculenta da polícia contra a população e a existência do toque de recolher por parte da polícia. Essa região também é ocupada por igrejas pentecostais e católicas. Na outra região do bairro, localizada mais ao sul, é nítida a diferenciação, no que diz respeito às condições das casas e do saneamento, além de não se perceber pessoas em situação de rua.

Nesse contexto de iniquidades e contradições sociais, o bairro constrói sua história de luta e resistência e, nesse percurso, foi se organizando em coletivos, movimentos, entidades que historicamente sedimentaram potente trabalho de base comunitária.

Um desses movimentos é o Movimento ComVida, criado pela iniciativa conjunta de lideranças comunitárias do bairro e da equipe da UAPS Maria Cirino, após a identificação da dificuldade da comunidade em ter acesso à informação de qualidade. Para a formação do movimento vários coletivos parceiros já existentes e atuantes no bairro se juntaram à equipe de saúde, como Raízes da Periferia, ZEIS, Brincando com a Terceira Idade (coletivo que atua com os idosos do bairro), igrejas e EMEIF Moura Brasil, que contaram com a ajuda de entidades externas.

Assim, considerando o território, com problemas estruturais e sociais, a chegada da pandemia da covid-19 se configurou como mais um fenômeno ameaçador, ao mesmo tempo que provocou a busca pela organização,



conformando uma rede de cuidados, na perspectiva de enfrentar o coronavírus que se caracterizou como estratégia de Vigilância Popular em Saúde.

A recuperação da memória da experiência em uma perspectiva dialética nos permitiu fazer a reconstituição da história, ordenando, classificando e detalhando as informações. Para viabilização desse momento, lançamos mão da técnica da linha do tempo, construída coletivamente com os membros da equipe de sistematização, cujas narrativas foram sendo marcadas na linha do tempo sintetizada a seguir.

As falas dos participantes evidenciam o papel das *fake news* nesse processo desde o princípio, em que as pessoas e os núcleos familiares passavam a receber e compartilhar informações sem fontes fidedignas e de conteúdo controverso ou mesmos mentirosos. Referenciaram ainda o papel do governo brasileiro como difusor dessas falsas informações e a insuficiência do serviço de saúde, no sentido de acolher todos os casos, agravados pela inexistência de um protocolo bem estabelecido para orientar os profissionais, gerando incertezas e angústias.

Naquele momento, já existia um grupo de WhatsApp criado por lideranças comunitárias e alguns profissionais e que incluía pacientes, o qual foi denominado “Todos juntos contra o Coronavírus”. O objetivo era o compartilhamento de orientações e informações que pudessem amenizar as angústias, o medo e a insegurança da população a respeito do coronavírus. Em uma dessas reuniões, surgiu a proposta de organizar um movimento mais estratégico para enfrentamento dos problemas. Para isso, foi criado outro grupo de WhatsApp apenas com lideranças e trabalhadores para juntos pensarmos os atos-limite possíveis.

A insuficiência de informações sobre as condutas e a necessidade de ações emergenciais frente à gravidade e ao grande número de casos, terminou por se constituir potência de organização e união da equipe. Como nos ensina Freire (2011), frente à situações-limite, produzem-se atos-limites que fazem emergir inéditos viáveis. Desse modo, os profissionais se envolveram no processo de organização popular, tornando as relações mais horizontais.

Esse movimento popular nomeado ComVida envolveu vários setores, objetivando fortalecer a ideia de organização da comunidade como caminho para produção de vida, em um momento em que a vida de muitas pessoas no território estava sob ameaça.

O coletivo contou com 33 integrantes e uma coordenação geral. Cada liderança cadastrou 50 famílias por proximidade. Havia boa capilaridade, pois a maioria dessas lideranças integravam diversos movimentos como bloco Turma do Mamão (cultura), conselheiros da ZEIS (urbanização), igrejas católicas e evangélicas e Raízes da Periferia (juventude). Deste modo, as ações pensadas para o enfrentamento da pandemia buscaram considerar e interagir com aquelas já realizadas por esses coletivos.

Esses momentos históricos tiveram o apelo à comunidade, no sentido de valorizar o SUS. Ações potentes que envolveram a juventude, mulheres, lideranças, carregadas de originalidade e conhecimento que brotava da comunidade para a comunidade, como lavagem de ruas, cadastramento de famílias para acessar o auxílio emergencial ofertado pelo governo federal, caminhadas com som e faixas, reforçando a importância das medidas preventivas de barreiras, confecção de máscaras com garrafas pet, cortejos com colagem de cartazes, criação do Canal Saúde em Movimento protagonizado por lideranças juvenis frente à enxurrada de *fakes news*, a Rádio Itinerante, tendo como ferramentas a caixa de som e microfone, reforçando a importância do isolamento social, a formação de agentes populares para atuar na pandemia da covid-19, pautadas na concepção de solidariedade ativa, em que o povo é sujeito coletivo, capaz de lutar e conquistar direitos (Bagatolli, 2021).

Ainda nesse período, constituíram-se parcerias externas, envolvendo o MST/Periferia Viva, com doação de alimentos, Secretaria Executiva Regional (SER), Centro de Fortaleza, com doação de cestas básicas, OPAS/Unicef-Ceará distribuição kit de higiene. O Pop Rua, encabeçado pelo Coletivo Raízes da Periferia, e um conjunto de grupos/coletivos/instituições do bairro e externos entre as quais a FIOCRUZ, a Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares, o Coletivo Arruaça, o Coletivo Compartilha, o Periferia Viva, Movimento de Trabalhadoras e Trabalhadores por



Direitos (MTD) para ações emergenciais envolvendo a população em situação de rua no contexto do território do Moura Brasil, constituindo uma rede de apoio, na perspectiva do cuidado pedagógico e da solidariedade.

As reflexões de fundo: contribuições do processo à articulação comunitária

A recuperação da memória do vivido, além de propiciar o trabalho com a historicidade do processo, foi desvelando lacunas, inquietações, ou seja, nos remeteu à importância de não apenas descrever a experiência, mas problematizou como nos ensinou Paulo Freire (2011). Esse momento, que Jara Holliday (2017) denomina reflexões de fundo, provocou questionamentos para entendermos os porquês dos acontecimentos.

Esse processo de luta frente a um problema de saúde pública, entendido assim no princípio, foi desvelando o quanto o vírus era apenas mais um elemento na pandemia. A articulação comunitária na reflexão dos sujeitos da pesquisa foi aspecto fundamental, pois conectou os movimentos, fortaleceu vínculos, identidade e qualificou as ações.

As narrativas dos sujeitos da sistematização trouxeram situações sociais, econômicas e culturais que revelaram a existência de um certo divisionismo no bairro. A UAPS Maria Cirino não escapa dessa polêmica. Como está construído na base do morro e, no limite entre o lado mais pobre do bairro e aquele considerado privilegiado socialmente, algumas pessoas comentam que esta beneficia mais quem está próximo à unidade. De certa forma, esta percepção não está totalmente incorreta, porém o que eles não conseguiam perceber é que isso significa atender a um dos princípios do SUS que é a equidade.

Para Costa (2009), a equidade consiste na ideia de que os indivíduos mais frágeis e as comunidades mais pobres merecem atenção especial para se chegar a melhores condições de saúde. De fato, as pessoas do Oitão Preto procuram mais a UAPS, primeiro porque as condições econômicas são mais precárias e, por outro lado, por estarem localizadas mais próximas da UAPS.

Já as pessoas com melhores condições de vida até o início da pandemia, relacionavam-se pouco com as pessoas do Oitão Preto e iam menos à UAPS. Sobre isso Neta (2022), comenta:

Havia divisão. Ai o ComVida convidou a gente, mas as falas eram: as pessoas lá de baixo são ricas e não precisam do posto e tinha resistência de pessoas daqui de baixo que não queria subir o morro. Muitos aqui debaixo foram atendidos pela primeira vez lá no posto após a pandemia e o movimento ComVida (Neta in COMVIDA c, 2022, p.5).

A sistematização trouxe à luz essas questões e pudemos problematizar alguns aspectos. A pandemia acabou afetando a todos do bairro, inclusive as pessoas que têm ou tinham plano de saúde e o SUS passou a ser a única forma de acessar a atenção, ocasionando a procura da UAPS por essas pessoas.

Desde a Constituição Federal de 1988, o SUS, como sistema de saúde público, gratuito e universal, é a principal política pública de inclusão, sendo potente instrumento para diminuição da desigualdade social no Brasil, mostrando-se de forma exemplar no enfrentamento da pandemia da covid-19.

Outro aspecto que veio à tona nas narrativas foi o fato de que as pessoas em melhores condições socioeconômicas não se declaravam moradores(as) do bairro, confirmando a negação histórica desse território, invisibilizado e discriminado socialmente. As narrativas populares permitiram inferir que o ComVida aproximou pessoas dessas duas partes, separadas histórica e simbolicamente. Coletivamente, os sentidos comuns foram brotando e as ações em saúde floresceram em um território já potente, como aponta Araripe, que a VPS aprofundou a articulação comunitária no bairro, aumentando a interação entre moradores

Os diversos movimentos sociais do bairro, embora historicamente tenham atuado de forma fragmentada, uniram-se e se organizaram no ComVida, fazendo um caminho de crescimento diferente, na forma de trabalhar. Partiram de um trabalho isolado, na perspectiva do individualismo, para experimentar um processo de superação, tendo como referência a

coletividade. Monteiro (2022) referencia o projeto como possibilidade de unir objetivos e ações dos movimentos populares do bairro.

[...] conhecendo mais um pouco de cada trabalho deles e acho que deu as mãos em prol da nossa própria comunidade para que a gente possa conseguir êxito né, na comunidade (Monteiro apud COMVIDA, 2022, p. 6).

Os sujeitos da pesquisa reconhecem que a VPS trouxe à luz as potencialidades do território, as subjetividades das pessoas e, por uma necessidade histórica, criaram-se condições concretas para uma somatória de forças em prol da coletividade, promovendo diálogos e troca de experiências entre as pessoas que conseguiram, no caminhar, impactar no coletivo.

O ComVida contribuiu para o crescimento da comunidade e para o crescimento pessoal de cada um. Como pessoa. Vivíamos muito abandonados pela gestão, havia uma distância do posto de saúde e as lideranças. Veio pra entrelaçar! (Neta apud COMVIDA, 2022, p.11).

As reflexões acima nos possibilitam entrever o papel da coletividade para um crescimento individual com base em valores que se forjam na comunidade. Aqui, trazemos as referências de Paulo Freire e Boaventura Santos que falam de autonomia e emancipação como processos, como um vir a ser que aponta para o fortalecimento de setores populares e que não exclui as subjetividades, mas as compreende em movimento. Parece-nos que a experiência de VPS foi essa força motora capaz de criar condições para o diálogo entre serviço de saúde e movimentos populares do território.

As narrativas também evidenciam como o trabalho trouxe à luz as potencialidades de pessoas, muitas vezes, invisibilizadas, legitimando novas lideranças na comunidade.

Ele nasceu no Moura Brasil, mas ele não tinha essa abertura com as pessoas. Está mais próximo das famílias, dos próprios vizinhos dele né, dos idosos que são muitos, mas procuram a gente nesse

momento. Então isso aí ajudou bastante a aproximação com as lideranças (Monteiro apud COMVIDA, 2022, p.5).

Nesse sentido, Bispo revela em suas reflexões que algumas pessoas resistem em participar como agentes de vigilância popular de saúde, em função de que a aproximação com o serviço de saúde, com os profissionais é algo historicamente recente. Como explicitado anteriormente, a existência da unidade de saúde no bairro é recente e o acesso das pessoas anteriormente em outras unidades não possibilitava essa abertura, essa proximidade, o diálogo. Ao mesmo tempo, ela chama atenção para o tempo das pessoas nessa aproximação, nos lembrando que existe um ritmo singular de cada pessoa, mas acentua a existência de uma vontade popular em participar.

A respeito da experiência como vigilante né, eu vejo que a galera tem uma resistência ainda porque a gente nunca teve essa assistência de saúde, nunca teve tão próximo, nunca participou tanto né, mesmo que a passos lentos, as pessoas procuram participar, foi importante ter essas pessoas que nunca participaram de nada, podendo contribuir com a transformação do bairro na questão da saúde. Isso faz com que elas se sintam importante e que suas demandas são atendidas (Bispo apud COMVIDA, 2022, p. 13).

Corroborando as afirmações de Bispo e como partícipe dessa caminhada, percebemos que, no ComVida, participaram pessoas sem histórico anterior de participação e que em muito contribuíram com a transformação social do bairro. A fala de Bispo mostra que o povo não ignora os processos que se dão na comunidade e a decisão dele em participar ou não tem a ver com o fato de sentir-se parte, sentir-se valorizado, o que compreendemos que também se vincula com o modo como nos aproximamos. Nesta perspectiva, temos a educação popular com uma das âncoras deste trabalho, parecem ter sido determinante na possibilidade de incluir novas pessoas que no próprio caminhar se constituíram lideranças do ComVida, fizeram-se ou se perceberam sujeitos(as) da própria história. Aqui, chamamos atenção de modo

especial para inclusão de mulheres e jovens que chegaram a esse movimento sem histórico de participação popular ou comunitária e que vão constituir grande parte das lideranças do movimento.

Embora muitas igrejas pentecostais e católicas em âmbito nacional e local tenham se lançado ao obscurantismo e negado as medidas de barreiras preventivas contra o coronavírus, no Bairro Moura Brasil, tivemos igrejas que agiram em prol da ciência, da saúde coletiva e da vida e se somaram à experiência do ComVida. As narrativas, problematizam sobre o desafio da comunicação entre o ComVida e as lideranças religiosas, e apontam para o desafio não superado, do movimento da VPS, estabelecer diálogos com as lideranças dessas igrejas, na perspectiva de aprofundar o diálogo intersetorial. As reflexões dos sujeitos populares nos levam a alguns questionamentos: considerando que nacionalmente o discurso negacionista do dirigente do país apoiado pela chamada bancada evangélica, conduziu muitas igrejas a negar as medidas sanitárias propostas e reconhecer as orientações da ciência, o que foi determinante na aproximação ou recusa ou envolvimento dessas instituições ao movimento protagonizado pelo ComVida? Em que medida, enquanto coletivo, poderíamos ter contribuído para essa adesão?

Desse modo, o negacionismo acentua incertezas, influencia na adesão da população aos protocolos de prevenção, compromete a resposta do país à pandemia e ameaça à democracia (Costa, 2009). O negacionismo é influenciado, principalmente, dentro dos espaços religiosos evangélicos, a partir de falas do atual presidente da república:

Durante a pandemia, notamos que certas declarações de Bolsonaro eram previamente citadas nas lives de pastores evangélicos ou vice-versa, indicando uma clara sincronia. Isso foi evidenciado em muitas falas e atitudes: a recusa em fechar os templos religiosos; o uso de medicamentos sem comprovação científica para o tratamento da doença, como hidroxicloroquina, cloroquina, azitromicina e ivermectina; a desconfianças em relação às vacinas; a negação da eficácia do uso de máscara facial; a defesa de falsas terapias (Mello, 2020, p. 37).

Monteiro (2022) também problematizou sobre a baixa adesão dos comerciantes às ações de saúde frente à pandemia, questionando a indiferença, destes que, em geral, são também moradores do bairro. Muito provável que o pouco envolvimento desse setor esteja guiada pelos princípios do mercado, que se ancora no lucro e na competitividade, na concorrência, em detrimento dos valores humanos.

Santos (2000) pontua sobre os princípios que regulam as sociedades modernas nomeando-os como princípio do mercado, do Estado, e da comunidade e acentua a priorização, nos últimos quarenta anos, do primeiro em relação aos outros dois. Ao realizar essa análise, o autor refere-se à mercantilização da vida coletiva, em que estado e sociedade civil ou comunidade, submetem-se à lógica do mercado que passa a gerir baseada em critérios de rentabilidade, a vida cotidiana. Com base nessas pontuações, ousamos inferir que, em relação aos comerciantes, o princípio de mercado, Santos (2000), realmente, pareceu se sobrepor ao princípio de comunidade.

Na fala, Monteiro (2022) informa que os comerciantes com menor estrutura econômica tiveram maior protagonismo no tocante à essa adesão

A gente também tem grandes comerciantes na nossa comunidade que tem uma história grande na comunidade que cresceram dentro da comunidade e que hoje tem um grande império dentro da comunidade, mas que não aderiu ao trabalho na comunidade, não ajudou em nada e às vezes a gente percebeu que comerciantes pequenos com muito pouco ajudou, de forma que eles podiam fazer (Monteiro apud COMVIDA, 2022, p. 7).

A pouca adesão do comércio do bairro impulsionou as lideranças comunitárias a articular doações de alimentos e insumos fora do bairro. Aqui, mais uma vez, via-se a situação limite de que nos fala Paulo Freire (2017), mobilizar os sujeitos do processo a constituir atos-limite, buscando a superação daquilo que necessitava ser transformado na realidade na ótica da solidariedade ativa, como uma questão de natureza política e metodológica, como preparação para a luta, em busca da conquista do que se sonha coletivamente.



[...] mesmo eles passando por necessidade, eles tiravam alguma coisa de dentro de casa para ajudar pessoas que estava mais necessitada na comunidade isso foi muito importante (Monteiro apud COMVIDA, 2022, p.7).

As narrativas dos sujeitos foram explícitas em responsabilizar o governo federal e o Ministério de Saúde pela inoperância e falta de empenho na elaboração de um plano nacional de enfrentamento da pandemia e reafirmaram a postura dos governos estaduais e municipal, no sentido de buscar prover os serviços de saúde de APS e o ComVida, com protocolos e orientações condizentes com os preconizados pela OMS. Enquanto as ações no território aconteciam, nos perguntávamos, em que medida não estaríamos assumindo o papel do Estado, no sentido da sua responsabilização pelo processo?

Frente ao contexto de omissão e exclusão do governo federal, e a situação de calamidade pública instalada, vários movimentos populares em periferias e favelas de várias regiões do país organizaram ações como contraponto ao descaso estatal e à ideologia da elite brasileira. Uma delas foi a experiência Mãos Solidárias e a campanha Periferia Viva, a qual nos somamos com a consciência de que vivíamos um processo de negação de direitos e que estávamos construindo um percurso de solidariedade ativa, que “aponta para a construção de um projeto popular de país, onde a solidariedade da partilha é um princípio!” (Brasil, 2017).

O processo vivenciado com o ComVida não envolveu somente as entidades comunitárias. Em alguns momentos, as ações de VPS dialogaram com as ações de políticas públicas locais, para além da saúde, especialmente a educação municipal. A articulação com escolas e creches, equipamentos de âmbito municipal, ajudou no crescimento do ComVida. O diálogo intersetorial foi desafiador, pois a situação não estava dada. Os protocolos de medidas de barreiras preventivas para a escola estavam ainda em construção e havia muitos questionamentos, em especial de pais e mães. A fala de Monteiro expressa esses desafios

Foi preciso os próprios moradores se sensibilizar, a própria escola, a creche também [...] em alguns momentos também foi importante a abertura da escola e da creche para eles entender realmente o que estava acontecendo [...] que realmente teria tido um crescimento muito maior dos casos com as crianças estudando (Monteiro apud COMVIDA, 2022, p. 8).

Como reflexão do ComVida, alguns sujeitos apontaram que esse movimento era heterogêneo, acolhendo pessoas de visões de mundo e alinhamento político diferenciado. Inicialmente, essa questão se apresentou como desafio para a organização. Araripe evidencia como esse movimento que foi se potencializando na prática, à medida que se foi percebendo que frente a um contexto tão desafiador, as divergências políticas e ideológicas não eram a questão mais importante e não repercutiam negativamente, naquele momento, na organização coletiva.

De início eu achei que teríamos muito conflito entre os líderes de rua, pois a diversidade fez parte do Comvida. Temos líderes de todos os espectros políticos e de vários movimentos. O que me pareceu uma divergência acabou não sendo (Araripe apud COMVIDA, 2022, p. 8).

Ancorando essas reflexões, Dantas (2020) traz para esse acolher de vozes discordantes, ou vozes dissonantes, foi possível produzir uma espécie de polifonia, em que essas vozes puderam se harmonizar sem que nenhuma sofresse um apagamento. Esse acolhimento foi fundamental para o fortalecimento do movimento e para compreendermos que os sujeitos(as)(es) se constituem historicamente e estão em processo de vir a ser.

As reflexões trazidas pelas lideranças do ComVida, na sistematização, reconhecem este movimento como legítimo e vislumbram a continuidade deste. Porém, com certa criticidade, apontam que desse processo se pode aproveitar potencialidades e desafios, em uma perspectiva de tirar lições e aprender com elas. Neste sentido, esses sujeitos, além de considerarem as ações de VPS como estratégicas no potencial transformador da realidade,

apontam para importância de seguir avançando. Uma das questões por eles percebida é a possibilidade de superar o divisionismo que obstaculiza avanços na comunidade.

No processo de avaliação sobre o vivido, as pessoas apontam que os avanços comunitários no bairro passam pelas ideias coletivamente construídas, pela inclusão de possibilidades de contribuição dos diversos sujeitos e do diálogo como caminho de superação.

Este movimento deve continuar, o ComVida deve seguir aprimorando, avaliar o que foi útil e o que também não foi útil, para a gente poder aprender as coisas positivas, para a gente seguir avançando em frente e diminuir ainda mais essa divisão que tem entre nós do bairro [...]. No ComVida muitas pessoas que não se falavam voltaram a conversar para ajudar a comunidade a grande lição daí é se juntar independente da tendência política eleitoral. Mas as necessidades de organização têm que ficar. Os Momentos como Coletivo Raízes da Periferia, ZEIS, Escola de Surf, Posto de Saúde, Igrejas e outros (Barros apud COMVIDA, 2022, p. 11).

Embora nos primeiros meses de pandemia, a unidade das lideranças do ComVida tenha sido uma constância, a chegada da eleição municipal fragmentou esse movimento e muitas lideranças dividiram as energias para a campanha municipal de Fortaleza pela interferência do governo federal e pelos alinhamentos eleitoreiros locais que historicamente produzem divisões entre as lideranças comunitárias, de modo que os projetos e as ações comunitárias perdem força. Essas reflexões nos conduziram a um questionamento: como superar esta dinâmica eleitoreira em uma perspectiva mais coletiva? Qual seria o papel do ComVida nesse processo? A narrativa abaixo é emblemática sobre a questão:

No momento da campanha política eleitoral, houve resfriamento e diminuiu o movimento do ComVida, isso devido a várias tendências políticas no bairro. Eu conheço pessoas que eram amigas que nem se falam mais por causa da questão política eleitoral, de modo especial por causa do governo Bolsonaro (Barros apud COMVIDA, 2022, p. 8).

Uma das consequências do divisionismo no trabalho do ComVida se expressa também na baixa adesão às medidas não medicamentosas por parte dessa parcela da população do bairro que aderiu ao negacionismo, como exemplifica Amorim (2022):

Por questões históricas, a comunidade teve uma adesão abaixo do esperado. Como por exemplo: Não aglomerar e usar corretamente a máscara (p. 8).

Como discutido anteriormente, a VPS surgiu a partir dos desafios vividos em determinado território na luta por transformação social. Desta forma, uma vivência de protagonismo refere-se às iniciativas dos sujeitos(as) (es) daquele território. Ao considerar a multiplicidade de sujeitos que ali atuam, é importante destacar na experiência do ComVida, a participação das mulheres, que representaram a maioria em número e qualidade; da juventude que atuou no processo de organização das ações, no aporte tecnológico e nas agitações e outros movimentos dentro do bairro. Neste sentido, as agentes comunitárias de saúde, que se instituem a partir do curso, foram fundamentais trabalhando em todos os momentos dentro e fora da UAPS. Também, fizeram-se protagonistas, diretoras da escola e da creche local, integrantes do bloco “A Turma do Mamão”, além de um conjunto de atores externos já referenciados na recuperação da memória do vivido.

Ao ponderar o exposto, reconhecemos à luz de Cunha (2018), a complexidade de acompanhar e monitorar as situações de saúde em território vivo com suas dinâmicas, suas redes, e seus agentes. No entanto, as reflexões advindas da problematização sobre esse aspecto da articulação comunitária, referenciam a importância dessa experiência e apontam a necessidade da continuidade.

O ComVida mostrou a importância aqui que se tem e o como fazer para conseguir a unidade civil por exemplo e também a unidade na academia. Alguém poderia começar este movimento para continuar avançando, você João poderia encabeçar isso, poderia começar esse

movimento para acelerar ainda mais essa unidade no bairro, poderia ter um espaço central, um espaço físico para que esse movimento possa também se concentrar (Barros apud COMVIDA, 2022, p. 11).

O processo de organização comunitária que se constituiu teve como âncora a solidariedade no servir e o resgate do sentido de humanidade. Foi possível perceber a partir das narrativas dos sujeitos, que esses dois princípios motivaram as lideranças do ComVida a seguir nas ações.

Ao nos referirmos ao resgate da humanidade em um processo de organização popular e comunitária, buscamos âncora em Paulo Freire (2011), que problematiza sobre a necessidade de reconhecer a humanidade nos humanos, tendo como base, o reconhecimento de um processo histórico de desumanização, fruto da alienação, em que o ser humano não consegue tomar consciência da própria vocação para o “ser mais”.

A essa perspectiva de “ser mais”, a experiência do ComVida se associa à dimensão, já referida, da solidariedade no servir como acentuam as palavras de Barros.

Aprendi que devemos viver sempre num movimento solidário, um ajudando o outro, a pandemia né esse movimento que a gente fez para amenizar os sofrimentos e as perdas da pandemia mostrou isso, muita solidariedade (Barros apud COMVIDA c, 2022, p. 9).

Para que esse processo de VPS possa ter continuidade, os sujeitos da pesquisa apontam para eixos estratégicos de organização popular, assim como para manutenção dos processos de formação e estudo, das práticas solidárias e libertadoras e, neste sentido, Amorim coloca “Dar continuidade na formação de APS e potencializar os espaços e lideranças existentes do território” (Amorim apud COMVIDA, 2022, p. 4).

Na tentativa de constituir uma síntese acerca de como a experiência contribuiu com a organização comunitária, ousamos inferir que a constituição do ComVida se efetiva como continuidade e fortalecimento das iniciativas existentes entre as organizações comunitárias do bairro, mas que acabou por

imprimir outra dinâmica ao processo de organização popular. Esta se fez permear por um dialogar que procurou envolver diferentes forças presentes no território, somando de distintos movimentos em um mesmo espaço, em torno de uma questão de saúde coletiva, no caso, a pandemia da covid-19.

As ações e reflexões das lideranças possibilitaram o desvelar das contradições e o divisionismo histórico e simbólico do bairro, promovendo maior unidade entre as lideranças, os moradores e os profissionais de saúde da UAPS. A abordagem de educação popular, que foi base para a experiência de VPS, revelou, visibilizou o protagonismo de novos sujeitos e lideranças, especialmente mulheres e jovens e o avanço da articulação intersetorial no fortalecimento da organicidade popular. A perspectiva de solidariedade ativa e do protagonismo popular que está no cerne da experiência, não propõe, porém, a substituição do papel do estado, no que se refere à garantia das políticas públicas de saúde, educação, assistência e seguridade social. Por fim, os sujeitos apontam possibilidades de continuidade para além da pandemia, do trabalho comunitário.

Pontos de chegada: as lições e aprendizados do percurso

Nosso caminhar até aqui foi longo e contou com a companhia de muitas pessoas. Por vielas e ruas, os passos dados, em plena pandemia, não foram fáceis, porém consideramos imprescindíveis para chegarmos a este momento, que Jara Holliday (2017) nomeia como pontos de chegada. Momento de extrair as lições e os aprendizados do percurso e de partilhar esses aprendizados com a comunidade do Moura Brasil e a comunidade acadêmica.

Nos dispusemos com esta análise, a construir uma caracterização do território, buscando identificar situações de iniquidades e implicações no percurso da pandemia, além de analisar o processo da VPS que desenvolvemos coletivamente para tentar superar as situações – limite surgidas, tentando, de algum modo, contribuir com a formulação e prática da VPS.

O processo de sistematização que empreendemos, nos ajudou a construir reflexões conceituais sobre a VPS e percebemos que nossas



inferências se aproximam e dialogam com o que a academia tem produzido. Entre esses aspectos, ressaltamos o protagonismo popular, a importância da comunicação e o fortalecimento da organização comunitária, além do território como base de materialização.

A escolha da metodologia nos permitiu, ao recuperar a memória do vivido, identificar potencialidades e desafios do processo e dos aspectos mais emblemáticos da experiência no olhar do coletivo. Entre esses aspectos, está a contribuição da experiência para o fortalecimento da organização comunitária.

A esse respeito, embora tenhamos consciência de que embarcamos em uma viagem já iniciada entre as organizações do bairro, o percurso propiciou a construção de uma dinâmica dialógica e inclusiva que acolheu os diversos sujeitos em diferenças, promovendo maior unidade entre as lideranças, os moradores e os profissionais de saúde e contribuindo para redução de um divisionismo histórico existente no território e a visibilização e constituição de novas lideranças, especialmente mulheres e jovens.

Desse modo, constituiu-se ambiente favorável à escuta, diálogo e partilha de experiências, possibilitando a corresponsabilização dos diversos sujeitos e permitindo a ampliação da compreensão do processo saúde-doença com a inclusão da concepção da determinação social da saúde.

Este movimento abriu possibilidades de continuidade e ampliação dos horizontes da experiência para além da pandemia e mobilizou o conjunto dos sujeitos para a luta por melhoria dos serviços de saúde no bairro e inclusão de lideranças comunitárias na elaboração das agendas e dos processos de trabalho da UAPS Maria Cirino.

A escolha da educação popular, como caminho pedagógico da experiência de VPS, por meio dos princípios do diálogo, da amorosidade, da problematização, da solidariedade e da perspectiva da autonomia e emancipação, revelou-se potente, do ponto de vista metodológico para inclusão de ações educativas em saúde com abordagens acessíveis e identificadas com aspectos culturais locais e para o avanço da articulação intersetorial no fortalecimento da organicidade popular.

Corroborando com a concepção de VPS, inferimos que a âncora da experiência na perspectiva de solidariedade ativa e do protagonismo popular, que está no cerne desta experiência, não propõe, porém, a substituição do papel do estado, no que se refere à garantia das políticas públicas de saúde, educação, assistência e seguridade social.

Ainda ancorados no que aponta Jara Holliday (2017) em relação aos pontos de chegada, além de expressar os aprendizados, formular conclusões, é necessário socializar o conhecimento produzido. Como se trata de um processo de diálogo entre serviço, academia e comunidade, para que essa partilha se faça comunicação e aprendizado coletivo, torna-se necessário pensarmos em linguagens diversas, acessíveis aos diversos coletivos e pessoas que os acessarão e aponta para o que Paulo Freire (2011) denomina esperar como a capacidade de ir atrás, de se juntar, de não desistir e de reagir ao que parece não ter saída. Por isso, finalizamos com a fala de Barros “precisamos continuar nos organizando para avançarmos em prol do bem-estar coletivo”.

Referências

- Aguiar, A. C. P.; Rigotto, R. M. Vulnerabilização e violações de direitos na Chapada do Apodi (CE): fortalecendo a vigilância popular em saúde no enfrentamento ao agronegócio. *In*: Souza, M. M. O.; Folgado, C. A. R. (org.). **Agrotóxicos e agroecologia: enfrentamentos científicos, jurídicos, políticos e socioambientais**. Anápolis: UEG, 2019. p. 17-37.
- Alves, P. A. **Vigilância popular da saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da mineração de urânio e fosfato no Ceará**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- Arjona, F. B. S. **Vigilância popular em saúde: uma prática espacial para emancipação humana**. Rio de Janeiro: Mattos, 2021.
- Arruda, R. L.; Aguiar, J. E. O negacionismo e a pós-modernidade: Bolsonaro e a pandemia. **Boletim de Conjuntura**, Boa Vista, v. 2, n. 11, p. 10-18, 2021.
- Bagatolli, A. B. M. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **ACR**, [S.l.], v.18, n.2, p.85-92, 2021.
- Brasil. **Territórios Saudáveis e Sustentáveis no Semiárido Brasileiro: vigilância popular em saúde em tempos de pandemia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017.
- Breilh, J. Covid-19: determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos. **Ensayos**, Chile, v.12, n.43, p.39-56, 2020.

- Brum, E. **Há indícios significativos para que autoridades brasileiras, entre elas o presidente, sejam investigadas por genocídio.** San Diego: El País, 2021.
- Carneiro, F. F.; Pessoa, V. M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde**, São Paulo, v.18, n.3, p.77-84, 2020.
- COMVIDA. **Relatório Sistematização.** Fortaleza: ComVida, 2022.
- Costa, A. M.; Rizotto, M. L. F.; Lobato, L. V. C. Na pandemia da Covid19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde Debate**, São Paulo, v. 44, n. 125, p. 18-26, 2020.
- Costa, E. M. A. **Saúde da Família: Uma Abordagem Multidisciplinar.** 2. ed. Rio de Janeiro: editora Rubel, 2009.
- Cunha, R. D. Negacionismo religioso: Bolsonaro e lideranças evangélicas na pandemia Covid-19. **Religião & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, p. 49-74, 2018.
- Dantas, V. L. A. **Dialogismo e Arte na Gestão em Saúde: A Perspectiva Popular nas Cirandas da Vida.** 3. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.
- Freire, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- Holliday, O. J. **Sistematização de experiências: aprender a dialogar com os processos.** Lisboa: MNU, 2017.
- Holliday, O. J. **Para sistematizar experiências.** 2. ed. Brasília: MMA, 2006.
- Machado, J. M. H. *et al.* **Vigilância popular em saúde em tempos de pandemia: proposta de um caminho.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.
- Machado, J. M. H. **Vigilância popular em saúde em tempos de pandemia: proposta de um caminho.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.
- Mello, L. M. B. D. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.25, n.1, p.57-62, 2020.
- Netto, F.G. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 102-111, 2017.
- Santos, B. S. A. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** São Paulo: Cortez, 2000.
- Sevalho, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.611-632, 2016.
- Valla, V. V. **Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- Werneck, G. L.; Carvalho, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 13, p. 31-47, 2020.

FORMAÇÃO-AÇÃO EM AGENTES POPULARES DE SAÚDE DO CAMPO NO ESTADO DO CEARÁ (APSC-CE) NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19: TRABALHANDO A COMUNICAÇÃO PARA FORTALECER A VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE

Ana Paula Dias de Sá
André Luiz Dutra Fenner
Rosely Fabrícia de Melo Arantes
Jorge Mesquita Huet Machado
Gislei Siqueira Knierim
Leandro Araújo da Costa
Fernando Paixão da Costa

Introdução

Desde o ano 2020, o mundo foi assolado pela doença respiratória causada pelo vírus SARS-Cov-2 (Coronavírus), descoberto na China, em 2019, e que se converteu rapidamente em uma pandemia, oficialmente declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020.

O caráter social da pandemia da covid-19 foi se confirmando na medida em que ela foi se instalando. Em estudo publicado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) acerca do perfil sociodemográfico dos óbitos, concluiu-se que, no início, a mortalidade esteve mais presente entre as pessoas velhas, obesas e com comorbidades. À medida que o tempo avançou e a dimensão social foi relacionada, solicitando a definição de alguns protocolos de assistência, a balança passou a sofrer desequilíbrio. No total acumulado de óbitos em 2020, a maior parte foi de pessoas que ocupavam funções nas áreas de produção de bens e serviços e o comércio em geral. O estudo revelou ainda problemas na quantificação e classificação de óbitos por covid-19, o que pode ter ocasionado número maior do que o que se revela nas fontes oficiais (Fiocruz, 2021).

Outro aspecto que merece atenção é que, mesmo sendo o sexto maior país do mundo em população, o Brasil ocupou o segundo em número de óbitos por covid-19. Uma explicação apontada é por se tratar de território que historicamente convive com diversas e simultâneas crises, desde a sanitária e ambiental, até a política, civil, midiática e jurídica estabelecidas no país desde 2016, ocasião em que foi dado o golpe de estado que destituiu a presidenta eleita Dilma Vana Rousseff.

De acordo com dados do relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (CPI da Pandemia), a posição do ente federativo, diante da crise sanitária provocada pela covid-19, foi de negação da doença e da ciência, de boicote às medidas de proteção individual, de não socorro aos estados e municípios, atraso e tentativa de corrupção no processo de compra das vacinas, fomento de desinformação e uma série de outros crimes. Um comportamento negligente que contribuiu diretamente para a morte de milhares de pessoas e concedendo ao Presidente da República o título de genocida. Ainda que aberto alguns processos e inquéritos, nenhuma medida punitiva no âmbito jurídico foi tomada para punir legalmente os responsáveis pelos crimes cometidos durante a pandemia (Brasil, 2021).

Se essas foram as características vivenciadas no Brasil em vigência do início da pandemia, para alguns grupos populacionais, os efeitos de ditos processos foram ainda mais intensos. Foi o caso das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PCFA) que vivem e reproduzem suas vidas em um contexto historicamente às margens das políticas e serviços públicos, inclusive onde o Sistema Único de Saúde (SUS) não é uma realidade plena em todos os territórios e para todas as populações. Com pouco acesso aos serviços de saúde nas três esferas de organização, somado aos diversos problemas de acesso à água potável, transporte e outros, as Populações do Campo se viram isoladas, sem informações e perspectivas (Sá, 2022).

Valendo-se do pressuposto de que a maior medida de prevenção à propagação do novo coronavírus era o distanciamento social, presumiu-se que as populações do Campo teriam melhores condições para enfrentar

a pandemia. O pensamento não é equivocado, inclusive a agricultura estava entre as poucas atividades que poderiam ser mantidas em meio ao isolamento social. No entanto, negligenciou-se o fato de que para além de fragilidades das políticas e serviços públicos ofertados, essas populações não estão completamente isoladas do convívio urbano, ficando, portanto, expostas ao contato com o vírus da covid-19 (Sá, 2022).

Com base neste cenário, coube às populações mais vulneráveis a responsabilidade pela própria organização e pelo enfrentamento da crise pandêmica. Nesse processo, muitas iniciativas eclodiram em várias partes e segmentos do país, dentre elas, as organizadas pelo Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra (MST), no estado do Ceará. Por meio de parcerias estratégicas com outros movimentos sociais, como a Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares (RNMMP) e instituições de ensino e pesquisa, como a Escola de Governo Fiocruz-Brasília (Fiocruz-Brasília), articularam processo formativo voltado para as lideranças dos territórios, com objetivo de contribuir com o processo de enfrentamento da pandemia e, ao mesmo tempo, mitigar os efeitos.

As ações que se deram no âmbito desse processo formativo se agrupam no campo da Vigilância Popular em Saúde (VPS), fenômeno que vem se ampliando e fortalecendo no Brasil em diversas perspectivas. No processo da atual crise sanitária, essa estratégia tem sido a alternativa encontrada para mobilizar, organizar e desenvolver ações coletivas com protagonismo popular, originados e pautados a partir dos territórios.

A (des)comunicação e a pandemia

Dentre as crises que se acumularam no início da pandemia no Brasil, evidenciou-se, também, a crise no âmbito da comunicação e nesse aspecto é importante observar a exclusão que ainda se pratica a muitos grupos populacionais, o que nos remete ao debate sobre o direito à comunicação. Em relação à população do campo, pode-se citar o baixo acesso a esse direito como primeiro abismo.



Segundo dados do relatório do TIC-Domicílios 2021, em relação às comunidades rurais, o principal aparelho eletrônico para utilização de acesso a notícias é a TV, especialmente o acesso aos canais abertos. E, em relação ao acesso à internet, ainda que venha aumentando, os níveis ainda são baixos em comparação às realidades urbanas, existindo, ainda, muitas áreas sem cobertura de sinal digital. Além do acesso, há dificuldade também na qualidade, quando analisados os casos em que há o sinal disponível, mais de 80% do acesso à internet ocorre pelo aparelho celular e por meio de pacote de dados, em geral precários e limitados, definidos a partir da renda dos usuários. Essa informação toma proporções relevantes, quando trazidas para o contexto da pandemia, em que a internet se tornou o principal meio de acesso para realização de várias atividades, incluindo as escolares, trabalho, comércio etc. (TIC-Domicílios, 2021).

Importante sinalizar que, com a baixa transmissão de dados móveis, essa população se torna mais vulnerável às redes sociais digitais, em que, maiormente, transmitem-se conteúdos falsos (*fake news*).

Outra face da desinformação ocorre também em termos epidemiológicos, pouco se conhece sobre os impactos da pandemia da covid-19 sobre a população do campo. A elaboração dos Boletins Epidemiológicos, sob a responsabilidade da vigilância epidemiológica, nos três níveis federativos, toma como unidade informacional os bairros, municípios, estados e as regiões, não havendo, portanto, a transparência sobre os quantitativos de adoecimentos, de óbitos e, até mesmo, imunizações. Isso sem contar nos dados socioeconômicos desta população. Essa não exposição dos dados reflete diretamente sobre o processo de invisibilização desta população e impacta diretamente na criação de estratégias e políticas públicas.

Outro olhar também permite observar que os meios de comunicação no processo de elaboração de conteúdo, também não dialoga com modelo que contemple a pluralidade e inclusão e, mais uma vez, a população do campo é um bom exemplo. Estudos que analisaram as estratégias de comunicação durante o período da emergência sanitária apontaram que o Governo Federal

se valeu de um modelo informacional não dialógico, com predominância de vozes institucionais e sem consideração dos diversos contextos. Características que expressam modelo de comunicação informacional, linear e unidirecional, marcado pela transferência de informações (Santos *et al.*, 2021). Estruturas que foram replicadas na maioria dos estados, como foi o caso de Pernambuco que fez coro a miopia, frente aos diversos atores sociais, desenvolvendo padrões comunicativos homogeneizados, restritos à população urbana, de classe A e B, alfabetizada, adulta, branca e heterossexual. Alijando, desta forma, as populações periféricas, negras, LGBTQIA+, do campo, das florestas e das águas, crianças e as pessoas velhas para citar algumas (Arantes, 2022; Santos *et al.*, 2021).

Na contramão dessa realidade, a experiência das/os Agentes Populares de Saúde do Campo do Ceará seguiu o caminho da produção coletiva do conhecimento, impulsionando a comunidade a definir e produzir estratégias comunicativas com os pés no território e que chegassem a totalidade dos assentamentos, mesmo diante do frágil acesso às tecnologias da informação e comunicação.

Agentes Populares de Saúde do Campo no Ceará enfrentando a pandemia

Diante do contexto político e econômico que se exacerbou com a chegada do novo coronavírus, em face da desassistência produzida pelo Governo Federal, coube às populações mais vulneráveis enfrentar a situação e buscar saídas.

Dentre os processos organizativos, a formação-ação em Agentes Populares de Saúde do Campo no Ceará reuniu academia (Escola de Governo Fiocruz-Brasília), Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra (MST) e Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares. A proposta surgiu a partir das lideranças nos territórios que se articularam em buscar de maior organicidade para o enfrentamento da pandemia, em face da desassistência praticada a essa população.



Como nasceu a experiência de formação-ação em APSC-CE

Com a chegada da pandemia da covid-19, ficaram em evidência as condições de vulnerabilização que, historicamente, atingem à população do campo. Diante da ausência de ações de enfrentamento à crise sanitária, coube às Comunidades a organização das estratégias, especialmente no âmbito da comunicação e prevenção. Simultaneamente a esse trabalho de mobilização das comunidades camponesas, aconteceu, em Recife, o “Curso de Formação em Agentes Populares de Saúde: ajudando minha Comunidade no enfrentamento da Pandemia da covid-19”, parte do Projeto Mãos Solidárias, uma estratégia da Campanha Periferia Viva, que tinha por objetivo principal ampliar a capacidade de resposta à pandemia do coronavírus no contexto de aglomerados urbanos com pouca infraestrutura (Méllo *et al.*, 2020). Essa iniciativa inspirou o MST a desenvolver atividades de formação com a intenção de multiplicar informações e apoiar as lideranças dos territórios para o enfrentamento da pandemia.

A proposta foi desenvolvida na maioria dos estados em que o MST está organizado no Brasil. Diante da percepção de que era necessário estruturar uma proposta de formação que fosse também ação, em face da emergência pandêmica, que dialogasse com as necessidades dos territórios do campo, que apesar de estarem em comum contexto com as do meio urbano, possuem particularidades específicas, quando se analisam o processo saúde-doença, a formação em Agentes Populares de Saúde, tomou outro percurso no Ceará. Estruturou-se a partir dos territórios em uma construção dialogada integralmente entre a comunidade, a academia e o movimento social. Assim, teve início o “Curso Livre de Formação em Agentes Populares de Saúde do Campo do Ceará” (APSC-CE).

A primeira etapa desse processo consistiu na formação de uma Coordenação Político-Pedagógica (CPP) composta por uma liderança de cada território (Brigada [IC1])²¹, coordenadora e militantes do Setor de Saúde

21 O Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra (MST) possui um processo de organização que o subdivide em estados, brigadas, assentamentos e acampamentos.

Acampamento: unidade coletiva de número variável de famílias, que se encontra no processo de ocupação de uma terra improdutiva com processo de desapropriação para fins de reforma agrária.

do MST que, neste contexto, também estavam acadêmicos do programa de mestrado da Fiocruz.

Nessa coordenação, foram delineados e discutidos os temas a serem trabalhados, a metodologia e os recursos necessários à luz das necessidades sentidas e percebidas nos territórios. A proposta temática acerca do conteúdo abordado no processo formativo foi distribuída em três módulos educativos (Quadro 1).

Quadro 1. Módulos e temas educativos do Curso Livre de Formação-ação em Agentes Populares de Saúde do Campo – CE

MÓDULOS E TEMAS EDUCATIVOS DO CURSO LIVRE DE FORMAÇÃO-AÇÃO EM AGENTES POPULARES DE SAÚDE DO CAMPO-CE	
Módulo I:	A Pandemia Pandemia e prevenção Pandemia e cuidados Consequências da Pandemia: violência contra a mulher Consequências da Pandemia: saúde mental Consequências da Pandemia: desinformação e fake News Avaliação do Módulo I
Módulo II	Direito à saúde: SUS Direito à saúde: PNSIPCEFA Direito à água: aspectos jurídicos Direito à água: caminho das águas Direito à água: saneamento Direito à terra: a história da luta pela terra Direito à terra: agronegócio e agrotóxico Direito à terra: agroecologia e saúde Direito à terra: soberania alimentar e segurança nutricional Avaliação do Módulo II
Módulo III	Práticas Populares de Cuidado em Saúde Educação Popular em Saúde Manejo e cultivo de plantas medicinais

Fonte: Sá, 2022.

Assentamento: unidade coletiva de extensão e número variável de famílias que se encontram em terras desapropriadas.

Brigada: unidade regional que acumula número variável de assentamentos e acampamentos, sua extensão, muitas vezes, segue padrões de subdivisões existentes no estado, exemplo, litoral norte, litoral sul, brejo, sertão, etc. (MORISSWA, 2001).

A proposta pedagógica e metodológica da formação, assim como o conteúdo elencado, foi estruturado em um Projeto Político Pedagógico (PPP) que foi submetido e aprovado pela Escola de Governo Fiocruz - Brasília. O Curso Livre de Formação-ação em Agentes Populares de Saúde do Campo no Ceará aconteceu de maneira híbrida, em função da necessidade em se manter o distanciamento social como medida de barreira de contenção para propagação do novo coronavírus. Foram mesclados momentos virtuais, aqui nomeados como Tempo Aula (TA) e Tempo Comunidade (TC). O TC aconteceu de maneira presencial, na medida em que se cumpriam as condições sanitárias, e em conformidade com os decretos vigentes.

Estruturação da Formação-ação em Agentes Populares de Saúde do Campo no Ceará

a) Tempo Aula (TA)

Os encontros do TA ocorreram de forma remota, por meio da plataforma *Zoom*, com duração média de, aproximadamente, 2h (duas horas) e com intervalos quinzenais. Essa etapa cumpriu o objetivo de trazer o conteúdo teórico a partir dos temas definidos. A mobilização para participação no TA foi feita por meio dos grupos de redes sociais, em especial o *WhatsApp*, *Instagram* e por e-mail. O roteiro metodológico buscou envolver educadores e educadoras, educandos e educandas, na perspectiva também da inspiração da Pedagogia do Trabalho, descrita logo mais adiante, quando serão abordadas as influências pedagógicas do processo formativo.

Para contribuir com a construção e o aprendizado do conteúdo do TA, foram convidadas pessoas parceiras das diversas instituições de ensino e pesquisa comprometidas com os Movimentos Sociais, em especial os Movimentos do Campo. Militantes de outros movimentos e organizações sociais, estes colaboradores e colaboradoras contribuíram como educadores(as) nesse processo formativo.

b) Tempo Comunidade (TC)

No intervalo compreendido entre cada TA, ocorriam as atividades de Tempo Comunidade (TC) que se relacionavam com o tema trabalhado no TA. Foi desenvolvido, respeitando as possibilidades de cada território e buscando atender ao princípio da pedagogia da alternância. Atendendo às questões sanitárias em função da pandemia, em alguns assentamentos, foi possível o encontro presencial entre os (as) Agentes Populares de Saúde do Campo (APSC) para execução da atividade, noutros a articulação teve que ser remota. Em maior ou menor medida, cada território conseguiu assegurar estes momentos.

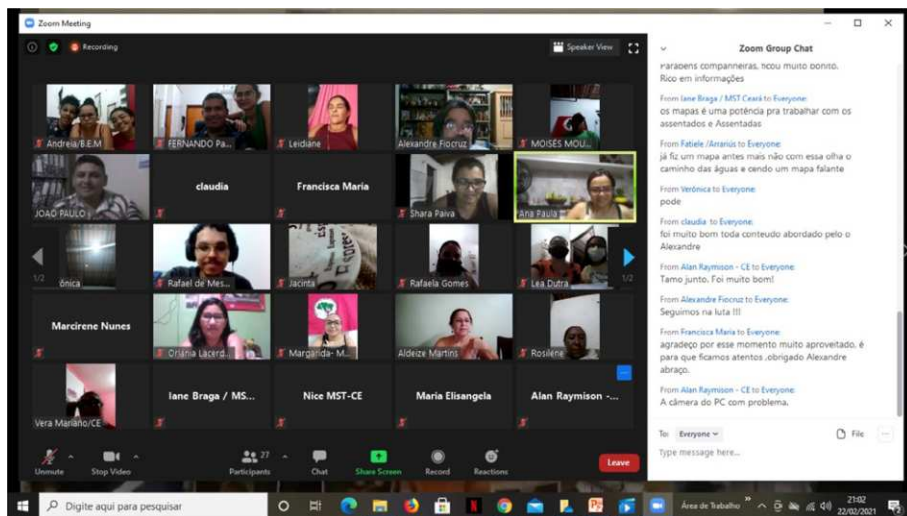
As atividades realizadas no TC foram registradas em formato de escrita, vídeos, fotos, desenhos e enviadas por e-mail, maneira encontrada pela coordenação para sistematizar o processo, ao passo que proporcionava o exercício do aprendizado no uso do computador, serviço de e-mail etc. Para aquelas/es que não conseguiam utilizar esse formato, a saída foi o registro, por meio da escrita manual e do envio do conteúdo da fotografia por rede social.

Figura 1. Mobilização para realização de barreira sanitária



Fonte: acervo do curso.

Figura 2. Encontros entre APSC-CE para realizar atividade do TC



Fonte: acervo do curso.

Sobre as inspirações pedagógicas e metodológicas

“A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam!”

Leonardo Boff

Nesta experiência de formação-ação, os pés pisam o chão dos Movimentos Sociais, especialmente os do MST. Nesta perspectiva, a dimensão de Movimento Social que aqui se trata é inspirada no trabalho da professora Maria da Glória Gohn, ao afirmar que os movimentos sociais são ações sociais coletivas, de caráter social, político e cultural, que viabilizam formas distintas da população se organizar e expressar suas demandas (Gohn, 1997).

Para a atuação prática e a mobilização, muitos Movimentos Sociais têm na metodologia de agir e se organizar as práticas da “*Educação Popular*”, legado deixado pelo educador Paulo Freire. A educação popular é resultante de um diálogo de saberes, intercâmbio das experiências, saberes populares e de conhecimentos sistematizados que vêm sendo construídos socialmente e cooperativamente (Gohn, 1997).

Sobre a Educação Popular, reafirmam-se os pilares que a caracterizam, dentre eles, está a percepção de que todo ser humano é produtor de conhecimento, que a sociedade no conjunto somente será transformada em uma sociedade justa, quando a classe oprimida tiver consciência crítica da realidade para assim poder transformá-la e que o caminho para tomada dessa consciência crítica é a educação (Freire, 2016).

Qualquer educação popular seja informal seja formal, escolarizada ou em organizações sociais deve assumir uma perspectiva crítica radical libertadora e transformadora e considerar os sujeitos como agentes de produção do conhecimento e não apenas como receptores (Freire, 2000, p. 5).

Dialogando com a práxis, foi adotada a Alternância, desenho metodológico comum a outros atores, especialmente aqueles ligados à educação no campo. Trata-se de um método que possui o papel de buscar articular universos considerados opostos ou insuficientemente interpretados, como o mundo da Escola e o mundo da vida, o abstrato e o concreto, a teoria e a prática. A esse método, conhecido como “Pedagogia da Alternância”, descrita em Teixeira, Bernartt e Trindade (2008), assumem-se as seguintes características.

A Pedagogia da Alternância atribui grande importância à articulação entre momentos de atividade no meio socioprofissional do(a) educando(a) e momentos de atividade escolar propriamente dita, nos quais se focaliza o conhecimento acumulado, considerando sempre as experiências concretas dos(as) educandos(as). Por isso, além das disciplinas escolares básicas, a educação nesse contexto engloba temáticas relativas à vida associativa e comunitária, ao meio ambiente e à formação integral nos meios profissional, social, político e econômico (Teixeira; Bernatt; Trindade, 2008, p. 3).

No desenvolvimento material desse processo de alternância, os encontros virtuais de Tempo Aula (TA) foram intercalados pelo Tempo Comunidade (TC). As atividades foram pensadas ora na perspectiva de complementar a teoria, ora a teoria foi experimentada em espaço de criação concreta. A avaliação posterior

a esses momentos trazia, muitas vezes, elementos questionadores, como que (re)fazendo e ressignificando a teoria, se convertendo em um processo metamorfósico de aprendizado (Teixeira; Bernatt; Trindade, 2008).

O que essa vivência nos mostrou

Na construção processual, ao final de cada tema, foi realizada avaliação, com objetivo de verificar o aprendizado, não da dimensão bancária dos processos formativos que, sob o título de avaliar o aprendizado, acaba-se avaliando muito mais ao (a) educando (a). Nessa experiência, a avaliação buscou olhar para o objetivo proposto e os resultados alcançados, sendo tópicos da avaliação:

- a) O tema e sua relevância;
- b) O(a) facilitador (a) se correspondeu ou não e;
- c) O método, facilidades e desafios.

E foi, assim, planejando, executando, avaliando e replanejando, refazendo e reavaliando que a formação em APSC-CE se deu em mais de 11 (onze) meses, com carga horária de 130 (cento e trinta) horas.

O conteúdo foi trabalhado em três módulos educativos, sendo o Módulo I o mais longo (final de julho de 2020 a início de dezembro de 2020), em que foi estudado basicamente a pandemia e as respectivas consequências. O Módulo II tratou da discussão em torno a luta por direitos, tema trazido a partir das profundas ameaças sofridas nos últimos anos e o Módulo III que abordou as ferramentas para realizar o trabalho de Vigilância Popular em Saúde.

Buscando a materialidade da influência da Pedagogia do Trabalho, todas as tarefas (trabalhos) relacionadas às atividades pedagógicas foram socializadas em forma de rodízio: coordenar, sistematizar, apresentar temas e articular as atividades. Os(as) educandos(as) e educadores(as) integrados vivenciaram diferentes perspectivas a partir do lugar que ocupavam, transformando a formação (natureza) e se transformando no processo. Essa vivência, além de ressignificar as relações com o trabalho e o outro, também contribuíram para evitar a alienação do trabalho.

Em relação ao TA, foi necessário percorrer amplo processo de aprendizado na área de uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), fato que corrobora a necessidade de superação dos desafios colocados ao início deste texto. Nesta perspectiva, foi necessário revisar desde a utilização dos equipamentos, aparelhos celulares e computadores, especialmente no manejo de ferramentas de áudio e vídeo, como também das ferramentas disponíveis para utilização do e-mail, de acesso e utilização dos Aplicativos Móveis, os conhecidos APP (abreviação do inglês “applications”) e, principalmente, o manejo dos APP de videoconferência. Nestes últimos, houve processo fraterno, em que foi necessário aprender e ensinar simultaneamente.

Para além de uso e manejo, aprofundou-se, também, o debate sobre o acesso e o direito à comunicação, tendo em vista as condições de desigualdade presentes.

Diante do cenário encontrado no âmbito da comunicação, também foram criados, elaborados e utilizados conteúdo próprio para promover as medidas de proteção e prevenção diante da Covid-19. Alguns produzidos no âmbito dessa formação, outros na esfera organizativa do MST, materiais com conteúdos voltados para população campesina, recomendações simples como o cuidado com as ferramentas e OS utensílios durante o trabalho na agricultura, sobre o compartilhamento de veículos e caronas dentre tantas outras situações comuns para a população do campo e que não foram propagadas pelos grandes veículos de imprensa durante a fase mais intensa da pandemia [IC2]²².

Durante todo processo, houve a especial preocupação com as demandas referentes à comunicação, buscando pensá-la de maneira dialógica entre educandos(as) e educadores(as), no reconhecimento dos desafios impostos e das iniquidades em comunicação, bem como o acesso às Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC).

Também, esteve presente a preocupação em relação à disseminação de falsas notícias, desta maneira, criaram-se os grupos de redes sociais do curso como *Whatsapp* e *Instagram*, em que eram propagadas as informações relativas à Covid-19. Este era um espaço seguro para esclarecer dúvidas, em razão da

22 Link do vídeo da música da máscara, fotos dos cards, e de materiais distribuídos.

presença das/os profissionais da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares e outros profissionais da saúde que possibilitaram maior confiabilidade as informações prestadas, especialmente sobre o que fazer em relação aos casos sintomáticos e, posteriormente, acerca das informações relativas às vacinas.

As *fakes news* foram tratadas como tema de aprendizado, em que se buscou demonstrar que essa desinformação tem o claro interesse em causar danos às pessoas. A reflexão sobre o tema ajudou os(as) educandos(as) a reconhecer e a não mais reproduzi-las²³.

Figura 3. Exemplo de card produzido pela comunicação do MST para estimular o uso da máscara como medida de prevenção



Fonte: acervo do curso.

Em relação ao desabastecimento de informações epidemiológicas, o grupo em outras parcerias, desenvolveu o Sistema Agentes Campo, um sistema de informações que permite coletar dados e conhecer os impactos da pandemia nesses territórios. A partir desse instrumento, pode-se identificar a quantidade de casos e tratamentos, número de óbitos, dentre outras informações por território. O sistema, ainda, permite inferir sobre as situações relativas ao acesso à água, a alimentos, à renda, saúde e educação. Vale afirmar que o

23 [Video: https://www.youtube.com/watch?v=pfZ6JNOP4ZQ](https://www.youtube.com/watch?v=pfZ6JNOP4ZQ)

levantamento desses dados é realizado por meio de aplicativo instalado em dispositivos móveis que permite a coleta inclusive em ausência da internet. Ele ainda dispõe de sistema para arquivo e tratamento das informações coletadas.

O que torna esse processo inovador e, em certa medida, revolucionário, é que não se trata de mais mecanismo de coleta de informações para compor extensas planilhas. Trata-se de software [IC3]²⁴, um sistema de informações próprio, elaborado desde a criação do questionário até aos mais altos níveis de requisitos como fácil manuseio, intuitividade e acessibilidade a diferentes grupos com diferentes níveis de escolaridade, adaptável e diversos modelos de aparelhos celulares. A criação do Sistema Agentes Campo expressa o que o grupo de Agentes Populares do Campo refletiu enquanto processo de exclusão e como a enfrentou concretamente, elevando, assim, o debate sobre acesso e democratização digital. Um legado que se dá para além da pandemia.



Visita domiciliar aos moradores durante a pandemia-atividade de TC.

24 Software é uma sequência de instruções escritas para serem interpretadas por um computador com objetivo de executar tarefas específicas. Também, pode ser definido como os programas que comandam o funcionamento de um computador. Em um computador, o software é classificado como a parte lógica, cuja função é fornecer instruções para o hardware. O hardware é toda a parte física que constitui o computador, por exemplo, a CPU, a memória e os dispositivos de entrada e saída. O software inclui não apenas o programa do computador propriamente dito, como também manuais e especificações.

FONTE: Finep - Inovação e Pesquisa. Glossário de termos utilizado no projeto Modernize [Internet]. Disponível em: <http://modernize.finep.gov.br/index.php/glossario/Glossário1/S/Software-42/>

Como instrumentos pedagógicos, teve-se a sistematização e elaboração de quatro Cadernos Pedagógicos, sendo um deles um Guia de Roteiros e os demais referentes aos três módulos educativos realizados. Também, foi produzido um vídeo documentário que em 11 minutos conseguiu captar, pelas imagens e pelos depoimentos a essência dessa vivência, o vídeo pode ser visto através do link²⁵.

Figura 4. Card do lançamento do documentário Vigilância Popular do Campo CE



Fonte: acervo do curso.

Outro instrumento de auxílio foi o site que não somente acumula todos os registros, como assegurou verdadeiro repositório, em que estão sendo inseridos os conteúdos trabalhados em diversas linguagens, como vídeos, filmes, livros, cadernos e notícias que permitem conectar a experiência dos APSC-CE a outras tantas atividades em Vigilância Popular que estão ocorrendo no país afora²⁶.

Concluíram o processo formativo 34 APSC divididos em nove comunidades de seis municípios (Amontada, Canindé, Crateús, Miraíma, Santa Quitéria e Santana do Acaraú), totalizando, aproximadamente, 750 famílias acompanhadas e mais de duas mil pessoas assistidas de maneira direta e indireta.

25 Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=sRtqFzqj4DM&t=64s>

26 A exemplo: agentescampo.com.br



A Formação-ação e seus produtos



O que se deixa de reflexão a partir dessa experiência

Na estrutura do Estado burguês, a comunicação é um instrumento do capital para moldar a sociedade (Mészáros, 2011) e, por isso, está restrita a um caráter meramente instrumental e não compreendida nem reconhecida enquanto campo científico e direito humano. Essas características sedimentam o terreno para desinformação e conteúdos passíveis de manipulação, como vistos durante o período da emergência sanitária, especialmente com a postura da Presidência da República, quer no âmbito da ação como da não ação.

Em diálogo com o modelo político-econômico de produção do capital, que tem o Estado moderno enquanto composição fundamental e indispensável para o funcionamento permanente; e, em que tudo “deve ser desvirtuado para proporcionar a impressão de coesão e unidade, projetando a imagem de uma ordem saudável e racionalmente administrável” (Mészáros, 2011), o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda encontra resistências para implementação dos princípios da universalidade, equidade e da integralidade que se reverberam no modelo de comunicação praticado, inclusive durante a pandemia da covid-19.

A chegada do vírus evidenciou a necessidade de revisão no modelo de diálogo do Estado brasileiro com as instâncias interfederativas, com os territórios e a mídia. É preciso deslocar a produção de conteúdo de modelos lineares, verticais e unidirecionais para outros que se conformem na horizontalidade e participação de todos os sujeitos envolvidos, em que a oferta de informação se proponha a ser mais do que objeto de mudanças de práticas.

O Estado tem o dever de proteção sanitária e materializar o direito à saúde para todas as pessoas e territórios, condição apenas possível com o também reconhecimento e efetivação do direito à comunicação. Faz-se necessária a promoção de comunicação de qualidade, clara e a escolha das estratégias comunicativas pertinentes aos diversos grupos sociais.

Nesse sentido, cabe apostar em instrumentos como os processos formativos em Agentes Populares de Saúde, no fortalecimento de lideranças populares e na educação para a mídia. Importa construir estratégias de escuta das comunidades e investir na comunicação comunitária e emancipatória que proporcione a proliferação de vozes e modelos descentralizados de produção de conteúdos.

Por fim, é fundamental compreender que o Sistema Único de Saúde é mais do que um sistema universal de atenção à saúde. É um convite cotidiano a toda a sociedade para um exercício solidário de convivência e cuidado com todos os seres vivos, sendo legado para os que virão. Desta forma, solicita um outro modelo de comunicação social, também pública e universal, em que todas as pessoas se sintam envolvidas e representadas.


Referências

- Arantes, R. F. M. **Comunicação em Vigilância em Saúde no Enfrentamento à Covid-19: Um Estudo sobre as Estratégias Direcionadas às/aos Velhas/Os Agricultoras/Es Familiares do Campo em Pernambuco.** (Dissertação) - Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.
- Araújo, I. S.; Cordeiro, R. A. A pandemia e o pandemônio: Covid-19, desigualdade e direito à comunicação. **Chasqui Rev Latinoam Comun.**, Ecuador, v.1, n.145, p.215-234, 2020.
- Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. **Estudo analisa registro de óbitos por Covid-19 em 2020.** 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-analisa-registro-de-obitos-por-covid-19-em-2020>. Acesso em: 16 mar. 2023.
- Brasil. **Relatório Final da CPI da Pandemia.** Brasília: Senado Federal, 2021.
- Mészáros, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição.** São Paulo: Boitempo, 2011.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19.** 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/FactsheetInfodemic_por.pdf?sequence=16. Acesso em: 20 jan. 2022.
- Sá, A. **Vigilância popular no enfrentamento da pandemia da COVID-19: Formação-ação em agentes populares de saúde do campo no Ceará.** Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2022.


Santos, M. O. S. *et al.* Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.25, suppl 1, e200785, 2021.

Teixeira, E. S.; Bernartt, M. L.; Trindade, G. A. Estudos sobre Pedagogia da Alternância no Brasil: revisão de literatura e perspectivas para a pesquisa. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 34, p. 227-242, 2008.

TIC DOMICÍLIOS. **Relatório 2021**. Disponível em: https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2021_coletiva_imprensa.pdf. Acesso em: 16 mar. 2023.



*Educação Popular
em Saúde a partir
da promoção e cuidado
em saúde nos territórios*



(RE)APRENDENDO HISTÓRIAS, MEMÓRIAS E SABERES DAS COMUNIDADES: EDUCAÇÃO POPULAR DIALOGANDO COM A FORMAÇÃO E O TRABALHO EM SAÚDE

Michele Neves Meneses
Renata Pekelman
Neidi Regina Friedrich
Elizabeth Martínez Buenabad
Cristianne Famer Rocha
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Que fazes tu de tuas crenças,
de ti, de tua arte,
de tua ciência,
quanto de amor te faz,
com quanto amor te faz?
(Ray Lima, 2018, p. 36)

Para entender o presente e repensar o futuro, é essencial conhecer as memórias do passado. As histórias, assim como as memórias coletivas, não são fixas e unilaterais, estão em constante reelaboração, sendo construídas e reconstruídas com base nas interações entre as pessoas e os coletivos a que pertencem. Para Pinto (2017, p. 106), “as lembranças na sociedade não são únicas, nem as mesmas para todos”, uma vez que serão abordadas as experiências de cada um em sua vida. Na perspectiva da Educação Popular em Saúde (EPS), os processos formativos devem buscar a aproximação de profissionais com as memórias, a cultura e história, procurando superar estereótipos, preconceitos e distanciamentos tão comuns no cotidiano de vida. Essa aproximação tem potencial para gerar vínculos, compromissos e olhar mais compreensivo que terão influência na atuação profissional destes profissionais.

Se analisarmos a história da educação, esta mostra-se presente desde os primeiros relatos do ser humano na Terra. Formou-se pelas experiências e interações da nossa espécie com o meio. Revelar ao outro a produção e

conservação do fogo, por exemplo, fundamental para preservação da espécie, é um processo educativo. Ensinar o manejo dos artefatos para caçar, se alimentar, fazer uma vestimenta, também era educação. A disseminação de hábitos, crenças, formas de convívio, organização social e a produtiva são decorrentes de processos educativos.

Em suma, a educação é necessária em todos os sentidos: para melhorar nossas condições de vida, para ascender a melhores oportunidades de emprego e/ou para fortalecer nossos valores e relações sociais. Desta maneira, estudar a educação, em todas as modalidades (escolarizada, não escolarizada, pública, privada, direcionada à infância como para os jovens e adultos), implica posicionamentos teóricos e metodológicos, assim como as diversas abordagens desde enfoques diferenciados: antropológicos, históricos, sociológicos, culturais, psicológicos, entre outros.

Nessa direção, o presente capítulo²⁷ foi construído a partir de diferentes óticas e os temas abordados se centram em problemáticas atuais e mostram como é possível fazer uma história do presente, seja na política de saúde e sua correlação com os agentes comunitários de saúde, assim como em formas de pensar e fazer a democracia. Por outro lado, a Educação Popular oferece valioso caminho de análise sobre as formas com que o Estado corporativiza as formas e práticas de resistência étnica. Além disso, a reflexão teórico-metodológica propicia pensar as políticas públicas de educação e saúde em prol da diversidade sociocultural, não apenas no Brasil, como em toda a América Latina. Outras questões que nutrem a produção desse texto centram-se na busca da formação com consciência histórica entre os participantes da Educação Popular.

Neste cenário, a Educação Popular, como corrente de pensamento e ação, somente pode ser entendida, compreendida e conceituada a partir da própria práxis. Este processo *práxico* conta com importantes antecedentes relacionados com pedagogos, políticos, atores sociais e, inclusive, heróis

27 As reflexões aqui trazidas têm como base parte da pesquisa realizada para a dissertação de mestrado de Michele Neves Meneses junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ampliada pela construção reflexiva coletiva dos autores (as).

de nossas histórias. Entre os pedagogos, destacam-se Célestin Freinet, Lev Vygotsky e Paulo Piaget, entre outros. Porém, quem realmente veio a constituir-se como o “pai moderno” dessa proposta teórico-prática é, sem dúvida, o grande pedagogo Paulo Freire (Núñez, 2005).

Assim, a Educação Popular oferece instrumental teórico fundamental para o desenvolvimento de ações pedagógicas baseadas no diálogo, na valorização do saber popular, no resgate histórico e nas memórias das comunidades, tendo a identidade cultural como base do processo educativo e compreendendo que respeitar a sabedoria popular vai ao encontro do respeito ao contexto cultural (Freire, 1999).

Trazendo para o campo da saúde, em particular no âmbito do Sistema Único de Saúde, os principais trabalhadores ligados à Educação Popular são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE), pessoas que nasceram, vivem e atuam nos territórios, buscando compreender a realidade e as necessidades de saúde da população. Esta atuação, entretanto, vem se deparando com diretrizes cristalizadas e autoritárias que preconizam o exclusivo combate à doença ao invés de trabalhar as causas determinantes junto às populações. Logo, os princípios político-pedagógicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) são tomados como ferramentas de agenciamento para participação em defesa da vida e como estratégias para mobilização social pelo direito à saúde. Esse papel agenciador se faz pelo pinçar e fomentar atitudes de participação, no sentido de sempre mudar realidades, tornando-as vivas, criativas e correspondentes ao desejo de uma vida mais feliz.

Corroborando Pedrosa (2007, p. 15), entende-se que a EPS está implicada com

[...] atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.



Acredita-se que a Educação Popular é um campo de concepções e práticas e constitui instrumento metodológico fundamental para reorganização mais radical do SUS. É importante locus promotor de reflexões e práticas que aprimoram e contribuem com a democratização dos espaços públicos e defesa do SUS, no sentido da construção de atenção à saúde integral, em que as pessoas e os grupos sociais assumam maior controle sobre suas vidas e em que a racionalidade do modelo biomédico dominante seja transformada no cotidiano das práticas. A Educação Popular não é mais uma atividade a ser implementada nos serviços, mas estratégia de reorientação da totalidade das práticas ali executadas, na medida em que investe na ampliação da participação que, dinamizada, passa a questionar e reorientar tudo.

Em 2012, fruto de trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde e o movimento social, a PNEPS-SUS, foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde, sendo instituída pela Portaria MS nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. A PNEPS-SUS tem por objetivo geral a implementação da EPS no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde, reafirmando como diretrizes pedagógicas o diálogo, a participação e a amorosidade para consecução do compromisso com a construção do projeto democrático e popular centrado na emancipação.

Propõe uma prática político-pedagógica para orientar as ações voltadas para a “[...] promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos [...]” (Brasil, 2013, p. 14).

O marco político-pedagógico da Educação Popular em Saúde, de base sócio construtivista, vem com conjunto de saberes e práticas, considerando que a aprendizagem é um processo complexo que ocorre no contexto diário vivido, por meio da interação entre atores sociais, ativos e criativos, que vivenciam experiências novas que são confrontadas com outras já vividas, favorecendo, assim, o desenvolvimento de novos esquemas mentais expressos

em conhecimentos individuais e coletivos (Barilli; Pessôa, 2013). Soma-se a este o marco da Pedagogia Crítica (Freire, 1997) que, sobretudo, entende a educação como prática de liberdade que, pela compreensão crítica da realidade, torna o sujeito emancipado e politicamente liberto das formas de opressão (Santiago, 2012), entendendo que o saber como pertencente a um ato maior, o de conhecer, colocando, assim, o elemento epistemológico da ação de aprender.

A Política de Educação Popular é um engajamento político e social que fortalece a democracia e a participação social. Nela, pressupõe-se o ato de compartilhamento do poder, troca e construção compartilhada de saberes e fazeres, criação e estabelecimento de relações solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Tem como um dos objetivos a efetivação do SUS, fazendo-o realidade concreta e vivida a partir do protagonismo de todos os sujeitos. Propõe-se a despertar o protagonismo, fazendo com que os sujeitos percebam o mundo e a si mesmos e atuem sobre ele, com autonomia e consciência (Brasil, 2013).

A Educação Popular em Saúde constitui também como ferramenta estratégica de apoio aos processos de redução das desigualdades regionais e das iniquidades sociais, além de fortalecer as construções em prol das diversidades culturais e das possibilidades de estar e ser no mundo. Potencializa a ampliação da participação social e da gestão compartilhada, extremamente necessárias às relações entre os gestores e destes com os trabalhadores e usuários do SUS, auxiliando-os no resgate da cidadania e a se tornarem sujeitos atuantes nos processos de construção de uma sociedade melhor (Brasil, 2013). Caracteriza-se como instrumento para necessária dialogicidade e ratifica o papel de transformação, sem negar a leitura do mundo dos cidadãos, nem o poder de serem críticos, autônomos, cientes, já que o ato educativo é um ato político que indica o rompimento com o senso comum de que o educador é o que sabe, pensa, diz a palavra, disciplina, tem a autoridade do saber e, de outra parte, os(as) educandos(as) são os que não sabem, são os pensados, os que escutam docilmente, os disciplinados, os que não têm liberdade e que devem se adaptar às determinações do outro, como objetos de um processo, de acordo com a Pedagogia do Oprimido (Freire, 2005).



Como principal estratégia para contribuir com a consolidação da PNEPS-SUS, dentro do Plano Operativo, foi lançado, em outubro de 2013, o Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde - EdPopSUS (EDPOPSUS, 2017). Estabeleceu-se, a partir da parceria entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) do Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), essas últimas integrantes da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que é vinculada ao Ministério da Saúde, com a sede central na cidade do Rio de Janeiro e mais seis centros regionais no território nacional.

O Programa de Aperfeiçoamento – intitulado Curso EdPopSUS – oferecido na modalidade de cursos descentralizados em todo território nacional. Primeiramente, o Curso teve por objetivo uma sensibilização à PNEPS-SUS, em 2013 e 2014, com carga horária de 53 horas. Já no segundo momento, com início de 2016 e término em 2018, como um curso de aperfeiçoamento, totalizando 160 horas de aprendizagem. O curso foi realizado ao longo de três anos, com a participação de, aproximadamente, 12 mil educandos(as) desde o início, e 610 educadores participaram diretamente no EdPopSUS 2, em 15 estados do Brasil. O EdPopSUS foi organizado de forma coletiva, a partir de oficinas com a participação dos movimentos populares e sociais, coletivos de Educação Popular e representantes de escolas técnicas do SUS, e surgiu para qualificar as práticas educativas, por meio da formação de ACS e ACE que desenvolvem estas práticas voltadas para mobilização social, promoção da saúde e equidade, tendo como referencial político-pedagógico a Educação Popular em Saúde.

Salienta-se que as características do projeto político pedagógico do Curso EdPopSUS são muito importantes para caracterizar o processo de formação. É indicado que, nele, sejam trabalhadas estratégias educativas individuais e coletivas que valorizem a troca de saberes e experiências, para que o aluno, futuramente, respeite a autonomia dos usuários e que não enfatize somente os aspectos biológicos do processo saúde-doença (Freitas *et al.*, 2015). O curso teve como pilares dessa construção: o diálogo, a amorosidade, a

problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

A formação dos profissionais da saúde sempre esteve muito pautada no modelo tradicional, cujo foco está apenas nos processos biológicos do processo saúde-doença e o Curso - para dialogar com os ACS e ACE - tem desenho que contempla as metodologias ativas, buscando maior autonomia do educando (Nascimento; Corrêa, 2008). As metodologias ativas colocam o(a) educando(a) na posição de protagonista do processo, desenvolvendo curiosidade, senso crítico, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas, além de aprimorar habilidades sociais (Borges; Alencar, 2014).

Nessa perspectiva, a Educação Popular conversa com a Educação Permanente, refletindo um posicionamento frente a diferentes correntes de pensamento sobre a saúde, a educação de adultos e a educação profissional, campos que permeiam o debate e a prática sobre a formação de pessoas. A Educação Permanente apresenta-se como nova perspectiva para o redimensionamento e a resignificação das práticas em saúde, buscando promover a interação entre os atores e as atrizes envolvidas nessa construção e, a partir de então, fazendo com que sejam incorporadas novas atitudes, como o pensar, o fazer, o refletir, a interação, a integração e a (re)construção com outros e outras, o que, por sua vez, também compreende a Educação Popular.

A Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa que propõe que as transformações das práticas profissionais devem estar baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais das instituições de saúde e não em algo imposto pelos gestores dos serviços aos trabalhadores. As demandas para o processo de qualificação surgem a partir dos problemas de organização do trabalho, fazendo com que haja problematização do processo de trabalho e maior qualidade da assistência em saúde (Ceccim, 2005; Oliveira *et al.*, 2011; Morais Filho *et al.*, 2013).

A Política da Educação Permanente vai ao encontro do pensamento de Freire (2014), ao afirmar que para existir verdadeiro processo de educação, este somente pode ser estabelecido por meio de análise das necessidades reais da



população envolvida. O processo de Educação Permanente em Saúde, ao procurar integralizar o processo educativo, prevê a participação dos diversos segmentos sociais, em especial, os prestadores dos serviços e sujeitos usuários, estabelecendo como objetivo primordial: a consolidação e o fortalecimento do SUS (Brasil, 2005).

De modo geral, essas Políticas – tanto a de Educação Popular em Saúde (Brasil, 2013) quanto a de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2005) - relacionam a proposta educativa aos princípios que orientam o SUS, ou seja, a construção descentralizada; a universalidade; a integralidade e a participação popular. A Educação Permanente busca possibilitar o desenvolvimento pessoal e institucional, assim como fortalecer as ações de formação com a gestão dos serviços e o controle social e a promoção da equidade (Brasil, 2005).

Assim, o EdPopSUS está fundamentado em proposta pedagógica democrática e libertadora, em que propõe aprendizagem integral, tendo a horizontalidade na relação educador-educando, valorizando as culturas locais, incentivando a conquista da autonomia e da dialogicidade. Partindo de processos participativos em saúde, o caminho político pedagógico proposto pela Educação Popular “requer o envolvimento corresponsável de todos os participantes na construção, na apropriação e na multiplicação de conhecimentos” (Brasil, 2016, p. 26). No Brasil, o Ministério da Saúde traz também, que o fazer em Educação Popular:

[...] tem relação direta com a cultura e com a vinculação às fontes da vida e da morte das comunidades: criação de laços solidários e comprometidos com a libertação, elo que articula saberes diferenciados, sensibiliza os diferentes atores envolvidos e exprime as representações que o ser humano constrói a partir da sua leitura do mundo na perspectiva de conhecer e intervir sobre a realidade (Brasil, 2016, p. 27).

O EdPopSUS vem com a intencionalidade que não basta o “saber fazer”, ou seja, vem com a construção que esse saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde, construindo caminhos administrativos e de formação profissional e institucional que superem a fase em que os saberes e práticas de

saúde mais integradas à lógica de vida da população aconteciam apenas em experiências alternativas, pontuais e transitórias. Indo ao encontro da ideia de Mitre *et al.* (2008, p. 2141), de que “somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos”, os princípios da Educação Popular podem ser compreendidos como saber importante para a construção da participação popular, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Logo, a Educação Popular se faz na prática, não sendo apenas um estilo de comunicação e metodologia de ensino, como também um instrumento de gestão participativa que permite o reconhecimento da história, identificando o lugar no mundo e a responsabilidade social (Mitre *et al.*, 2008). Os ACS e os ACE, enquanto pessoas da comunidade, possuem papel estratégico e fundamental nessa implementação da formação no EdPopSUS.

O Curso EdPopSUS fundamentou-se em metodologia participativa, considerando que todos os participantes são educadores e educandos, realizando processo mútuo e dialógico de produção do conhecimento. Adotou como referência a Educação Libertadora e Emancipatória, em que o principal autor é Paulo Freire e, como prática pedagógica, aquela democrática fundada nos princípios de liberdade, autonomia, igualdade, equidade, fraternidade e compaixão, além de ser “ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação” (Mitre *et al.*, 2008, p. 2134). O Curso foi baseado na problematização da realidade, considerando as experiências dos participantes, entendendo que todos são sujeitos ricos de vida e de história, por meio de um processo educativo que busca não apenas estimular a participação dos envolvidos, como também sendo uma forma de estimular a autonomia, capacidade de reflexão e criando possibilidades para transformação social (Bornstein *et al.*, 2016).

O Curso EdPopSUS 2 teve duração de quatro meses, totalizando 160 horas na modalidade presencial, sendo dividido em 136 horas presenciais e 24



horas de trabalho de campo, em 17 encontros semanais de 8h cada, intercalados com trabalhos de campo no território.

A estrutura do Curso foi organizada a partir de seis eixos temáticos (Eixo I: A construção da gestão participativa como fio condutor do processo educativo; Eixo II: A Educação Popular no processo de trabalho em saúde; Eixo III: O direito à saúde e a promoção da equidade; Eixo IV: Território, lugar de história e memória; Eixo V: Participação social e participação popular no processo de democratização do Estado e Eixo VI: O território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado), que foram divididos em momentos presenciais e trabalhos de campo. Os eixos foram divididos em turnos de oito horas, semanalmente, denominados de “encontros”. Os eixos foram subsidiados teoricamente pelo material didático do Curso, composto por um Guia e por um Livro de Textos de Apoio, que organiza e disponibiliza o conteúdo considerado fundamental para formação.

A estruturação diferiu de outras propostas curriculares por apresentar conteúdo aberto a percepções e novas construções resultantes da aprendizagem. Possui apenas eixos norteadores, com ensaios, textos, revisões de literatura e indicações de materiais complementares, disponibilizados principalmente pela *internet*, como vídeos, entrevistas, curtas, filmes, documentários, músicas e sites considerados estratégicos para o subsídio das discussões, auxiliando no processo de aprofundamento e na busca e fundamentação de reflexões, durante o trilhar da aprendizagem no EdPopSUS.

Por fim, uma das premissas que perpassa o EdPopSUS é que o caminho se faz ao caminhar, pois nele temos vidas, vidas pulsantes, vidas que vão (re) existindo e sendo experienciado por cada turma uma forma de vivência do percurso formativo, bem como a experiência de cada participante será única, pois será complementada com a história trazida, vivida e ressignificada por cada participante. Este texto objetiva apresentar os aprendizados de trabalhadores da saúde, pela revisitação histórica das comunidades em um Curso de Formação em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), evidenciando as expressões desse aprendizado no processo de trabalho e na vida desses educandos.

Percorrendo Caminhos

*Nunca uno, jamais foi um só;
multiverso, infinito ao redor,
são muitos os mundos,
agora sei, são muitos os mundos,
resta-me ser*
(Lima, 2018, p. 9)

É caminhando que se constrói o caminho. É indo e vindo por trilhares, muitas vezes, tortuosos, que vamos reconstruindo a caminhada, deixando bagagens, carregando outras, no sentindo de irmos nos despindo e vestindo, com saberes e fazeres que vão sendo permeados pelas trocas em comunhão com o outro, com o mundo, o universo. Freire (2014) traz a importância de sermos seres inacabados, em constante reconstrução e, principalmente, com a ajuda do outro. Por isso, a importância de cada um e cada uma ao tecer esse momento de percurso metodológico, como um diálogo das autoras com os participantes.

Esta pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como um estudo de caso (Yin, 2010), teve como campo de atuação os serviços públicos de saúde, da Atenção Primária em Saúde, do município do Rio Grande, no Rio Grande do Sul. Foi aprovada pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) da Secretaria de Saúde de Rio Grande e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer nº 2.465.370).

O município de Rio Grande possui população estimada de 209.378 mil habitantes (IBGE, 2017) e ainda não possui gestão plena de todos os serviços de saúde, no território.

Os participantes foram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), educandos do Curso de Formação. Alicerçado nas percepções dos participantes, o estudo utilizou-se da realização de entrevistas individuais semiestruturadas para compor o *corpus* de análise. As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, no local de trabalho dos participantes, em sala reservada, sendo gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra. Os participantes

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O material textual foi interpretado pela análise de conteúdo de Bardin (2011), a partir do referencial teórico da Educação Popular.

Dos 27 profissionais que concluíram o Curso, 17 participaram do estudo. Para determinação do tamanho da amostra, adotou-se o critério da saturação teórica, ou seja, quando novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos propostos pela pesquisa e tornam-se repetitivas, as entrevistas são encerradas (Fontanella; Ricas; Turato, 2008; Fontanella *et al.*, 2011). A densidade do material textual produzido nas entrevistas também foi considerada para o encerramento da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas entre março e julho de 2018. Excluíram-se da pesquisa os ACS que estavam em período de férias ou outro tipo de afastamento na etapa de realização das entrevistas.

Tecendo Discussões e Reflexões

Pessoas florescem como plantas pelas conversas.

Brotam novas pessoas de uma boa conversa
em casa, na praia, da rua, na festa, no trabalho,
no almoço, na janta... até mesmo no alvoreço
da vida nas grandes cidades.

Aliás, há situações em que nos alimentamos
Exclusivamente de conversas.

Uma conversa de qualidade é muito nutritiva
para o ser das pessoas.

As conversas são corpos inteligentes, mas
dependem da escuta para ganhar força de expressão.

As conversas têm ouvidos e o faro apurado
dos bichos.

Uma conversa aprumada é um nicho sagrado.

Uma boa conversa pode revolucionar o mundo,
fornecer sentido para uma vida inteira

(Ray Lima, 2018, p. 4)

Na perspectiva freireana, utilizada nesta pesquisa, a temática dos resultados parte de concepção teórico-metodológica dialética, ao resgatar a teoria do conhecimento fundamentado na *práxis*, além de ser tema pertencente ao contexto de vida dos participantes da pesquisa, como a revisitação histórica das comunidades. Traz um recorte do contexto temporal sócio-histórico e são partes dele, proporcionando que a relação todo/parte seja estabelecida, possibilitando que o todo seja analisado a partir dessa visão, o que dá consistência à análise e à pesquisa e, por partirem da vida real de cada um, de seu que/fazer, permitem a relação entre o geral e o particular, no movimento que alia os sentidos e os significados, atribuem, como grupo, a realidade concreta, as vivências, desvelando, assim, protagonismo e humanidade. A discussão dos resultados abre a oportunidade de teorizar sobre a prática, aprofundando o olhar, na problematização, para além das aparências, e possibilitando encontrar a essência do fenômeno estudado (Kosik, 1986; Franco, 2015).

Diante da intencionalidade que orienta esta pesquisa, de “compreensão de significados”, sentiu-se a necessidade de partir do tempo sócio-histórico dos protagonistas da pesquisa, que os origina e os constituiu culturalmente. Esse ‘momento etnográfico’ (Demo, 2001), produzido pelas entrevistas, possibilitou armar o contexto de histórias de vida, com a finalidade de melhor entender as situações objetivas e subjetivas de sua existência, uma vez que, nessa análise, o tempo não é adorno, mas constitutivo de cada pessoa.

Dessa maneira, foram entrevistadas Agentes Comunitárias de Saúde, sendo a amostra constituída pela maioria de mulheres, com idade variando de 33 a 56 anos de idade e atuando há, no mínimo, sete anos no serviço público. Em relação à escolaridade, 10 concluíram o ensino superior, sendo quatro com pós-graduação e três estão realizando o curso de graduação em Enfermagem.

O foco desta pesquisa foi estudar o fenômeno dos aprendizados do ACS, a partir do evidenciar de expressões no processo de trabalho e na vida dessas pessoas. Buscou-se apreender, na oralidade de cada entrevistado, o significado das narrativas, o que foi virando linguagem a partir do momento em que há escuta das falas dos participantes enquanto “ser no mundo” e não



meros objetos sendo utilizados de forma pontual (Freire, 2014; Matthews, 2011). O entendimento de conceitos usados no contexto da pesquisa também se torna fundamental para captar o papel que desempenham na vida de cada pessoa no mundo (Matthews, 2011). Um desses conceitos centrais é a essência das experiências e como essas experiências interagem com o mundo circundante e as demais pessoas.

Isso posto, experiências são as vivências que produzem sentido, que afetam, tocam, transformam. É o que interage conosco, algo que perpassa nossas vidas, mas fica, produz estímulo, sensação pura e armazenada na memória. As experiências conclamam por “algo a mais”, requerendo conexão com o todo do ser, o tempo e o espaço, a percepção e a sensação, para que haja sentido e transformação. São únicas para cada indivíduo, algo que vem de dentro e transborda, sendo concernente a emoções, pensamentos e impressões elaboradas individualmente (Larrosa Bondía, 2002).

Os processos educativos são permeados por experiências e, além de atos de conhecimento, devem possuir não apenas conteúdos, mas atos da razão de ser de fatos históricos e culturais, bem como políticos e sociais (Freire, 1999). Os ACS identificam a importância de saber a história de cada comunidade na relação destes profissionais com as famílias, pois há o entendimento que o ACS passa a dialogar sobre diferentes dimensões da comunidade, não tendo sentido restringir as visitas apenas para um acompanhamento daquela família.

A importância das memórias da minha comunidade gerou também esse respeito de que as coisas são muito plurais. Então, se a tua mãe te fala uma coisa, que é uma pessoa importante para ti, eu não vou te dizer: “olha, minha mãe me dizia tal coisa”. [...] Na minha microárea, as pessoas falam muito aquelas histórias antigas, e quando eu era bem novinha a minha mãe me deu o casamento com o fulano, e aí tu vai entendendo as coisas do ciclo que vem vindo, e às vezes esse ciclo continua e hoje a filha tem 15 anos e já está casada com um homem, que tem que sustentar ela que vai criar o filho, então tudo tem um porquê, tem uma linha de continuidade, o fio da miada e aí tu puxa aquele fio e consegue entender as situações da comunidade em que tu vives. Aí tu vê, essa situação é horrível, porque essa pessoa está

aqui, porque ela viveu a vida toda assim, não tem como chegar e dizer olha fulana não é para tu vires assim, não. Então, a partir da Educação Popular e dessa importância da gente conhecer onde vivemos, as histórias da nossa localidade, tu tens como dizer um argumento que aquilo ali pode acabar ali, pode terminar, e que não é bom para ti, não foi bom para ti e não vai ser bom para tua filha, não é bom para tua neta, muitas gerações... é fantástico, essa parte de memória para a gente entender esses processos que as pessoas vivem, principalmente isso... desses ciclos de vida das pessoas e de como as comunidades se organizam. Eu acho que isso é essencial para a gente cuidar na saúde e, hoje, para mim faz toda a diferença entender porque tal família continua fazendo tal coisa. A gente não se restringe mais a visitar só para fazer o acompanhamento da rotina, sinto que, após conhecer mais, tudo mudou (ACS Educanda/o 5²⁸).

A Educação Popular parte do entendimento de que a produção histórica e social produz conhecimento, pois as experiências anteriores são necessárias, são um ponto de partida para construção de novos conhecimentos, fortalecendo o sentido de coletividade, pertencimento. “No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza” (Vasconcelos, 2004, p. 71), como expressa o depoimento:

[...] muitas coisas que eu não sabia, e também o levantamento da nossa área, nos fez saber muita coisa, que a gente não sabia. A gente imaginava, mas foi muito bom, a gente ter feito o resgate histórico, para gente conhecer a nossa própria comunidade, antigamente e que faz refletir no que a comunidade é hoje. Desde a forma como as pessoas se relacionam até o motivo que elas, muitas vezes, não querem nos receber (ACS Educanda/o 6).

O processo de reconhecimento da história das comunidades que aconteceu no decorrer do Curso foi evidenciado pelos ACS participantes como significativo para o entendimento do modo de viver e de se relacionar em cada comunidade, tanto antigamente como atualmente. A “bagagem”

28 A numeração utilizada é descrita para identificar as participantes a partir da ordem cronológica de realização das entrevistas.



trazida por cada pessoa deve ser compreendida e respeitada, principalmente pelos profissionais de saúde que adentram as residências nas comunidades. As pessoas do território vão criando regras, organizando-se de forma ou outra, estabelecem regras sociais não escritas, “mas que todos as reconhecem, porque as pessoas do território as entendem e se submetem a elas” (Monken; Gondim, 2016, p. 110), como indicado a seguir:

Esse levantamento da história fez tu entenderes algumas coisas que não conseguias entender o porquê, tipo religião mesmo. Antes eu não entendia o que a gente sabia que tinha! As benzedeiras, alguns anos atrás...10, 15 anos atrás, tinham muitas e hoje em dia aqui quase não tem mais. Também, entender por que as pessoas gostam tanto de tomar chá, porque as pessoas tem essa cultura ou aquela cultura, então isso foi muito bom! E foi para gente resgatar e acabar conhecendo essas pessoas, até porque a gente tem uma visão maior, das próprias pessoas, porque as pessoas não entendem o que a gente fala e o EdPopSUS fez a gente ter esse olhar, que as pessoas não entendem e a gente tem que entender elas, o conhecimento que elas têm, e a bagagem delas e isso tem que ser respeitado, isso é o respeito com o próximo. Isso faz a gente respeitar muito mais agora e ir com mais calma quando as pessoas não entendem as coisas (ACS Educanda/o 7).

Eu acho que esse assunto das memórias rendeu bastante, porque a gente conversava, quando vai na casa, aí a gente se liga, parece mentira porque às vezes a gente faz o trabalho diário e eu sempre perguntava o porquê para os mais velhos, eu perguntava as coisas para comparar com o que os outros tinham me dito para ver se estava certo! E eu também, assim como as outras ACS, nunca tinha perguntado para ninguém sobre a verdadeira história do bairro. Eu descobri agora, que foi em 70 que o bairro foi fundado, e que a Escola foi fundada em 77, aí eu ia perguntando como é que era em cada visita que eu ia fazendo, que antes eles tinham a associação de moradores do bairro, como é que se formou, por isso que eu disse que rendeu muito e foi super importante. Até para as pessoas que eu visitava era importante, porque elas iam se reconhecendo como importantes moradoras do bairro e isso fazia diferença para a comunidade. Tinha assunto para muito tempo, conversar sobre

isso, sobre o bairro, as histórias, as memórias... e aí eles começavam a conversar nas minhas visitas e, no grupo de artesanato, a gente também conversava porque tem as mulheres e muitas idosas, e a gente trocava experiência! Eu perguntava e conversava, e elas ficavam lembrando que quando vieram para cá, tinha poucas casas, tinha muito campo e tinha até aquelas cacimbas para tirar água. Não tinha água encanada, não tinha luz, não tinha nada. Até hoje eu conheço 2 cacimbas que tem aqui, que eles conservaram, eles não fecharam e eu descobri através dessas conversas e foi muito bom, porque nem eu sabia e eu moro aqui desde 77 ou 75... agora não me lembro bem! E eu não sabia como que tinha sido fundado e aquilo mexeu muito comigo e com a gente e depois poder conversar com as pessoas e ficar sabendo, então é bem legal o vínculo. Eu vi que depois desse trabalho as pessoas me enxergam de outra forma, parece que a gente se vinculou mais com as pessoas e com a história da nossa comunidade (ACS Educanda/o 8).

Ao analisar as falas, é possível perceber que os ACS nem sempre conheciam as memórias das comunidades onde atuavam, o que lhes trouxe grande surpresa, mas também permitiu o estabelecimento de vínculos entre os moradores locais, dando sentido às relações sociais comunitárias. São relações sociais vividas no cotidiano que fortalecem o sentimento de pertencimento ao território coletivo. Histórias coletivas de reconhecimento não apenas do território, como também da própria história do sujeito. Indo além de apenas conhecer e atravessando a formação do sujeito no território. Têm potência para construção de processos de apoio social, fortalecendo os saberes locais, por meio de pessoas que realizam práticas populares, criando rede de cuidado em saúde, de promoção da vida e de estratégia de sobrevivência (Monken, 2008).

Eu gostei de saber como é que tinha sido criado o bairro, e a cultura daqui, só tinha uma igreja católica na época, não tinha luz, não tinha nada, era só monte de areia. Essa parte aqui [aponta para a frente da unidade de saúde] não tinha nada! Nem carro andava aqui porque era muita areia, e os mais antigos vieram para cá, em 1970, 1960, uma coisa assim. Os mais antigos da vila, que ainda tem um aqui, outro ali, pegaram essa parte aí [apontando para outra rua perto da unidade de saúde], que foram os que eu



consegui fazer as entrevistas e me contaram sobre como vieram para cá. Fico pensando que a gente não consegue fazer muito grupo aqui na unidade e pode ser esse o motivo das pessoas serem muito isoladas, acho que até egoístas. Mas, ficar conhecendo um pouco mais ajudou bastante para eu pensar mais coisas quando vou nas minhas visitas (ACS Educanda/o 9).

Eu adorei fazer e saber mais de onde eu atuo como agente. Tinham coisas que eu não tinha ideia e, hoje, quem nos pergunta a gente também pode passar certas informações, para os mais novos, que a gente já está ficando velinha, então sempre tinha aqueles curiosos e aí quando eles perguntam a gente pode falar tudo o que a gente sabe. Porque o trabalho do agente também é esse de multiplicador de conhecimento não ficando apenas na visitação para acompanhamento, é nossa função essa de informação então a gente pode fazer isso realmente (ACS Educanda/o 10).

O resgate das histórias de cada comunidade e a compreensão da dinâmica interna, de como a vida acontece, fortalece o vínculo entre aquelas pessoas que vivem no mesmo lugar, sendo importante a compreensão desses movimentos para comunicação de qualidade e efetiva entre as partes. Na concepção ampliada de saúde, é fundamental considerar as memórias de cada lugar, assim como as de cada pessoa, a fim de valorizar e potencializar cada espaço como importante para reflexão de cada ação. Para Scliar (2007), saúde é fenômeno histórico e cultural, sendo fruto das relações humanas com o meio em que se vive, logo, investigar as memórias auxilia na atuação dos profissionais de saúde, como também no entendimento do processo saúde-doença, conforme é identificado nas falas.

Então, sempre é importante o resgate da onde estamos trabalhando, porque, por mais que eu tenha nascido e me criado aqui, quando tu começa a investigar as memórias, tu sempre vais pegar uma história, até com a tua mãe, o teu avô, a tua avó, que tu vais perguntar [...] tenho histórias do arco da velha, coisas que tu acabas descobrindo, por mais que tu tenhas te criado aqui, que são coisas que tu vais te apaixonando mais ainda, que é a tua raiz.

Tudo isso vai ajudar no meu trabalho de ACS, na verdade bastante, porque a gente vai aprender que a história de cada um modifica o processo de cuidado (ACS Educanda/o 1).

É muito importante a gente saber da história da nossa comunidade, porque tinham coisas que eu já sabia e não estava lembrando mais. Com esse resgate, parece que deu um ânimo para gente ir atrás dessas coisas. Não tem certo e errado. Hoje, depois do curso também, tem umas casas que eu chego que são bem difíceis, mas às vezes eu falava para Enfermeira alguma coisa, e ela me dizia não dá para aguentar, mas a gente não pode mudar a pessoa, a família. É o jeito deles viverem. E só agora que eu comecei a entender isso, antes eu tinha vontade que eles fossem que nem eu, se tem uma manchinha de sujeira aqui, já tem que trocar... tem que ser do jeito deles e a gente vai aprendendo junto, principalmente a respeitar que cada um. E se eles são felizes assim, a gente acha que não, mas tem que ver o meio termo para poder cuidar em saúde pública (ACS Educanda/o 11).

Os ACS, ao buscarem e se aproximarem das histórias e memórias das comunidades, estão se aproximando das práticas dos cidadãos com quem interagem, abrindo possibilidades da valorização histórica do processo de cuidar. Conhecer o território “vivo” (lugar onde a vida transcorre diariamente), também dá sentido para as pessoas, pois os ACS passam a se aproximar da forma como essas pessoas sentem e vivem a própria saúde, como também a vida, contribuindo para entender como as pessoas adoecem e como cuidam da saúde. A PNEPS-SUS traz a valorização da história, das formas e expressões culturais, de cuidados com a vida, sendo um jeito de fazer saúde que é acumulado tradicionalmente nas formas populares de cuidar, enquanto prática social (Brasil, 2013).

Emergem, das narrativas dos ACS, o respeito aos saberes de cada pessoa e família, que foi adquirido ao longo do Curso e a partir do reconhecimento histórico e cultural de cada comunidade. Reconhece atores historicamente invisibilizados nos territórios pelo sistema de saúde institucional, como as benzedeadas. Evidencia a riqueza da história oral perpassada entre a comunidade,

por meio da partilha de saberes entre mais velhos e mais jovens. Desta forma, o resgate histórico das localidades contemplou a escuta e o saber do outro, fazendo com que a construção de saúde seja percebida na integralidade e como pertencente a um determinado contexto social, cultural e histórico:

(...)o resgate da história de onde vivemos traz conhecimento para o meu cuidado em saúde com as pessoas, eu acho que esse resgate histórico, no trabalho, faz a gente trabalhar as expectativas que eles têm com o agente comunitário. A gente sabendo o que eles passaram, de onde vieram e existe um cuidado maior a partir do que eu sei sobre aquela família, principalmente quando se vai passar uma orientação. É, eu acho que a gente tem um cuidado muito maior agora de respeitar a cultura deles (ACS Educanda/o 4).

Esse resgate que fizemos me fez perceber que onde atuo é bem diversificado, sendo que, em lugares dentro da mesma comunidade, é possível ver avanços, maior apoio e participação da comunidade (...). Super importante que pude identificar que é histórica a utilização de plantas medicinais e de algumas curandeiras e benzedoras, vejo a necessidade de integração dessa população com a minha unidade de saúde. Fico pensando em quanto o curso fortaleceu ainda mais a importância destas ações, de sabermos das memórias de cada bairro (ACS Educanda/o 15).

Também, evidencia-se nas falas de educandos/as a importância da valorização dos saberes tradicionais e populares. Ressignificados importantes para o cuidar em/com a comunidade e a articulação de processos de cuidado. Para o cuidado em saúde, é essencial o reconhecimento das características dos territórios como a memória, o ambiente, a cultura, as condições sanitárias, as características políticas, entre outras, dado que influenciam diretamente a história de vida das pessoas e determinam formas de perceber, experimentar e vivenciar a saúde, a doença e o cuidado (Pinto, 2017). Isso permitirá que os ACS elaborem, em conjunto com as pessoas, o processo de cuidar em saúde, de acordo com as realidades de cada localidade, respeitando a historicidade, valorizando o passado e construindo valores solidários e éticos com a comunidade.

Esse momento pedagógico de reconhecimento das memórias das comunidades foi importante e único para os ACS, estimulando-os a identificarem valores nos conhecimentos populares transmitidos pelos ancestrais:

Conhecer outras realidades, como culturas, opiniões e visões diferentes me fez, além de rever o conceito de respeito, buscar conhecimento dentro da minha realidade como profissional, na equipe e na comunidade em que atuo. Após o término do curso, as orientações na comunidade tiveram outra direção, escutar mais e não criticar o modo de viver e crenças, mas entender e, ao mesmo tempo, utilizar dos conhecimentos como forma de orientação e promoção. Também buscar as origens da nossa comunidade me fez entender algumas crenças existentes até hoje e reordenar as formas de orientação. As benzedeadas e as senhoras da pastoral da saúde não possuíam muito diálogo com o serviço de saúde, hoje, após ter realizado o curso, já verifico avanços e uma aproximação bem maior, o que é essencial não só para o meu trabalho, mas para a equipe de saúde (ACS Educanda/o 12).

Resgatar o histórico, as memórias e as culturas de cada localidade, abre-se como possibilidade de aproximação da forma como esses cidadãos sentem e vivem a saúde. Dessa forma, só há valorização do conhecimento popular a partir do momento em que se reconhece o contexto histórico cultural de cada comunidade. Compreender as histórias justifica-se, pois somos feitos delas, ao mesmo tempo em que as fazemos. Afinal, “fazer história é estar presente nela e não simplesmente nela estar representando” (Freire, 2014, p. 28).

A compreensão das memórias dos territórios, bem como o reconhecimento do vivido, do lembrado, do valorizado e do revisitado, torna-se fundamental para reconhecer o outro como sujeito repleto de saberes, sujeito cheios de vida, acontecendo o encontro com o outro, princípio essencial da Educação Popular. O pensar, o refletir e o agir, a partir da EPS, é também um ato pedagógico:

O resgate das memórias, primeiro, foi uma retomada de mim mesma. Eu já tinha, há alguns anos, feito um levantamento da história do

bairro, porque isso é função nossa no diagnóstico comunitário, para construir a situação de saúde de cada local. Mas já fazia bastante tempo que eu não lidava com isso e a gente vai esquecendo. E daí eu peguei e consegui voltar, fazer uma volta na história de onde atuo e me dei conta que muitas coisas estão influenciando na relação da saúde das pessoas que ali vivem. Isso é importante para se trabalhar as especificidades ou alguma coisa naquela área (ACS Educanda/o 2).

Revela-se, na fala anterior, que, para conhecer e reconstruir o lugar ou a história, é necessário conhecer a si mesmo, como um revisitar a si, na e com a história do lugar onde se vive, se trabalha e se experencia, formando-se à medida que forma uma cronologia das memórias dos que vivem lá. Isso permitirá que a população, em conjunto com os trabalhadores da saúde, resgate e elabore práticas populares de cuidado para construção de uma vida mais saudável, fortalecendo laços e vínculos entre as pessoas do território, enfrentando os problemas e suprimindo as necessidades locais no lugar onde a vida acontece (Monken, 2008).

Práticas de cuidado sempre estiveram presentes na humanidade. Rituais de cura - como banhos, infusões, rezas, chás, benzeduras, simpatias, orações - sempre existiram, em diferentes culturas. Desta forma, pode-se considerar que o cuidado é marcado por características sociais e históricas, uma vez que é a partir do que se entende por saúde e por doença que se organiza o cuidado de si, do outro e do coletivo no qual estamos inseridos. Por exemplo, povos tradicionais, como os indígenas, entendem o processo de saúde-doença, como algo relacionado à dimensão espiritual, física e coletiva.

É oportuno destacar que, na proposta do Curso, a atividade de campo, em que era necessário identificar as práticas de cuidado existentes nos territórios das(os) educandas(os), também apareceu nas narrativas dos ACS como a importância do reconhecimento para potencialização das práticas existentes, bem como o incentivo de outros cuidados em saúde, como o reiki, a yoga, a meditação, a dança circular ou a alimentação natural:

[...] Agora, dentro da unidade, eu tenho feito várias atividades de cuidado coletivo e estamos iniciando a parte das plantas medicinais (ACS Educanda/o 4).

[...] além da gente trabalhar com as plantas, a gente fica bobo trabalhando, e com o EdPopSUS, a gente ampliou o relógio²⁹, ficou mais bonito. A gente está trabalhando com a comunidade o herbário de plantas, identificando as ativas do bairro, e que pode ser útil. Para isso, a gente começou a construir a sala energizada, é a nossa salinha lá, a gente está montando-a. Já conseguimos uma maca, a minha enfermeira ficou sensibilizada comigo, ela se forma semana que vem em auriculoterapia. Outra colega já tem o Reiki 1 e 2. Então, acabou que a gente está indo e tudo o que a gente aprendeu, estamos buscando trazer para a comunidade e está fluindo. Então, na quinta-feira que vem, vai ser o primeiro encontro com a comunidade para a prática de meditação, de olhar mais para si, no meio da natureza e, conforme vai indo, vai melhorando mais. Isso é mérito do EdPopSUS porque ele nos capacita, faz a gente se desacomodar e acaba que a gente vai dando seguimento (ACS Educanda/o 17).

A articulação dos saberes populares locais com o fazer profissional vai incentivando o regaste das práticas populares de cada localidade, trazendo grandes possibilidades para as reinvenções de outras formas de produzir saúde nos territórios. Segundo Pulga (2018), a articulação e a construção de novos saberes e conhecimentos são características relevantes das caminhadas de cuidado e da EPS, como também é possível observar no relato:

[...] comecei a levar danças, coisas de plantas medicinais para a saúde e alimentação natural e aquelas coisas todas do saber popular, chazinho, aquelas coisinhas todas dos afetos que falam sempre. Procurei saber quem é que usava plantas, quem não usava. Ah! Poder usar essa parte de plantas, eu nunca tinha me envolvido muito assim, eu sabia que tinha muitos idosos que usavam, mas aí depois que eu fui para o curso é que eu vi e vivi tudo aquilo! Aí eu comecei a explorar mais essa parte ali na comunidade, em cada visita, em cada conversa que eu faço

29 Relógio do corpo humano de plantas medicinais. Local onde são cultivadas plantas medicinais de acordo com a utilização para cada órgão/sistema do corpo humano, bem como os horários mais adequados de utilização, procurando observar sempre a manifestação de depuração de cada órgão/sistema.

agora. Ver quem é que estava usando, quem é que tinha sua hortinha, isso eu acho que eu peguei bem do curso (ACS Educanda/o 9).

O resgate dos saberes e das práticas populares vão se configurando como essenciais ao entendimento para um cuidado em saúde reorientado à equidade. Percebendo que as crenças individuais e coletivas influenciam a forma como as orientações em saúde podem ser mais ou menos recebidas, a EPS vem trazendo um conjunto de princípios ousados e radicais na construção de modos de participar, de cuidar, de educar, enfim, de fazer saúde mais próximos do cotidiano e da vida das populações, para o “bem viver” em todas as dimensões. Dimensões importantes que vão sendo acolhidas e tecidas pelo modo de fazer coletivo, como a “da ancestralidade, da espiritualidade, da arte, da saúde e da cultura, dos processos de formação e de participação popular na saúde encontram na EPS a rede que acolhe, que embala e que possibilita a sementeira dessas práticas, saberes e conhecimentos” (Pulga, 2018, p. 98).

Os relatos a seguir explicitam o sentimento dos/as ACS de respeito às individualidades e às opiniões de cada um, sendo essas advindas de pensamentos, culturas ou crenças e que serão importantes para condução do processo de trabalho, principalmente no que tange às orientações em saúde. São diversidades de saberes e práticas que vão construindo uma aprendizagem coletiva:

Buscar as origens da nossa comunidade e os cuidados populares fez entender algumas crenças existentes até hoje e reordenar as formas de orientação em saúde. Além disso, foi muito bom ver como surgiu a comunidade, o que hoje não existe mais e os avanços. [...] Agora, estamos iniciando a parte das plantas medicinais. [...] A diversidade de pensamentos, religião, culturas, crenças e orientação sexual, quando nos deparamos com alguns desses assuntos, devemos sim defender o que acreditamos, mas sem machucar o outro, porque assim como eu tenho as minhas opiniões e crenças alguém também defende a sua. Por isso, o maior legado desse curso para mim foi, acima de tudo, respeito aos saberes de cada um e como trabalhar a partir desses saberes da comunidade (ACS Educanda/o 12).

[...] tu entenderes algumas coisas que não conseguias entender o porquê, tipo religião mesmo, tu não entenderes o que a gente sabia que tinha, benzedeira, alguns anos atrás, tipo 10, 15 anos atrás, que hoje em dia aqui quase não tem mais, e porque as pessoas gostam tanto de tomar chá. Porque as pessoas têm essa cultura, então isso foi muito bom. Foi para a gente resgatar e acabar conhecendo essas pessoas, até porque a gente tem uma visão maior, das próprias pessoas, porque as pessoas não entendem o que a gente fala, mas é da própria cultura e o EdPopSUS fez a gente ter esse olhar, que as pessoas não entendem mesmo, da própria cultura delas e a gente tem que entender elas, o conhecimento que elas tem. É a bagagem delas e isso tem que ser respeitado. Isso é o respeito com o próximo. Então, agora a gente está falando dentro da unidade sobre os saberes populares e, a cada dia que passa, a gente conhece mais das pessoas, aprende junto e ensina algo também (ACS Educanda/o 7).

A partir do entendimento e da percepção da construção histórica de diferentes localidades, da prática de trabalho e da realidade vivenciada, os ACS experienciaram o momento pedagógico da problematização. O mesmo emergiu como manifestação do conjunto das memórias, juntamente com os atores das localidades, possibilitando não apenas identificar problemas, mas também superar situações-limite vivenciadas no cotidiano dos serviços e da vida. Resgatando possibilidades e capacidades para intervir a partir de um olhar histórico, tendo a “ampliação do olhar sobre a realidade com base na ação-reflexão-ação e o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização, permitindo que homens e mulheres se percebem sujeitos históricos” (Brasil, 2012, p. 16).

A relação dialética estabelecida no EdPopSUS não é alheia à realidade, às memórias, às histórias e aos saberes, tanto dos sujeitos como do local em que estão inseridos. Ao incentivar que a leitura e a compreensão da realidade possam estimular a capacidade de ação, impregna de sentido à vida cotidiana e demonstra que é partindo da conexão do ser humano com a realidade, ao compartilhar vivências e práticas de criação, que fomenta, assim, a humanidade. Na medida que produz, determina e recria, transforma a história e os seus períodos (Freire, 1997).



No início do Curso, a Educação Popular adotada buscava perspectivas que resultassem em aprendizagens político-culturais. Hoje, no fim do Curso, a experiência com a Educação Popular como processo educativo e o fazer em movimento/fazer em ato, significou não apenas a consolidação, mas também a concretização de uma abordagem educativa que, em certo sentido, já estava desenhada nos primeiros encontros: a busca pela libertação, nas formas de interação com as comunidades. Libertação que, sendo um conceito central do pensamento freireano, está intrinsecamente ligado à conscientização (Streck; Redin; Zitkosk, 2018). Caminhou nessa direção o entendimento de que o Curso devesse ir muito além de um conhecimento puramente mecânico, de capacitação técnica, pois não bastaria pensar diferente, mas fazer diferente. Uma proposta que trouxe a necessidade de lutar contra diversos tipos de verticalismos, autoritarismos, hierarquias, irracionalidades, explorações e desumanizações (Cruz; Pereira; Alencar, 2018).

Um treinamento técnico baseado na transmissão de conhecimentos, da chamada mão de obra especializada dos ACS, limita a construção da consciência crítica e acaba reproduzindo a educação hegemônica na realidade brasileira (Ceccim, 2005). Uma “educação hegemônica excludente e autoritária, direcionada a reafirmar a sociedade como aí está” (Cruz, 2015, p. 131). Assim, a intencionalidade pedagógica de utilizar os fundamentos da Educação Popular no Curso procurou contrariar esta lógica.

Nesse desafio de um processo pedagógico que crê no ser humano como transformador da realidade, torna-se essencial maior articulação da PNEPS-SUS no cotidiano dos serviços de saúde. A mediação pela afetividade mobiliza o outro e a si mesmo, tendo o encontro e a sensibilidade diante de novas experiências de construção do conhecimento, em práticas efetivamente problematizadoras, despertando para uma consciência crítica, reflexiva e criativa dos profissionais da saúde, da assistência à gestão (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Meneses, 2017). Processos pedagógicos movimentados pela amorosidade e pelo diálogo, que afetam, tocam, motivam, mobilizam e semeiam relações de compromisso social, ético e democrático com a saúde e

a sociedade, produzindo trabalhadores/pessoas “mais fortes, aptos, corajosos e potentes vindo a proporcionar mudanças significativas, em termos de saúde e exercício da cidadania frente às exigências da sociedade contemporânea” (Meneses, 2017, p. 2010). Uma proposta que faz um convite para repensar e

[...] perceber que a educação e o trabalho na saúde através de um modelo de sociedade mais justa e igualitária, que se contrapõe ao econômico-capitalista em que os trabalhadores se colocam de forma contra-hegemônica. [...] os educadores e as educadoras populares em saúde precisam pautar a política com vários níveis de gestão, em particular com as coordenações que cuidam das marcas da gestão e das doenças prioritárias, mas também com os movimentos sociais (Silvan, 2013, p. 109).

O caminhar das reflexões sobre o vivido

Os resultados mostraram que as experiências anteriores dos ACS, enquanto trabalhadores da saúde e pertencentes ao território, destacaram-se como necessárias, como se fossem pontos de partida para construção de aprendizados, fortalecendo o sentido de coletividade e pertencimento, na busca de percorrer as comunidades. O processo de reconhecimento da história das comunidades, que aconteceu no decorrer do Curso, foi evidenciado pelos profissionais participantes como significativo para o entendimento do modo de viver e de se relacionar em cada comunidade.

Nesse marco de inquietudes acadêmicas e enredos interdisciplinares, surgiu a oportunidade de aproximar a Educação Popular com os processos antropológicos e históricos do sistema de formação e de saúde no Brasil. Pode-se afirmar, por conseguinte, que a Educação Popular jamais perdeu a validade, porém não tem sido chamada a desempenhar papel estratégico no processo de mudança em que se vive as sociedades modernas, em que é cada vez mais necessária a formação de cidadãos com capacidade crítica, compromisso social, emancipação, exercício da democracia, mas também, com o direito de sentir e agir com liberdade. Importa, ainda, contextualizar que, no momento vivenciado, há várias forças contrárias à continuação de experiências baseadas

na efetiva cidadania, juntamente com o desmonte de várias políticas públicas que vinham sendo consolidadas, principalmente, no Brasil.

Evidencia-se que o conhecimento jamais pode ser pensado isoladamente, um conhecimento em si, ou reduzido a um conjunto de técnicas e métodos que, sem um referencial teórico, metodológico e político, perdem a potencialidade, o que não significa que técnicas e métodos não sejam relevantes no processo educativo, mas desde que haja intencionalidade com qual objetivo se faz uma roda ou uma dança circular, por exemplo. Observou-se, pelos relatos, que os ACS perceberam os conhecimentos da Educação Popular como um ato criador. Assim, aceitavam e reconheciam que o papel não poderia ser prescritivo, entendiam também os procedimentos metodológicos coerentes com esses princípios. Porém, no início das práticas do Curso, houve resistências condicionadas pela posição ou educação formal, muitas vezes autoritária que receberam e insistiam na transferência mecânica de conhecimentos, reduzindo as comunidades a depósitos de saberes. Trabalhar esses conhecidos erros metodológicos exigiu revisar e visitar condicionamentos e a compreensão histórica. História que também é poesia e não pode ser compreendida fora da paixão, do amor, da fraternidade, do desejo e do sonho. E foi esse o sentimento que os emprenhou nas saídas de campo, ora observando a luta diária dos assentados em um assentamento do Movimento Sem Terra, ora percebendo a ausência de realidade dos confinados em um mundo paralelo.

É um movimento de aprendizagem, de ir e vir, como o balanço do mar, em que a compreensão da relevância das memórias das comunidades, que interagem com o ACS, ganha destaque e é repetidamente salientada pelos participantes da pesquisa. Trata-se da importância do reconhecimento, do respeito e da valorização das raízes históricas e culturais para construção ética do presente. Ao acolher a sabedoria da memória, consegue-se perceber o presente e compreender a realidade em que se vive. Traz o resgate das práticas, das crenças e dos saberes populares construídos nas tradições familiares e sociais, reconhecendo e dando igual valor como conhecimentos científicos, sendo percebido como complementares e com relevância social.

Esse adentramento da realidade social, histórica e cultural das comunidades trouxe aos ACS o direito de conhecer o que já conheciam e conhecer o que ainda não conheciam. Conhecer melhor o que conheciam foi revisitar saberes e conhecer o que ainda não conheciam foi encontrar e ressignificar os saberes populares. E, o mais formidável, compreender que esses dois saberes precisam ser complementares. Não são saberes antagônicos, mas representações concretas e complementares da realidade, que são desveladas pela oralidade na conversa com o outro e no respeito ao outro.

A caminhada educativa (re)construída, tendo como referencial a Educação Popular, não possui um trilhar único na busca de conhecimentos ou de uma formação que faça sentido, que desacomode, que se faça coerente. É uma experiência que deixa marcas que emocionam, que faz sentir verdadeiramente, na integralidade do humano em comunhão com o universo. Busca compreender o que não está visível, a instigar a procurar sempre mais, descobrindo que tem capacidade para se transformar, se refazer e, refazendo-se, transforma o mundo. Incentiva cada um e cada uma a ter a boniteza como um horizonte, enxergando de forma diferente, com outros olhos e outras lentes. Mesmo que não exista um caminho reto na condução desse processo educativo, há um modo de guiar e pensar essas ações educativas, tendo como foco a transformação social. Portanto, o/a educando/a deve ser estimulando a olhar para a própria realidade e desvelar, ele/ela mesmo, os caminhos mais adequados para agir rumo à transformação. Esse caminhar de reflexão do vivido expressa a leitura da realidade, ou seja, o significativo aprendido.

Referências

- Bardin, L. 2011. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Barilli, E. C. V. C.; Pessoa, L. R. A. Intersetorialidade Saúde e Educação para a Construção de Escolas Promotoras de Saúde: percepções dos Profissionais Ligados ao Curso a Distância Gestão de Projetos de Investimento em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 121-137, 2013.
- Bloch, M. **Introducción a la historia**. 2. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- Borges, T. S.; Alencar, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante:

o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, Salvador, n. 4, p. 119-143, 2014.

Bornstein, V. J. *et al.* **Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2013. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Ceccim, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comun Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

Ceccim, R. B.; Feuerwerker, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

Cruz, P. J. S. C. **Agir Crítico em nutrição**: uma construção pela educação popular. 2015. 397 f. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

Cruz, P. J. S. C.; Pereira, E. A. A. L.; Alencar, I. C. Educação Popular: teoria e princípio ético-político do trabalho social emancipador. *In*: Cruz, P. J. S. C. (org.). **Educação Popular em Saúde**: desafios atuais. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 47-67.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **EdPopSUS - Apresentação do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde**. Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.EdPopSUS.epsjv.fiocruz.br/o-que-e-o-projeto>. Acesso em: 13 set. 2020.

Franco, J. B. **Prática social como prática pedagógica em educação popular ambiental**. Curitiba: Appris, 2015.

Fontanella, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

Fontanella, B. J. B.; Ricas, J.; Turato, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

Freire, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

Freire, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

Freire, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. Rio de Janeiro: Paz

- e Terra, 2014.
- Freitas, L. M. *et al.* Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 171-177, 2015.
- IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo Demográfico**. 2017. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 13 jun. 2020.
- Kosik, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- Larrosa Bondía, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.
- Lima, R. **Roteiro Cenopoético: Da vila para a Cidade de Prosa para a Poesia**. Florescer Poético. Edições Universo de Aprendizagens. Ceará: Icapui Cenopoética, 2018.
- Matthews, E. **Comprender Merleau-Ponty**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- Meneses, M. N. Tendas do Afeto Popular: a experiência(ação) de uma prática de cuidado no Extremo Sul, do Rio Grande do Sul. **REMEA - Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, [S.l.], p. 197-211, 2017. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/6901/4526>. Acesso em: 18 jun. 2020.
- Mitre, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.
- Monken, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: Barcellos, C. (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO/ICICT/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 141-154.
- Monken, M.; Gondim, G. M. M. Território: lugar onde a vida acontece. In: Bornstein, V. J. et al. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 109-112.
- Morais Filho, L. A. *et al.* Educação Permanente em Saúde: Uma estratégia para articular ensino e serviço. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 4, n. 5, p. 1050-1060, 2013.
- Nascimento, E. P.; Correa, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008.
- Núñez, H. C. Educación popular: una mirada de conjunto. **Revista Decisio.**, México, p.3-14, 2005.
- Oliveira, F. M. C. S. N. *et al.* Educação Permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Colombia: Aquichan**. Chía, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011.
- Pedrosa, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- Pinto, J. M. C. P. **História e Memória Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2017.

- Pulga, V. L. As múltiplas dimensões da educação popular em saúde que emergem das experiências e dos saberes produzidos nas redes de cuidados das mulheres camponesas. In: Cruz, P. J. S. C. (org.). **Educação Popular em Saúde: desafios atuais**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 85-106.
- Santiago, A. R. F. **Pedagogia Crítica e Educação Emancipatória na Escola Pública: um diálogo entre Paulo Freire e Boaventura Santos**. In: ANPED SUL. Seminário de Pesquisa em Educação, 12, 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/225/217>. Acesso em 14 jul. 2020.
- Scliar, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- Streck, D. R.; Redin, E.; Zitzkoski, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.
- Vasconcelos, E. M. Educação Popular: de uma prática alternativa à estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.
- Vasconcelos, E. M. Educação Popular: de uma prática alternativa à estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.
- Yin, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

AGIR CRÍTICO EM SAÚDE: ALGUNS APONTAMENTOS A PARTIR DA CONCEPÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR

Pedro José Santos Carneiro Cruz

O engajamento com a realidade é o ponto de partida

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

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

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

O processo de engajamento com a realidade requer respeito aquela realidade e incorporação das temáticas, dos limites e contextos desta realidade social no desenrolar do processo educacional, valorizando a leitura que as pessoas fazem dessa realidade social no processo educacional em desenvolvimento, de forma que a discussão sobre saúde esteja articulada com o lugar onde as pessoas moram, com as dinâmicas ali desenvolvidas, e os movimentos e grupos sociais que ali interagem. Desta maneira, o processo de educação em saúde vai estar coerente com o contexto em que é desenvolvido, podendo efetivamente gerar contribuições no dia a dia das pessoas e possibilidades de novas atitudes, posturas, novos procedimentos, tanto por parte da população, como por parte dos serviços e das instituições sociais locais para melhoria da qualidade de vida, principalmente no que tange à saúde.

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

Para construir um agir crítico em saúde, é importante que o profissional busque oportunidades de interagir com as pessoas. Não interagir em momentos pontuais, mas em momentos de forma processual e longitudinal, em que, passo a passo, propicie conhecer aspectos das pessoas e das histórias de vida delas, a partir da observação, participação, do envolvimento, da conversa e do percorrer das ruas do território, e do visitar os equipamentos sociais e instituições. É esse processo que vai permitir ao profissional ter a possibilidade de efetivamente entender os diferentes contextos e os interesses que estão em disputa naquele território, de modo que ele possa, cada vez mais, tomar para si a ressignificação de qual é o papel dele, pois quando ele compreende a realidade e os contextos, vai melhor compreendendo de que forma o conhecimento técnico e as perspectivas científicas da saúde vão ter sentido, significado e valor naquela realidade.

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

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

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



Na verdade, considerar a construção compartilhada como elemento fundamental no processo do agir em saúde significa compreender que o elemento central nesse processo não são os conteúdos técnicos e científicos em saúde e os conhecimentos especializados. Pelo contrário, a matéria-prima do processo educacional em saúde é a vida mesma, com concepções, percepções, vontades, interesses, dilemas, desejos e uma série de questões atreladas à subjetividade e sociabilidade de cada pessoa. São estes elementos que vão, em uma interação dinâmica e complexa, definir os determinantes do processo alimentar e nutricional de cada pessoa.

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

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

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

O processo de construção compartilhada deriva da perspectiva teórica e metodológica de conduzir o processo educativo. A Educação Popular configura essa perspectiva, enfatizando como categorias centrais o **diálogo** e a **participação**. Certamente, existem outras categorias possíveis de serem consideradas como elementos importantes no processo de construção compartilhada. Contudo, iremos enfatizar, neste momento, estas duas.

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

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

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

No diálogo, de tudo aquilo que foi escutado, deve-se pensar: do que eu discordei? O diálogo me lembrou questões importantes? Afloraram-me novas percepções? O que aprendi com este processo? Dentre os aspectos que eu achei



positivos e potenciais, o que eu aprendi? Dos aspectos que achei negativos, frágeis ou discordei, a que síntese posso chegar?

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

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

O diálogo deve ser feito entre sujeitos - sejam eles profissionais da saúde, sejam elas membros da população, agentes comunitários de saúde, agentes sociais em geral - onde as pessoas sejam respeitadas e reconhecidas. Os diferentes pontos de vistas devem ser integrados dentro desse processo. É pelo diálogo ter como objetivo a emancipação das pessoas e a qualidade de vida com dignidade, que nós afirmamos que precisa estar no agir crítico em saúde, tendo este como horizonte fundamental à saúde como bem viver e qualidade de vida.

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

O diálogo é fundamental para exercitar processos sociais e educacionais em saúde, que estejam coerentes com a ótica da emancipação social e humana, como imagem objetiva. Se não tiver diálogo no processo, dificilmente será alcançado horizonte em que as pessoas se empoderem e se compreendam como sujeitos.

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

Nessa direção, o diálogo não pode ser tratado apenas como um momento ou um detalhe no contexto das ações em educação em saúde. Ele precisa ser o horizonte e a luz metodológica fundamental no jeito de conduzir e abordar os processos educacionais em questão. Além disso, precisa estar articulado e compromissado em um processo de construção comunitária maior, articulado a um processo participativo, em que as pessoas possam participar de forma ativa, crítica e criativa. Estando elas em um processo de saúde em questão de determinada realidade, elas têm o direito e a importância de participar com altivez. Neste sentido, a participação aparece como outra categoria fundamental.

A participação não pode ser compreendida apenas como a simples presença das pessoas em determinado lugar e horário. Participação tem a ver



com a possibilidade das pessoas exercitarem continuamente sua inserção em determinado processo educacional e social, conduzida a partir de um horizonte de autonomia e de “pé de igualdade” com os outros sujeitos presentes nesse processo.

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

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

A participação é também fundamental porque prevê duas condições. A primeira é que não é preciso ter um saber preestabelecido para participar. Para isto, a condição primeira e fundamental é que o sujeito esteja inserido no processo que ele queira participar, seja um processo social, ação em educação, ou até mesmo uma experiência de educação em saúde, mesmo que nela o sujeito esteja como usuário ou “paciente”. Se existe um ambiente participativo, o sujeito será reconhecido na particularidade, e terá o papel reconhecido com aquilo que pode e quer trazer para contribuir com aquele processo.

A participação defende não escolher ou determinar as pessoas pelo conhecimento. Não precisa ser especialista para participar de determinada ação. Precisa-se apenas ser gente, com experiências de vida. A participação enaltece a diversidade e preserva um processo de construção compartilhada, pois, ao inserir todos no processo, a participação reconhece que todos têm diferenças e especificidades. Para permitir que todos se insiram de modo

compromissado e profundo, a participação encoraja para que cada pessoa frutifique e desenvolva seu papel específico, o qual é definido por questões culturais, sociais e emocionais.

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

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

Não importa o que aconteça, o compromisso garante que haja ambiente que seja favorável ao processo de construção compartilhada e, mais do que isso, garante a esse processo de construção algo fundamental: a intencionalidade política transformadora. Sem esta intencionalidade, não é possível falar em construção compartilhada para um agir crítico em saúde, pois não será possível falar em um processo, cujo objetivo seja a emancipação social e humana – com qualidade de vida e um contexto de bem viver. Isso somente será obtido a partir de uma intencionalidade política transformadora,



alimentada por uma construção compartilhada, em que se busque e se exercite cotidianamente o diálogo e a participação.

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

É assim que, em muitas ações orientadas no campo da Educação Permanente em Saúde, fica em segundo lugar o diálogo com a população. Ou seja, os processos de mudanças e construção de um cuidado em Saúde integral são pautados preponderantemente em um trabalho coletivo da equipe e em uma mudança do olhar de cada profissional para a saúde, independente do território em que esse processo ocorre e das pessoas que ali cultivam, constroem e vivem saúde.

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

Ao longo de anos de militância na Saúde Coletiva, observei, em muitas experiências de Educação Permanente em Saúde, a implementação de novas tecnologias leves de cuidado em saúde, participação em saúde, construção da integralidade, **sem** a pactuação com a população. Um grande exemplo disso foi o modo como a política do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família

do município de João Pessoa foi implementada. Em algumas atividades (onde presenciei reuniões da comunidade e dos representantes com a equipe e a gestão, particularmente nas reuniões do conselho local de saúde), observamos algo improvável de existir: a **população sendo contra** a estratégia do acolhimento.

O acolhimento é fundamental, no sentido de se instituírem processos dentro das Unidades de Saúde da Família, em que todas as pessoas consigam, a todo tempo, no cotidiano da unidade, ser acolhidas em integralidade, diversidades e possam sair com resposta que seja capaz de atender às necessidades delas, desta forma, humanizando o atendimento. Uma das estratégias mais conhecidas neste contexto do acolhimento era a possibilidade de extinção dos modelos de fichas de atendimento, aonde muitos cidadãos chegavam de madrugada às Unidades de Saúde para disputar fichas para a prioridade no atendimento dos profissionais de saúde. Com a lógica do acolhimento, todos que chegam à unidade, independente do horário, passam por uma escuta qualificada pelos profissionais de saúde, têm a situação avaliada e são encaminhados para a melhor estratégia possível que atenda às necessidades de saúde.

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

Em João Pessoa, a população simplesmente não compreendeu isso. Mas, não por má vontade, e sim porque ela não foi procurada pelos gestores e trabalhadores de saúde para ser esclarecida sobre o que é um acolhimento e qual era a proposta. Esse processo se deveu fundamentalmente à iniciativa dos



gestores à época da secretaria municipal de João Pessoa. Os trabalhadores, em maioria, apenas seguiam um novo protocolo da gestão, e este novo protocolo era fundamentalmente inspirado pela perspectiva de Educação Permanente em Saúde e de construção do processo de Trabalho em Saúde, que enfatiza uma série de tecnologias leves que possam ser aplicadas no contexto do trabalho em saúde, mas que pouco pressupõe a negociação, o diálogo e a construção compartilhada com os usuários.

Uma educação em saúde crítica requer mais do que ideias de intelectuais, exige o protagonismo do saber popular

Há muitas e diferentes abordagens da Educação e Saúde em nível internacional, particularmente no Brasil. Em muitas delas, nos debates diante da perspectiva da Educação Permanente em Saúde, concebe-se que o processo de reorientação do cuidado em saúde será conseguido centralmente a partir da reorientação tão somente da formação do profissional e que, se for dada a ênfase de mudanças na atitude do profissional e no olhar desse profissional para o usuário ou o paciente em atendimento, as mudanças serão feitas.

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

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

Na perspectiva da Educação Popular, no agir crítico em saúde, o engajamento com a realidade é fundamental porque somente as ações de educação em saúde têm sentido de forma articuladas a um processo emancipatório, dando-se oportunidade para que todos os sujeitos que intervêm no processo possam efetivamente contribuir com a reorientação, dialogar e fazer um processo de construção compartilhada, em que o poder de reorientação da saúde seja também compartilhado.

Nessa concepção, aposta-se centralmente na capacidade de interação, comunicação e comunhão entre profissionais de saúde e pessoas da comunidade e dos grupos sociais como caminho profícuo para propiciar a reorientação das mudanças de saúde, pois o objetivo principal quando se atina para um agir crítico em saúde não é somente a transformação do olhar profissional, mas é pensar em caminhos, estratégias, oportunidades e possibilidades (tanto teóricas como metodológicas) de construir novas perspectivas para um agir em saúde que consigam gerar processos emancipatórios nos territórios e comunidades.

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

Para concluir essa conversa: a Educação Popular traz princípios e orientações, não competências

Cumpramos destacar que os princípios e elementos de um agir crítico em saúde abordados nesse texto não constituem, de maneira alguma, em



nossa concepção, **uma competência**, conforme fundamentado pelas recentes propostas de pedagogia das “competências” ou de educação por “competências”, que valoriza uma concepção eminentemente pragmática, capaz de gerir as incertezas e considerar as mudanças técnicas de organização do trabalho, às quais o profissional deve se ajustar, de acordo com Junqueira e Cotta (2014).

Em nossa visão, um agir crítico em saúde vai de encontro a essa perspectiva de formação de pessoas e profissionais, de acordo com competências, pois competências deixam preestabelecidas abordagens, formas de fazer, conteúdos e temas. Quando não deixam completamente preestabelecidos esses elementos em um processo educacional, a pedagogia das competências frisa esses elementos com bastante profundidade e atrela as realizações educacionais dos profissionais a um *script* previamente estabelecido por intelectuais ou então um consenso de políticas públicas. Em nossa opinião, um agir crítico em saúde tem como elementos fundantes alguns princípios, dentre os quais, sugerimos alguns e fundamentamos alguns. Porém, em momento algum entendemos que tais princípios devam ser cristalizados, tampouco devam ser inquestionáveis. São apenas provocações e alguns caminhos e perspectivas, a partir dos quais os profissionais que atuam no campo na saúde poderão, a partir da Educação Popular, principalmente conforme fundamentada por Paulo Freire, encontrar caminhos para um agir transformador no cotidiano dos territórios dos serviços em geral.

Agir conforme competências preestabelecidas, sejam por órgãos educacionais, intelectuais ou institucionais, vai de encontro com o agir crítico em saúde, posto que esse agir crítico deve ser construído com as pessoas, não apenas profissionais, tampouco gestores e intelectuais, mas também as pessoas do povo, inclusive as mais simples e humildes. Um agir crítico em saúde não vai ser feito apenas dentro dos muros da universidade, tampouco dentro dos órgãos, como o Ministério da Saúde e outros aparelhos institucionais. Ele vai se feito no diálogo destes setores e dos sujeitos e outros sujeitos da população, dos territórios e dos grupos sociais das comunidades, de forma articulada, coerente e coesa com as demandas das necessidades de cada território. Portanto,

nessa visão, não cabe para um agir crítico em saúde pensar em competências. Preferimos pensar em princípios e bases fundantes, o que nos remete mais a valores orientadores gerais, os quais deverão ser, a partir da inserção de cada profissional em cada território, analisados e compreendidos para uma forma de atuação, respeitando as especificidades de cada profissional.

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

Em nossa visão, o objetivo primordial para formação em saúde com uma perspectiva crítica não é formar para o mercado, inclusive porque o mercado que aí está é dominado pela exploração humana e econômica da lógica capitalista, cujo valor principal não é o humano nem o solidário, mas o valor do lucro, independentemente de qualquer outra questão. Neste sentido, o agir crítico em saúde, na perspectiva da Educação Popular, não forma para o mercado, mas para a humanidade, na perspectiva de formar pessoas que se coloquem no lugar uma das outras, se preocupem com os sofrimentos, opressões e incômodos presentes na sociedade e busquem conjugar esforços (do ponto de vista técnico e científico) com os esforços e necessidades sociais das pessoas e comunidades para enfrentamento e superação, inclusive, ganhando salários dignos para assim fazerem.

Nesse sentido, o agir crítico em saúde está na contramão dos valores do mercado atual, de acordo com as palavras de Freire (2005), que afirma que a humanização permanente dos homens e das mulheres em uma construção de uma sociedade justa, a qual se faz com diálogo entre saberes e se faz evidentemente em um saber técnico e científico. Contudo, esse saber precisa estar articulado às demandas das pessoas e precisa estar comprometido com a construção de um mundo melhor e mais justo, e não com o fortalecimento do mercado que está.



EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL INSERIDA NOS TERRITÓRIOS DO SUS

Vanderléia Laodete Pulga

Introdução

No ano em que comemoramos os 20 anos da criação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) é fundamental trazer algumas reflexões sobre as contribuições e os desafios da educação popular em saúde nos processos de formação na saúde, em especial, na medicina e nas residências multiprofissionais em saúde inseridas na promoção e cuidado em saúde nos territórios do SUS.

Inicialmente, é preciso afirmar que o SUS é uma das conquistas estratégicas da luta pela reforma sanitária do país e do povo brasileiro que assegura a saúde como direito de todos (as) e dever do Estado. Afirma, reconhece e garante a universalidade de acesso, a integralidade do cuidado e a promoção da equidade como princípios doutrinários e a descentralização, a regionalização e a participação social como princípios organizacionais preconizados na Constituição Federal de 1988 e na Legislação do Sistema Único de Saúde, a Lei 8.080/90 e 8.142/90.

Cabe ressaltar que essa conquista de um sistema público, universal, integral equânime, descentralizado e participativo é resultado de muitas lutas sociais e populares que se articularam na diversidade do Movimento da Reforma Sanitária e de outros movimentos populares que tinham a luta pela saúde, pela democracia e pela vida aliadas às suas lutas específicas como a da Reforma Agrária, da Reforma Urbana, das lutas das mulheres e do feminismo, do sindicalismo combativo, e, dentre outras, das lutas pelo fim das formas de opressão, de discriminação, de exploração, do patriarcado, do racismo,

de preconceitos, de imperialismo e de dominação sobre os povos e sobre a terra. Essas lutas também revelavam a necessidade de enfrentar as raízes da determinação social dos processos de saúde e adoecimento para promover e cuidar da vida e da saúde dos povos.

Neste campo democrático e popular formado pelas diversidades político-organizativas nas práticas de base comunitária e popular, em bases teórico-metodológicas catalisadas e sistematizadas, especialmente por Paulo Freire nas suas obras, estavam os fundamentos do que hoje chamamos de educação popular em saúde.

Para efetivar o direito à saúde e a implementação do SUS várias políticas específicas vêm sendo construídas coletivamente junto aos processos de fortalecimento do controle social na saúde.

Mesmo diante de contextos históricos marcados por diversas formas de desmonte do SUS, do financiamento frágil, das tentativas de privatização e precarização que expressam o paradoxo entre as necessidades de saúde da população, de um lado, e, de outro, da crescente mercantilização da saúde e da vida (Pulga, 2014), esse sistema público de saúde mostrou sua força no enfrentamento à covid-19, ao negacionismo e a todas as formas perversas que marcaram esse contexto.

A força do SUS se expressa cotidianamente na garra, na competência técnica, na dedicação e no compromisso com o cuidado à saúde das pessoas das equipes de trabalhadores (as) do SUS. Aliado a isso, gestores do SUS, dos serviços e das equipes comprometidas com a defesa da Vida e do SUS vem fazendo a diferença nesse país. Inumeráveis práticas cotidianas de cuidado à saúde da população realizadas no SUS fazem a diferença. Exemplo disso são as práticas premiadas nas mais diversas edições da “*Mostra Brasil aqui tem SUS*” que revelam parte das experiências do cotidiano do SUS que nos orgulham.

Além disso, a força da participação social e popular marca a luta, a conquista e a presença viva da sociedade civil brasileira no controle social do SUS que se expressa nas ações do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde, e outras formas de participação



popular, evidenciando que quanto mais participação e protagonismo popular, mais forte é a construção do SUS, da autonomia dos usuários e da qualidade da atenção à saúde.

Destaca-se, também, outra dimensão fundamental do SUS que é a formação dos profissionais da saúde, garantida enquanto premissa constitucional cuja competência do Sistema Único de Saúde é ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Brasil, 1988, Art.200).

A partir dessa orientação, os processos de formação na saúde vêm passando por importantes mudanças, tanto curriculares como metodológicas. Assim, a formação inserida no SUS, com as equipes de saúde e os atores sociais presentes nos territórios e nos serviços de saúde vem permeadas pelas potencialidades, fragilidades e desafios do próprio SUS na atenção à saúde, na gestão, na formação e na participação e no controle social.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem uma incidência importante nos processos de formação profissional técnica, de graduação, pós graduação, aperfeiçoamento e qualificação nos serviços de saúde. Esta política em experimentação, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), revela que a formação dos profissionais de saúde para além do domínio técnico-científico se estende pelos aspectos estruturantes de relações e práticas que contribuam para a qualidade de vida e saúde da população. Traz a relevância da dimensão educativa do trabalho, envolve as práticas de aprendizagem significativa e articula as dimensões do ensino, da atenção, da gestão e da participação em/na saúde, ou seja:

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde - ensino / gestão setorial / práticas de atenção / controle social - propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos

e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 19).

A par desses processos de ativação de mudanças na formação em/na saúde, emerge a Política Nacional de Educação Popular em Saúde advinda das práticas sociais por libertação, democracia e saúde do campo democrático e popular, se institucionaliza no SUS através da Portaria 2.761 de 19 de novembro de 2013 evidenciando compromissos e princípios orientadores desta Política:

A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propondo uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: I. diálogo; II. amorosidade; III. Problematização; IV. construção compartilhada do conhecimento; V. emancipação; VI. compromisso com o projeto democrático e popular (Brasil, 2013, p. 1).

Essa política vem contribuindo nos processos formativos e vem se implementando nas formas de resistência das ações dos movimentos sociais populares, nas práticas populares de saúde, nas experiências de formação através de cursos de especialização em educação popular em saúde promovidas pela Fiocruz Ceará e Brasília em parceria com outras organizações e universidades; assim como, em processos de formação na saúde como os cursos de graduação na saúde, as Residências em Saúde, experiências de pesquisas participativas, de extensão e cultura popular em universidades, institutos e escolas da área da saúde.

Nesta reflexão, busca-se analisar como os elementos metodológicos da educação popular em saúde e da PNEPS/SUS foram compondo experiências de formação de profissionais da saúde para o SUS. Dentre as questões provocadoras desta análise estão: Quais elementos marcaram a criação e implantação do curso

de medicina e da Residência multiprofissional em saúde na atenção básica em uma universidade pública no norte gaúcho? Quais foram as contribuições e desafios da educação popular em saúde e como as bases da PNEPS-SUS se expressam nesse tipo de formação na saúde inserida nos territórios?

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação do Curso de Medicina, em especial, da Saúde Coletiva nele presente e da Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica, através da presença ativa no cotidiano destas iniciativas, com base em análise documental dos registros, assim como, da reflexão de narrativas produzidas nos diversos momentos de sua trajetória, envolvendo o conjunto de seus principais atores.

Para a sistematização do relato de experiência, foram analisados os registros internos produzidos desde a implantação, a partir do projeto de criação, atas e memórias de reuniões, avaliações semestrais do processo, textos divulgados em congressos científicos e outros eventos, trabalhos e manuscritos desenvolvidos por estudantes, residentes e preceptores (as) participantes, arquivo de imagens e outros documentos que fazem parte de acervo, documentos pedagógicos públicos, memórias e registros feitos em vídeos, em diários de campo nos processos de formação em saúde, na graduação e na residência em saúde da família, em diferentes documentos como textos, trabalhos publicados, portfólios, cartas pedagógicas acompanhadas de reflexões e significações.

O relato de experiência é uma metodologia que incorpora registro de situações e eventos, memória oral e escrita, assim como depoimentos relativos à implementação de processos, programas ou projetos. Assim, as reflexões que seguem do relato e sistematização de vivências de caráter qualitativo, junto a um dos cursos de medicina do plano de expansão das escolas médicas do Programa Mais Médicos e um dos programas de residência multiprofissional em saúde na atenção básica de uma universidade federal no norte gaúcho do período de 2013 a 2023.

Ancora-se, também, em Minayo (2001) ao afirmar que este tipo de abordagem de caráter qualitativo responde a questões singulares, aprofunda-se no mundo dos significados, ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações. A partir disso, utilizou-se também da narrativa reflexiva para explicitar o processo de vivência na formação em saúde junto aos territórios e equipes de saúde com os sujeitos implicados no SUS e para qualificar a atenção integral junto ao SUS.

A partir disso, utilizou-se a técnica de elaboração e análise de unidades de significado para a interpretação e ressignificações das vivências. Em primeiro momento foram elaborados alguns questionamentos que serviram de base para sistematizar as vivências mais significativas no processo e, deste modo, a estruturação em unidades de significados, que buscam ressignificar a produção de saúde, cuidado, formação e participação popular no SUS, a partir da educação popular em saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados e discussão deste relato de experiências partiu das questões: Quais elementos marcaram a criação e implantação do curso de medicina e da Residência Multiprofissional em Saúde na atenção básica em uma universidade pública no norte gaúcho? Quais foram as contribuições da educação popular em saúde e como as bases da PNEPS-SUS se expressam nesse tipo de formação na saúde?

Assim, as reflexões aqui trazidas foram organizadas em duas unidades de significados, a saber: a primeira “A inovação na formação médica e multiprofissional: articulando redes de cuidado e formação nos territórios” que caracteriza os principais elementos que marcaram a criação do curso de medicina e da residência multiprofissional em saúde e sua potência na articulação de redes de cuidado e formação junto aos territórios do SUS. A segunda traz “A educação popular em saúde nos processos de formação médica e multiprofissional na saúde” evidenciando como nessas experiências se dá as

contribuições e desafios da educação popular em saúde a partir de cada um dos eixos da PNEPS-SUS.

A inovação na formação médica e multiprofissional: articulando redes de cuidado e formação nos territórios

O Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Passo Fundo surge no esteio da criação do Programa Mais Médicos para o Brasil que, em seu componente de estímulo à formação médica brasileira, incentivou a abertura de novos cursos de medicina e procurou redirecionar os processos formativos a partir da formulação de novas diretrizes curriculares nacionais (Pulga *et al.*, 2015). Dentre outros elementos, contemplou-se uma proposta que estivesse vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), seus territórios de atuação, suas equipes e atores sociais vinculados à construção do SUS.

O processo de criação desta Universidade, deste *Campus*, do Curso de Medicina e da Residência Multiprofissional em Saúde foi marcado pela atuação coletiva que integrou mobilizações sociais da sociedade civil organizada com ações interinstitucionais de diversas instituições públicas, filantrópicas, agentes públicos da área da saúde, da educação, da agricultura e do desenvolvimento regional.

A integração ao SUS, trouxe, também, a articulação entre o ensino, a pesquisa, a extensão e a cultura, assim como, a interação entre ensino-serviço-comunidade, que situou o cotidiano dos serviços de saúde e da vida das pessoas como parte dos processos formativos, integrados aos conhecimentos científicos e às inovações tecnológicas.

O ingresso através do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) garantiu o acesso universal e vem possibilitando uma mudança no perfil dos estudantes de medicina tendo presença marcante de estudantes oriundos de ensino público, das classes populares, das diversas etnias, de pessoas com deficiências e das mais variadas regiões do Brasil.

O projeto pedagógico do curso de medicina traz a articulação entre aquilo que se chamava de ciclo básico com o profissionalizante, integrando e buscando a formação do médico generalista e humanista. Organiza

componentes curriculares em: domínio comum com os relacionados ao conjunto dos cursos de graduação como a Introdução à Filosofia, História da Fronteira Sul, Iniciação à Prática Científica, dentre outros; domínio conexo, com os componentes relacionados aos cursos de graduação na saúde, como a Saúde Coletiva e a Epidemiologia, dentre outras e os de domínio específico relacionados ao específico do curso de medicina como a história da medicina, Processos Biológicos, clínica, dentre outros.

Nesse processo de inovações curriculares, destaca-se, ainda, a integração dos conteúdos relativos à área específica e básica como Processos Biológicos onde integra Anatomia, Fisiologia, Bioquímica e Histologia; o Seminário Integrador que busca estudos de casos que integrem todos os componentes curriculares de cada fase envolvendo todos os estudantes e docentes e a Imersão/Vivência no SUS como parte estruturante da Saúde Coletiva e integradora dos demais componentes curriculares de cada fase e integrando, de forma dialética, teoria e prática. Uma construção pedagógica que interage diretamente com o cotidiano dos serviços de saúde vinculados ao SUS, seus territórios, comunidades e atores sociais.

Um processo de formação de profissionais da saúde, tanto médicos como os outros profissionais, através da Residência Multiprofissional em Saúde, inseridos nas redes de atenção integral à Saúde do SUS e construído com articulações em rede colaborativa de educação em saúde com outras universidades brasileiras e internacionais, assim como, com as instituições hospitalares de ensino e com o SUS na perspectiva de construção de Rede-Saúde Escola junto aos municípios.

A proposta pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde se dá através do “*aprender a cuidar, cuidando*”, ou seja, 80% da carga horária é vinculada à prática profissional no SUS junto às Estratégias Saúde da Família na Atenção Básica com ações de cuidado integral à saúde da população no atendimento clínico, acolhimento, atenção domiciliar, vigilância em saúde, participação social, promoção, proteção e educação popular em saúde e 20% em componentes teóricos e teórico-práticos em seminários Integrados com outros



programas de residência; pesquisa em saúde, projeto de intervenção e trabalho de conclusão da residência; seminários de campo para aprofundamento e construção de ferramentas para atuação na atenção básica; educação permanente em saúde com as equipes e seminários de cada núcleo profissional.

Assim, trata-se da implementação de experiências formativas na saúde que só é possível acontecer em rede e com o compromisso institucional dos diferentes atores sociais, políticos, educacionais e da saúde.

A base curricular busca atender as orientações dos Ministérios da Educação e da Saúde, assim como, as orientações presentes nas deliberações de Conferências de Saúde e das novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina e para as Residências em Saúde. Nessa perspectiva, os processos formativos são orientados pelas necessidades de saúde dos indivíduos e da população; utilizam metodologias com participação ativa dos estudantes e residentes na produção do conhecimento; contempla temas como segurança dos usuários e a diversidade na garantia de direitos sociais, debatendo questões de gênero, etnia, direitos humanos, humanização, entre outras.

O desafio que vem sendo enfrentado para a formação de profissionais de saúde é o desenvolvimento de um tipo de formação em redes colaborativas junto ao SUS; com atuação em território, com processos de trabalho em equipes, potencializando a formação e o trabalho colaborativo multi e interprofissional, articulando ações de pesquisa, extensão e cultura.

Assim, a base dos processos educativos se dá a partir da “Práxis”, onde há a articulação entre *prática-teoria-prática transformadora*, articulando os elementos de cada um dos aspectos do quadrilátero da formação na saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004), ou seja, atenção integral à saúde, gestão em saúde, ensino na saúde e participação social, possibilitando a construção de ferramentas de análise crítico-reflexiva sobre os processos de trabalho na saúde, as contradições, os desafios do cuidado enquanto “*alma dos serviços de saúde*” (Merhy, 2004).

A análise sobre os processos de trabalho vai possibilitando o desenvolvimento de habilidades, de conhecimentos técnicos, científicos e de

atitudes enquanto sujeitos protagonistas inseridos, implicados e comprometidos com o SUS e a sua qualificação, buscando formas de superar a lógica de apenas reproduzir o que já acontece, mas de problematizar, desnaturalizar, develar, compreender e analisar os fenômenos, refletir e construir novas possibilidades junto com as equipes e os atores sociais presentes nos territórios.

Esses processos viabilizaram a formação de seis turmas de medicina e de dez turmas de residentes multiprofissionais em saúde dos núcleos de enfermagem, farmácia e psicologia que estão atuando junto aos serviços de saúde do SUS nos mais diversos locais do Brasil.

Destaca-se, que, nesta universidade, se desenvolvem também os programas de Residência Médica em parceria com os hospitais e serviços de saúde da região, mas não foi objeto deste estudo.

Esse processo de formação dos profissionais de saúde evidencia a força, a potência e a dimensão educativa do trabalho em saúde, assim como, a importância da construção de redes colaborativas de formação e cuidado integral à saúde.

A educação popular em saúde nos processos de formação médica e multiprofissional na saúde

A educação popular em saúde compõe as bases político-pedagógicas do processo de formação profissional no projeto pedagógico do curso de medicina indicando que a educação popular em saúde se dá por meio de ações voltadas para integralidade da atenção à saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Universidade Federal da Fronteira Sul [UFFS], 2017, p. 57). Na residência multiprofissional a educação popular em saúde compõe a perspectiva metodológica do programa de forma transversal.

As experiências das residências em saúde com o ensino nos serviços de saúde, as vivências e estágios no SUS através do VER-SUS, as práticas de educação

popular em saúde dos movimentos sociais populares como o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), a Rede Unida, o GT de Educação Popular em Saúde da Abrasco, dentre outras, possibilitaram aprendizados metodológicos fundamentais que passaram a ser integrados aos processos existentes no ensino, na pesquisa, na extensão e cultura, integrando ensino-serviço-comunidade tanto na formação médica, como multiprofissional.

Além de constar nos projetos pedagógicos dos cursos, também compõe uma das políticas junto ao Sistema Único de Saúde, a PNEPS-SUS que tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.

A Universidade Federal da Fronteira Sul foi uma das instituições que assumiu o compromisso com o Ministério da Saúde na execução do EDPOPSUS no Rio Grande do Sul junto com a ANEPS e o Grupo Hospitalar Conceição. Assumiu, também a implementação 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, de diferentes localidades do Norte ao Sul do Brasil e de articulação internacional e seu desenvolvimento, integrou todos os eixos da PNEPS-SUS.

Assim, para facilitar a compreensão sobre a educação popular em saúde, suas contribuições e desafios na formação médica e multiprofissional com base na experiência em desenvolvimento nesta universidade pública federal com os atores sociais do SUS, organizou-se didaticamente a reflexão a partir dos eixos estratégicos estruturantes da PNEPS-SUS (Brasil, 2013), mas na prática os processos foram se implantando de forma articulada.

a) Participação, controle social e gestão participativa

Na PNEPS-SUS esse eixo tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas.

Assim, os processos formativos que são realizados na formação médica e multiprofissional têm vínculo e vivências de estudantes e residentes junto aos Conselhos de Saúde e instâncias de participação nos processos de pré-conferências e conferências de saúde, de inserção em espaços de mobilização pelo direito à saúde e de processos de formação de conselheiros e atores sociais.

No que se refere à realização das pré-conferências, das conferências livres e da participação nas conferências de Saúde envolve anualmente centenas de participantes, inclusive na pandemia que foram realizadas de forma telepresencial através das plataformas virtuais, contribuindo para o fortalecimento da cidadania e da democracia no SUS.

Outro aspecto relevante é que o projeto pedagógico do curso de medicina foi discutido no Conselho de Saúde e no Conselho dos Direitos das Mulheres, além de ser apresentado e debatido em Audiência Pública com a presença do reitor e da comunidade regional, além das instâncias de decisão interna na universidade.

Além disso, a participação em projetos de extensão na formação de atores sociais para o fortalecimento do SUS, de formação de agentes comunitários de saúde, de educação popular em saúde, de saúde nas escolas e comunidades, dentre outros já desenvolvidos na UFFS, vem contribuindo para refletir e construir uma consciência sanitária e de cidadania, elementos importantes para o exercício da democracia e de experiências onde o poder se constrói coletivamente.

A par disso, há o engajamento no fortalecimento dos conselhos locais de saúde nos cenários de prática da residência multiprofissional em saúde como parte da prática profissional dos residentes desde o início do programa.

Esses processos possibilitam a formação de lideranças colaborativas que aprendem a respeitar os saberes, as necessidades e espaços das outras pessoas e a construir processos grupais e coletivos que são importantes no fortalecimento da participação e do controle social.

Outra estratégia educativa importante que se dá no ensino, é a construção de identidade coletiva, de vínculo, pertencimento e processos grupais que é realizada no componente curricular de Saúde Coletiva I e no início da Residência que se dá através do compartilhamento das histórias de vida de cada um(a) dos estudantes e residentes; do desafio destes conhecerem os territórios com base na cartografia social, no mapa falante e nas vivências concretas junto aos territórios, serviços, equipes, grupos e comunidades. Ainda, são elaboradas Cartas Pedagógicas por estudantes e residentes sendo fundamentais para a construção do protagonismo, das histórias, do pertencimento, da interação e do vínculo.

b) Formação, comunicação e produção de conhecimento

Este eixo compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores (as) e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.

Várias são as estratégias e ações realizadas nesse eixo para qualificar a formação dos profissionais de saúde. Um dos elementos fundamentais é a relação dialógica entre “*sujeito-sujeito*” nos processos de ensino aprendizagem, rompendo com a visão hegemônica de “*sujeito-objeto*”. Deste modo, estamos fortalecendo a concepção e prática de “*Encontro*”, onde cada aula, seminário, imersão/vivência, oficinas, atividades orientadas, ações de extensão em escolas, grupos, equipes ou comunidades, atendimentos em saúde, dentre outras ações, são compreendidos como “*encontro vivo em ato*”, ou seja, cada

ação que se realiza e tenha mais de uma pessoa participando é “*encontro*” entre dois ou mais *sujeitos em relação* que produzem aprendizados, afetos, ações, constroem sentidos, ressignificam processos e modos de viver, se relacionar, aprender e (re)-existir.

Assim, os estudantes e residentes são convidados (as) a construírem junto, cada um desses encontros junto com a professoras/educadoras ou preceptoras divididos em duplas ou grupos ficam as responsáveis para preparar a sistematização ou a memória de cada encontro e organizando os conteúdos abordados e as aprendizagens obtidas.

Além disso, são convidados a organizar estratégias comunicacionais e dialógicas que são fundamentais para cada profissional de saúde saber interagir, respeitar, dialogar e construir os projetos terapêuticos singulares junto com cada usuário, aspectos que vão além do diagnóstico e prescrição. Possibilitam a construção da autonomia dos sujeitos sobre seus corpos e o cuidado e produção de saúde.

O convite à construção coletiva se dá também no lanche coletivo compartilhado como espaço de confraternização, de alegria, de promoção da saúde e de socialização intercultural pois a comida une as pessoas, gerações, povos, culturas, além de ser fundamental para a promoção da saúde.

As vivências de cuidado de si é outra estratégia educativa que vem sendo construída conjuntamente com estudantes e residentes em cada encontro.

As metodologias que o campo da educação popular em saúde oferece é variável, amplo, de problematização e de produção de análises crítico-reflexivas, participativas, ativas, de produção de autonomia, implicação e compromisso ético com o percurso formativo e com as pessoas com as quais se estabelecem relações sejam educadores (as), educandos (as), residentes, equipes, comunidades; ativadoras de mudanças das realidades e das relações humanas, sociais e com a natureza; para a aprendizagem, capazes de produzir e compartilhar novos conhecimentos e saberes.

As diferentes linguagens, referenciais teóricos, pesquisas, estudos, imersões, vivências, seminários, oficinas, simulações, dentre outras, vão



compondo os processos formativos, assim como, as diversas estratégias de avaliação e compartilhamento dos saberes produzidos.

A produção de narrativas, estudos, trabalhos científicos e outras formas de produção do conhecimento são incentivadas desde o primeiro semestre e perpassam todo o percurso formativo.

Na implementação da PNEPS-SUS através do Projeto “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”, várias foram as ações realizadas de formação, de comunicação e de produção do conhecimento.

Assim, foi realizado o Curso de Capacitação de Facilitadores em Educação Popular em Saúde envolvendo 96 participantes da região Sul; de 03 encontros estaduais de Educação Popular e Saúde em 2019 sendo que o Encontro do Rio Grande do Sul se deu integrando a Conferência Livre Nacional de Educação Popular em Saúde, com 171 participantes; o de Santa Catarina se articulou junto com o III Seminário Integrador de Extensão e IV Mostra de Extensão e Cultura realizado nos dias 18/06/2019 e 19/06/2019, na cidade de Chapecó/SC, com a participação de 444 participantes e o Encontro Estadual do Paraná aconteceu em Laranjeiras do Sul com 70 participantes foram fundamentais para qualificação e capilarização da PNEPS-SUS.

Além disso, foram realizadas vinte oficinas temáticas de capacitação em Promoção da Equidade na Saúde com populações indígenas, quilombolas, campo, floresta e águas, juventude, mulheres assentadas, população de periferia urbana, mulheres camponesas, estudantes de medicina, trabalhadores (as) do SUS, residentes, preceptores (as) e docentes, envolvendo 713 participantes presencialmente no ano de 2019 e início de 2020 demarcou a potência da educação popular em saúde para promover a equidade no SUS.

A realização de oficinas nacionais com mulheres camponesas com o tema central sobre Saúde das mulheres do campo e floresta envolveu 240 mulheres camponesas de forma presencial e depois abriu as possibilidades de realização dessas oficinas virtualmente durante a pandemia da covid-19 com o Movimento de Mulheres Camponesas.

Na comunicação, realizou-se cursos e oficinas de comunicadores em saúde envolvendo 90 participantes para desenvolvimento de Programa “Saúde no Ar” para rádios e outras mídias, assim como a Produção do Filme *SUS PENSE* sobre a importância do Sistema Único de Saúde, a elaboração de boletins informativos de saúde e outros materiais públicos de educação popular em saúde.

Esse processo culminou na realização do I Colóquio Internacional de Educação Popular em Saúde e Mobilização para 14º Congresso Internacional da Rede Unida nos dias 09/03/2020 a 14/03/2020, com a participação de 700 pessoas presencialmente e 2100 pessoas assistindo virtualmente as palestras através das redes sociais no período anterior à pandemia e possibilitou que durante todo o período pandêmico fosse possível as ações junto com o Comitê Popular em defesa da Saúde, dos Direitos e da Democracia.

A par disso, a produção de materiais e vídeos para o Conselho Nacional de Saúde e para a Organização Mundial de Saúde na campanha de valorização dos profissionais de saúde no enfrentamento à pandemia da covid-19. Esses materiais estão disponíveis no site da educação popular em saúde, <https://edpopsaude.com.br/site/>

Além disso, a produção de conhecimentos vem se dando na elaboração de artigos e na publicação em livros sobre Educação Popular e Saúde articulados com Ensino, Pesquisa e Extensão e Integração Ensino-Serviço-Comunidade que estão disponíveis na Série Educação Popular & Saúde da Editora Rede Unida, onde a singularidade dessas obras está na construção coletiva e compartilhada de saberes e de conhecimentos disponíveis gratuitamente no site: <https://editora.redeunida.org.br/serie/educacao-popular-saude/>

c) Cuidado em saúde

Este eixo tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS.

Neste eixo, o “*aprender a cuidar, cuidando*” é a força mobilizadora, assim como, o cuidado de si para poder cuidar melhor do outro (a) também se integra numa abordagem do cuidado como a essência ou a alma dos serviços de saúde. O cuidado é produzido e requer a construção de competências técnico-científicas, de habilidades, de atitudes e do desenvolvimento de sensibilidades para construir relações de cuidado respeitosas, humanizadoras e produtoras de saúde e autonomia dos sujeitos na perspectiva da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação.

A par de um conjunto de componentes curriculares que preparam os estudantes para conhecer o corpo, os processos de saúde-adoecimento-cuidado como os de processos biológicos, processos morfofuncionais, processos patológicos diagnóstico e terapêutica, os relacionados à clínica, a Saúde Coletiva e todos os componentes relativos ao percurso formativo na graduação, também são desafiados a desenvolver ações de cuidado em programas de extensão, de cultura, a interagir com os saberes populares de cuidado e a realizar pesquisas e investigações científicas para qualificar o cuidado integral à saúde e à vida.

Na extensão foram realizados cursos de capacitação e aperfeiçoamento em práticas de cuidado e educação popular e saúde envolvendo 500 trabalhadores (as) da saúde, articulando a PNEPS-SUS com as Políticas de Promoção da Saúde, de Práticas Integrativas e Complementares, de Plantas Medicinais, das Redes de Atenção à Saúde, de Humanização, dentre outras.

d) Intersetorialidade e diálogos multiculturais

Este eixo tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras.

Neste eixo os estudantes e residentes são desafiados a construir junto práticas de educação popular em saúde no Programa Saúde nas Escolas junto aos municípios e outras ações intersetoriais, assim como, as ações junto às comunidades indígenas, quilombolas, de assentamentos e acampamentos da

reforma agrária e de ocupações urbanas, com grupos e associações de pessoas com deficiência visual ou cegas, surdas e com outras deficiências nos territórios saudáveis ou fora dos serviços de saúde.

A organização das ações de educação popular em saúde é construída junto com as lideranças de cada um desses sujeitos e podem ser ações educativas, de cuidado, de participação ou de gestão participativa, mas desafiam a pensar estratégias intersetoriais e construir diálogos inter e multiculturais no âmbito localregional, nacional e internacional.

Além disso, experiências de extensão e cultura vem sendo verdadeiros laboratórios de produção de ações inovadoras, intersetoriais e interprofissionais utilizando os saberes científicos e articulando com os populares a partir das diversas expressões da arte e da cultura enquanto dimensões do humano capazes de ativar e produzir saúde, vida, educação, protagonismo e emancipação.

Projetos “*Educação Popular, Equidade e Saúde: capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS*”, “*Círculos de Cultura, diálogos em saúde na escola e comunidade; Arte promovendo saúde & saúde fazendo arte*”, “*Atividades lúcidas inspiradas no Hospital do Ursinho*”, “*Arbocontrol*”, “*Vigilância popular em saúde*” foram demarcando a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão; ações intersetoriais e interculturais. Ações de educação, promoção de saúde e Feiras de Saúde em escolas, Unidades de Saúde, praças, escolas de educação infantil, instituições de longa permanência de idosos, em comunidades indígenas, quilombolas, rurais, com grupos específicos como cegos e pessoas com deficiências, com juventude e com mulheres vítimas de violência envolveram mais de 5 mil pessoas e potencializaram a criatividade e as dimensões da arte, da cultura, do cuidado e da formação integrados.

A proposta da residência multiprofissional e da medicina de assumir novos arranjos de formação em saúde, ancorados em referenciais como os das Políticas Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que são políticas que buscam seu referencial em Paulo Freire e na educação problematizadora, provocam a necessidade de assumir novos arranjos junto aos inseridos nos serviços.



Partem da necessidade de diminuir a fragmentação da formação e das práticas profissionais, para que possamos traçar caminhos significativos e mudanças nas formas de produção de saúde e qualidade de vida da população em processos dialógicos de promoção e cuidado à saúde nos territórios, seguindo as orientações das Conferências Mundiais de Promoção da Saúde e das orientações da Organização Mundial da Saúde relativas à Saúde como elemento capaz de perpassar todas as Políticas Públicas e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030.

Considerações finais

As reflexões sobre as experiências formativas aqui trazidas que incidem nos territórios, estão inseridas num processo de pesquisa-interação-formação participativa para o desenvolvimento de tecnologias em saúde, uma vez que qualifica as práticas e produz novas metodologias e tecnologias para o sistema de saúde.

Assim, a PNEPS-SUS que surgiu para implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, vem contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde vêm produzindo inovações na formação e na interação com as comunidades junto ao Sistema Único de Saúde.

Além disso, vem tendo importante contribuição na construção de processos formativos, de participação e cuidado integral a saúde, na promoção da vigilância popular em saúde, na formação de profissionais de saúde comprometidos com a integralidade do cuidado, com a defesa da vida e da democracia.

Partindo desta perspectiva, a formação médica e a residência multiprofissional nos provocam a construir processos de cuidado integral à saúde, visto que, ao reconhecermos que os problemas de saúde são fenômenos que compõem uma complexidade de fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, ambientais, interculturais, intersubjetivos e como parte dos processos de determinação social da saúde-adoecimento-cuidado,

necessitamos de uma maior diversidade de núcleos profissionais atuando em equipes e de forma interprofissional.

Contudo, essa atuação conjunta não diz respeito apenas ao espaço físico, mas à uma nova lógica de atuação e formação integrada, de base interdisciplinar e interprofissional e requer que se trabalhe de forma interligada, articulada, integrada em cooperação e em troca de saberes. Processos estes são desafiadores pois exigem uma atuação de forma interdisciplinar (trocas de saberes) e interprofissional (cooperação entre diferentes núcleos profissionais).

Ademais, cabe destacar que, tanto os desafios do SUS, como os da formação de profissionais da saúde ainda persistem e são a força motriz dos processos que estão sendo implementados.

Por fim, o SUS, com suas potencialidades, contradições e desafios, segue sendo uma grande escola que acolhe, promove e desenvolve o cuidado, a formação, a gestão, participação social e a garantia universal de um dos principais direitos sociais que é o da saúde.

Referências

- Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoefederal.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.
- Brasil. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.
- Brasil. **Lei nº 8.080 de, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.
- Brasil. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

- Brasil. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução no 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8.
- Ceccim, R. B; Feuerwerker, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- Merhy, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37.
- Minayo, M. C.S. **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- Pulga, V. L. **Mulheres camponesas plantando saúde, semeando sonhos, tecendo redes de cuidado e de educação em defesa da vida**. 2014. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- Pulga, V. L. et al. 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. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 199-215, 2015. Acesso em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1748>. Acesso em: 20 jan. 2024.
- UFFS - Universidade Federal Da Fronteira Sul. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina – Bacharelado**. Passo Fundo: UFFS, 2017.

CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR PARA ABORDAGENS EDUCATIVAS EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Paula Maia Espíndola Rodrigues

Elina Alice Alves de Lima Pereira

Íris de Souza Abílio

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Introdução

A Educação Popular (EP) constitui perspectiva pedagógica que preconiza abordagem educacional centrada fundamentalmente, no reconhecimento do outro como sujeito do processo de aprendizagem e construção do conhecimento. Para tanto, enfatiza nos procedimentos a valorização das histórias de vida e dos saberes de cada pessoa, os quais constituem matérias-primas para conscientização e reflexão crítica sobre a realidade e os problemas sociais.

O escopo teórico e metodológico da EP é delineado com a intencionalidade de se construir e aperfeiçoar o aprimoramento individual e coletivo para o exercício de uma cidadania plena das pessoas, em particular aquelas em situação de exclusão social ou quaisquer outras modalidades de opressão. Nessa direção, a perspectiva sistematizada por Paulo Freire envolve o trabalho pedagógico das mulheres e dos homens, necessariamente voltado para construção de uma sociedade cujo poder esteja sendo encaminhado para as mãos dos responsáveis pela produção social – os trabalhadores (Fleuri, 1989).

Consiste em um sistema educativo, portanto, cujas abordagens sejam coerentes com a mobilização da participação ativa das pessoas e a organização em coletivos capazes de proporem permanentemente estratégias

para a superação das contradições humanas da sociedade e os enfrentamentos necessários aos determinantes e condicionantes sociais de situações de injustiça e iniquidades (Freire, 1998).

Assim, a EP agrega perspectivas educacionais e epistemológicas conducentes à desconstrução de conceitos pré-formados e, de forma crítica, possibilita o diálogo entre diferentes sujeitos e a problematização das situações sociais e de contextos que incomodam e oprimem, ou seja, que constituem obstáculos para qualidade de vida das pessoas (Vasconcelos, 2011). A efetivação de ações educativas pautadas por esses princípios, com reforço ao coletivo e preocupações voltadas às maiorias sociais, é coerente com a garantia de alternativas viáveis aos modelos de produção que somente mantenham ou fortaleçam os mecanismos de exclusão (Melo Neto, 2006; Cruz, 2017).

Nesse sentido, a Educação Popular tem orientado as perspectivas pedagógicas da construção de diversas iniciativas no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), em um Programa de Extensão Universitária na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Exemplo disso é a construção de uma horta comunitária como estratégia educativa que busca a promoção da SAN e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), de maneira sustentável, por meio de processos emancipatórios.

Ao ponderar os aspectos socioculturais da alimentação e por acreditar no potencial das hortas comunitárias, é imprescindível a sistematização dessa experiência, uma vez que torna-se necessário elaborar de forma mais explícita e consistente os caminhos para consolidação dessa atividade, visto que estas podem ser elaboradas sob diversas abordagens e, neste estudo, priorizou-se abordagem orientada pelos princípios freireanos, o qual permite, de acordo com Cruz (2015), conduzir mais coerentemente à SAN.

A aposta nas hortas como dispositivo para promoção da SAN não é algo inédito. Elas têm sido utilizadas em diversos espaços e por diferentes sujeitos, grupos e instituições em todo o país. Contudo, os aportes literários evidenciam que não há pesquisas específicas dedicadas ao desenvolvimento de hortas comunitárias com o referencial da EP enquanto intervenção no processo

de construção delas para promoção da SAN, tampouco as contribuições a partir da interlocução – EP e SAN, por meio de hortas comunitárias.

Considerando esse contexto, julga-se ser relevante a sistematização dos caminhos e aprendizados de uma experiência de SAN à luz da EP, de modo a elaborar de forma concisa o percurso para criação, mobilização, desenvolvimento e conquistas dessas atividades, contribuindo para difusão dos aportes teóricos e metodológicos de uma iniciativa no campo da promoção da SAN.

Diante do exposto, o presente estudo buscou explicitar contribuições da Educação Popular para as abordagens educativas em SAN, a partir dos caminhos e aprendizados da construção de uma horta comunitária, em uma experiência no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), cujos referenciais pedagógicos se assentaram na perspectiva freiriana.

Aspectos metodológicos

Este manuscrito resultou de estudos advindos do resultado de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Nutrição da UFPB, cujas autoras e orientadores foram atores com participação ativa no processo estudado, com acesso privilegiado às fontes de informação, aos registros e aos demais sujeitos intervenientes nessa ação. Essa inserção ocorreu a partir do Programa de Extensão Universitária “Práticas Integrals de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)” e possibilitou, na construção deste estudo, a valorização da experiência e da trajetória dos pesquisadores, as participações ativas e os olhares curiosos.

O caminho investigativo foi desvelado por pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, particularmente, no que tange à explicitação precisa e acurada dos *caminhos* e *aprendizados* acumulados na experiência estudada. No que tange à coleta dos dados, utilizaram-se técnicas do grupo de discussão e da consulta documental.

Por meio do grupo de discussão, pretendeu-se, inicialmente, reconstruir a história da experiência da Horta Popular Boa Esperança, no

contexto do PINAB, a partir da elaboração de uma linha do tempo com eventos e fatos que marcaram a realização. Em seguida, priorizou-se, com o grupo, identificar nesse processo os aprendizados das ações empreendidas no contexto comunitário. Buscou-se, portanto, agregar considerações distintas acerca do objeto de estudo, valorizando-se a capacidade dos sujeitos em analisar cuidadosa e profundamente o problema de pesquisa, fornecendo aos pesquisadores subsídios para compor um cenário de reflexões críticas, abrindo-se espaço para emergência do contraditório e de questões-limite.

O grupo de discussão foi realizado na Igreja São Lucas, na comunidade Boa Esperança, no Bairro do Cristo Redentor, no município de João Pessoa - PB. Os sujeitos participantes foram: a) 01 *liderança comunitária*, com atuação também como coordenadora comunitária do PINAB; b) 01 *educadora popular*, com atuação também como moradora da comunidade e coordenadora comunitária do PINAB; c) 02 *estudantes extensionistas* do PINAB; d) 01 *Agente Comunitária de Saúde (ACS)* da Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde; e) 01 *educador ambiental popular*; f) 01 *nutricionista orientador voluntário* das ações.

A escolha desses participantes foi intencional e o critério que a orientou foi a participação ativa dos sujeitos no processo de construção da horta comunitária. A participação dos sujeitos no estudo foi voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da Declaração de Anuência por parte de representantes da comunidade, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas (CCM) da UFPB, com número do parecer 1.843.231.

O grupo de discussão foi realizado em uma única sessão, com duração de 120 minutos, o qual foi gravado na íntegra, transcrito e analisado pelos pesquisadores. Para essa realização, coube elencar um roteiro para guiar os momentos dedicados à discussão, sendo composto pelas seguintes questões geradoras: a) reconstituição do processo de construção da Horta Popular Boa Esperança; b) análise crítica desse processo; c) aspectos positivos e negativos.

Ainda foi realizada análise documental³⁰, considerando os seguintes documentos:

- Relatório do PINAB, no período de 2014.2, disponível no acervo em plataforma do Google (Google Docs) e no Blog do Programa (www.projetopinab.blogspot.com), que será citado como Relatório do Grupo Horta do PINAB 2014.2;
- Vídeo do PINAB sobre a horta, disponível no site YouTube e no Blog do Programa (www.projetopinab.blogspot.com), que será citado como se encontra descrito no próprio site (Nome do Entrevistado, em entrevista no Vídeo – Horta Comunitária – Vídeo completo);
- Vídeo do PINAB sobre o grupo Saúde na Comunidade, disponível no site YouTube e no Blog do Programa (www.projetopinab.blogspot.com), que será citado como se encontra descrito no próprio site (Nome do Entrevistado, em entrevista no Vídeo: Programa de Extensão PINAB – Construindo os Grupos – Saúde na Comunidade e Horta Comunitária).

Para reconstrução da história da horta popular Boa Esperança, também foram utilizados 1 (um) capítulo do livro, o qual sintetiza sete anos de vivências do PINAB e reúne a grande maioria da experiências construídas pelos atores e atrizes que as protagonizaram; quatro artigos do PINAB, sendo um deles publicado em revista científica – Saúde em Redes, um publicado nos Anais do II Seminário Nacional de Pesquisa em Extensão Popular – SENAPOPOP, um publicado nos Anais do III Seminário Nacional de Pesquisa em Extensão Popular – SENAPOPOP e o outro divulgado na Coletânea “Pesquisa em Extensão Popular no Programa PINAB”, a qual socializa algumas das experiências realizadas e sistematizadas no âmbito da Extensão Universitária Popular; 1 (uma) tese de doutorado, cujo objeto de estudo foi a experiência do PINAB; 1 (um) Trabalho de Conclusão de Curso, o qual consistiu em um relato de experiência sobre a

³⁰ Em muitas obras da literatura, convencionou-se chamar essa modalidade de pesquisa documental ou mesmo de consulta documental, contudo optamos pelo termo utilizado por Cellard, conforme presente na obra *A Pesquisa Qualitativa*, por entendermos que amplia a compreensão do papel dessa metodologia no campo das ciências sociais.

Horta Popular Boa Esperança; e dois resumos, sendo um deles também presente na Coletânea “Pesquisa em Extensão Popular no Programa PINAB” e o outro presente nos Anais do XV Encontro de Extensão – UFPB.

Para análise dos dados do grupo de discussão, a gravação obtida foi transcrita na íntegra, com posterior leitura flutuante e exaustiva do material e estruturação dos resultados, conforme a análise do conteúdo, na modalidade temática da hermenêutica-dialética, que conforme destacado por Gadamer (1999), corresponde à interpretação ou compreensão do sentido, a partir da comunicação entre seres humanos. A orientação da análise a partir da hermenêutico-dialética se deve também aos limites de outras análises em alcançar os objetos específicos da pesquisa. Para Holliday (1996), esse método é uma maneira de conceber a realidade, de se aproximar dela para conhecê-la e atuar sobre ela para transformá-la.

Para efeito da análise, construiu-se um quadro-síntese, em que, a partir da leitura do material transcrito da discussão, levantaram-se e/ou destacaram-se *os caminhos e os aprendizados*, particularmente aqueles atinentes à EP, como perspectiva orientadora da construção de hortas comunitárias para promoção da SAN. À medida que os elementos foram sendo identificados no interior da transcrição, a partir da leitura e do esforço interpretativo dos pesquisadores, foram emergindo diferentes ideias, percepções, perspectivas e olhares sobre esses *caminhos e aprendizados*. Para cada ideia emergente, destacou-se um trecho literal do discurso, como forma de ilustração, dialogando com as literaturas existentes nessa temática.

Todas as citações diretas das entrevistas do Grupo de Discussão estão entre aspas e em itálico, e caso apresentem quantidade de linhas superior a 3, estão centralizadas na página. Os dados apreendidos do Grupo de Discussão, que serviram para reconstituir a história da experiência e fazer emergirem reflexões e aprofundamentos para a análise crítica do objeto de estudo, estão citados com a identificação do *Papel do Entrevistado durante a experiência entre parênteses, sem revelação da identidade deste*.

Resultados e discussão

Situando a experiência da horta no contexto do PINAB

O PINAB foi criado em 2007, a partir da iniciativa de estudantes do Curso de Nutrição da UFPB, juntamente com uma professora desse departamento, buscando por experiências alternativas ao currículo oficial, que contribuíssem na formação de profissionais críticos e comprometidos com o enfrentamento da realidade de exclusão social vivenciada pelas camadas populares (Carneiro *et al.*, 2014). O Programa tem buscado, desde a origem, construir caminhos para o trabalho social no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na Promoção da Saúde e da SAN, em três comunidades localizadas no bairro do Cristo Redentor, na cidade de João Pessoa – PB (Rodrigues *et al.*, 2013).

A construção de hortas comunitárias no escopo das ações do PINAB teve início no ano de 2013, a partir de uma ideia oriunda de lideranças e educadores populares locais, e delineada por esses em conjunto com os atores da UFPB, por meio de um colegiado gestor do Programa, agregando atores do serviço local de saúde, membros da comunidade e extensionistas. Assim, a experiência teve início por meio da criação de um grupo operativo, intitulado *Horta Popular Boa Esperança*.

Com essa frente de ação, o Programa objetivou contribuir com a construção comunitária de estratégias participativas de promoção da SAN, que segundo a Lei Federal nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, abrange:

Ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, em especial da agricultura tradicional e familiar. [...] Implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se as múltiplas características culturais do país (Brasil, 2006).

Dessa forma, no território da comunidade Boa Esperança, foi iniciado o processo de mobilização das pessoas em situações de vulnerabilidade social

para participação ativa na construção de espaços urbanos de cultivo de plantas medicinais, hortaliças, legumes e demais alimentos, de modo a viabilizar frentes de protagonismo na conquista autônoma da soberania alimentar dessas pessoas, como também constituir um *lócus* de referência para o enfrentamento da fome, pobreza e miséria, servindo também como polo para cultivo e compartilhamento de plantas medicinais na comunidade.

O PINAB investiu nessa experiência não apenas por respeitar a ideia que proveu de atores comunitários e, portanto, acreditar no processo de construção compartilhada de ações e conhecimentos como prerrogativa da ação acadêmica e extensionista, como também por considerar os determinantes e condicionantes socioeconômicos e culturais da alimentação e acreditar na potencialidade das hortas comunitárias como estratégias educativas que buscam a promoção da SAN e do DHAA de maneira sustentável através de processos emancipatórios (Brasil, 2013).

Além disso, a iniciativa da horta comunitária busca de forma prática atender a alguns dos desafios enumerados no II Plano Nacional de SAN, como promover o acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional; e promover a produção de alimentos saudáveis e sustentáveis, a estruturação da agricultura familiar e o fortalecimento de sistemas de produção de base agroecológica (Caisan, 2018).

Para isso, foram desenvolvidas intervenções no território da Boa Esperança, com atividades de limpeza do terreno, plantio, cultivo, rega e colheita de plantas medicinais, hortaliças, frutas e raízes; oficinas de fomento à agroecologia e à elaboração de elementos, a partir do aproveitamento integral de alguns ingredientes do cotidiano domiciliar; reuniões de planejamento das ações; atividades lúdicas voltadas para o público infantil e adolescente, incluindo brincadeiras, dinâmicas de trabalho em grupo e jogos educativos envolvendo a sustentabilidade, a fitoterapia e a alimentação saudável; instalação de pontos de coleta seletiva de lixo; oficinas de produção de chás e xaropes com produtos colhidos no próprio espaço, entre outras.

A horta comunitária foi um movimento que durou dois anos, e, resumidamente, pode-se afirmar que impulsionou diversas outras ações dentro do PINAB, inclusive: a construção de uma horta comunitária dentro do espaço da USF; promoção de ações de SAN com ênfase produtiva no Programa, que até então priorizava principalmente a formação de grupos de discussão, oficinas formativas e cursos; envolvimento de estudantes de graduação e pós-graduação de diversas áreas nessa temática, desmistificando a ideia de que apenas a área da Nutrição está intimamente ligada à SAN e valorizando a dimensão interdisciplinar.

Os caminhos

A formação de um grupo compromissado com a construção da horta comunitária na comunidade Boa Esperança teve início pouco depois da instituição da coordenação comunitária do PINAB, em 2013, compondo uma das ações pensadas para a nova configuração do Programa de Extensão. Como forma de trabalhar a Promoção da SAN e do DHAA com ênfase na produção de alimentos, assim como enumerado nos desafios do II Plano Nacional de SAN, foi constituído um grupo operativo, com enfoque prioritariamente prático para o desenvolvimento comunitário de estratégias concretas nessa dimensão, visando mobilização de sujeitos, de modo a viabilizar um espaço público local para o enfrentamento da situação de fome e pobreza vivenciada por algumas famílias do território, de forma sustentável e solidária (Caisan, 2018; Cruz, 2015).

No início, o grupo investiu em reuniões internas de formação de protagonistas, no sentido de enriquecer os conceitos e conhecimentos acerca da SAN. Com isso, por meio de leituras, discussões e vídeos, foram abordadas as concepções de soberania alimentar e insegurança alimentar, bem como os fatores relacionados e as medidas para superá-la (Cruz, 2015; Rodrigues *et al.*, 2013).

Após esse período formativo, decorreu um processo de planejamento, no qual foi estabelecida agenda de reuniões com a comunidade, considerando



a necessidade de dialogar com todos aqueles moradores do território que tivessem interesse na iniciativa, e discutir como seriam os procedimentos estratégicos para o início da implantação dessa horta. Em uma das reuniões, na casa de uma integrante da coordenação comunitária do PINAB e liderança comunitária da Boa Esperança, discutiu-se sobre o local da horta.

Surgiram opções como escola, creche e até mesmo hortas domésticas, com utilização de garrafas pet (em forma de hortas suspensas). Foi decidido que, para a proposta envolver toda a comunidade, seria melhor utilizar o espaço em um terreno próximo à nascente do Rio Jaguaribe³¹, utilizado naquele momento para descarte e acúmulo de lixo na comunidade. Outra decisão importante foi convidar para participar dessa construção, atores que tivessem experiência técnica e vivencial na produção de hortas comunitárias, o que foi feito pela inclusão no grupo de um educador ambiental popular que é militante do Movimento Popular de Saúde (MOPS) da Paraíba.

Como passo seguinte, ainda no planejamento, foram feitas reuniões com o “*pessoal da comunidade lá de baixo*” (*fala da liderança comunitária*), moradores da região da Boa Esperança próxima à nascente do rio citado anteriormente, e, portanto, em área circunvizinha à região de implantação da horta e chamada dessa forma devido à posição geográfica, uma vez que é necessário descer escadarias ou ladeiras para chegar nesse espaço.

Foram realizadas diversas reuniões de planejamento, particularmente visando comunicação da experiência para os diferentes setores, grupos e moradores do território, bem como estabelecendo parcerias e procurando laços de solidariedade e apoio social para o sucesso dessa iniciativa. Como etapa final nesse processo inicial de planejamento e mobilização, foi realizada caminhada nas várias ruas e espaços da comunidade, visando divulgação do projeto da horta comunitária aos demais moradores. Todos os envolvidos “*batiam de porta em porta chamando os moradores da Boa Esperança para conhecerem e participarem do Projeto*” (*fala do educador ambiental popular*).

31 Segundo Dieb e Martins (2017) Jaguaribe é o mais extenso rio urbano que cobre o município de João Pessoa, nele inserem-se aproximadamente 32 dos 64 bairros da cidade. Em virtude de estar quase que totalmente dentro de perímetro urbano, o cuidado com o patrimônio ambiental relativo ao rio foi negligenciado, abrindo espaço às ocupações ribeirinhas, ao descarte de esgoto e lixo em suas águas.

Buscando enfatizar a participação popular e a contribuição criativa dos moradores, nesse dia, foram distribuídos convites para que todos aqueles interessados em contribuir participassem de uma reunião no espaço onde a horta seria construída. Nessa reunião, cujo objetivo era escutar sugestões dos moradores sobre estratégias para concretização da proposta da horta, nenhum novo morador compareceu, somente aqueles que já vinham participando do processo, particularmente as lideranças comunitárias e educadoras populares locais. Foi encaminhada, nesse dia, a realização de um mutirão para limpeza do local. E, assim, começaria a mobilização de limpeza e cuidado com o terreno, primeiramente com estudantes, coordenadores e lideranças comunitárias integrantes do PINAB, com intuito de incentivar e contagiar o envolvimento subsequente dos demais moradores da área.

O desejo em ampliar a participação popular no processo era significativo, mas, por outro lado, foi consenso no grupo que uma estratégia importante consistia em não esperar um “número ideal” de participantes, mas começar a desenvolver ações e a “mexer” com a dinâmica e a realidade local, de modo a possibilitar a visibilidade da iniciativa para as pessoas. A convivência de muitos moradores do território com promessas não cumpridas de políticos e lideranças locais gera muitas ações sociais ao descrédito, além disso, as ações de educação em saúde vivenciadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), muitas vezes fundamentados, segundo Oliveira, Ávlia, Gomes e Sampaio (2014), na teoria higienista e em metodologias tradicionais, marcadas pelo autoritarismo e verticalização das falas e ações acarretam desinteresse da comunidade em participar de tais atividades; por isso, o grupo organizador pactuou em começar as ações para que as pessoas pudessem ver o andamento do projeto efetivamente, e, então, se aproximarem dessa experiência.

Nessa direção, a equipe organizadora da horta caminhou por boa parte das ruas da comunidade até o chamado setor “mais baixo” da Boa Esperança, fazendo novo convite à iniciativa. Foi marcante, na ocasião, a participação de palhaços cuidadores do PINAB que foram formados pela Oficina do Riso



do Projeto PalhaSUS/UFPB³². Os palhaços atraíram muitas crianças para a caminhada, as quais acompanharam a descida junto com alguns moradores. Ao chegar ao local planejado para construção da horta, foi realizado momento dinâmico de integração do grupo presente e, logo em seguida, foram iniciadas as atividades de limpeza da área, caracterizadas principalmente pela retirada de parte significativa do lixo que tinha sido jogado às margens do Rio Jaguaribe, e pelo plantio de árvores no entorno do local, como forma de incentivar a arborização e dar o pontapé inicial para construção da horta.

A partir de então, a construção da horta passou a ser pautada pelas ações do Grupo Operativo Horta Popular Boa Esperança³³. O Grupo passou a atuar com encontros semanais com a comunidade, tendo, no primeiro momento, o objetivo de dar consolidação aos trabalhos iniciados na mobilização, ou seja, concluir a limpeza da área e seguir, paulatinamente, com o plantio de algumas espécies de árvores no entorno, como proposta de revitalização da área verde local (Araujo *et al.*, 2014b). Nesse processo inicial, foram plantados: Ipê Rosa, Aroeira da Praia, Jacarandá e Oiticica.

O Educador Ambiental Popular lembrou, em entrevista, de que na semana posterior, ao chegar na Boa Esperança, havia notado que *“o jegue de um morador passou pelo local e comeu tudo o que tínhamos plantado, e que também tinha mais lixo no local do que antes da limpeza”*. Ademais, identificou-se, nas semanas subsequentes, algo que nem as lideranças tinham anteriormente apontado: alguns dos moradores daquela região da comunidade trabalhavam com atividades de reciclagem e, por isso, acumulavam resíduos no entorno da área de construção da horta. Com isso, o processo de limpeza seguiu de forma contínua, na sequência *“limpeza – destruição e mais sujeira – limpeza de novo”* (fala do educador ambiental popular).

32 Oficina do Riso é uma estratégia formativa de palhaços cuidadores promovida e coordenada pelo Projeto de Extensão PalhaSUS, o qual se propõe a promover espaços de humanização, educação popular em saúde, participação popular e cuidado integral, através de tecnologias sociais pautadas pela arte, pela cultura popular e pela ética da alegria, atuando sistematicamente em grupos em situação de vulnerabilidade social. Em 2014, o PalhaSUS promoveu uma Oficina do Riso especialmente para extensionistas de diversos projetos da UFPB, dentre eles o PINAB, formando palhaços cuidadores para atuação em comunidades populares da grande João Pessoa.

33 Nome escolhido em um momento de reunião entre os extensionistas, os profissionais de saúde da USE, as lideranças comunitárias, educadores populares e moradores do território.

Diante dessas situações, observou-se que seria necessário novo espaço para construção da horta. Em reunião, decidiu-se por uma área bem próxima da pensada anteriormente, mas que tinha a vantagem de ser protegida por uma cerca de arames. O lugar, chamado pela comunidade de “cercadinho”, era uma área a céu aberto e consideravelmente ampla, utilizada para momentos de lazer por alguns dos moradores locais. Uma parte do terreno foi cedida para construção da horta, e as pessoas que utilizavam o espaço se comprometeram a deixar a área sempre aberta, para que qualquer morador que quisesse participar da horta, pudesse trabalhar em cultivos ou mesmo apenas colher alguma espécie plantada. Assim, em local protegido dos animais e do acúmulo de lixo para reciclagem, foi dado início à construção de canteiros para plantio de algumas hortaliças e ervas medicinais.

Nos primeiros meses, as atividades eram divididas em manutenção do espaço da horta, cultivo de novas espécies, reunião de gestão e de formação com os moradores e, finalmente, momento de confraternização com lanche, além de dinâmicas educativas-integrativas e brincadeiras. As crianças, adolescentes e idosos predominavam no grupo (Rodrigues; Vasconcelos, 2016).

As primeiras plantações da horta comunitária foram: hortelã graúda, saião, capim santo, cidreira, hortelã da folha miúda e babosa. Depois foi plantado: coentro, berinjela, cebolinha, pimentão, rúcula, batata, tomate (tudo isso foi colhido e entregue ao pessoal da comunidade). Foi plantado ainda, duas castanhas de caju, mamão e acerola, com ajuda de algumas senhoras da comunidade. Além de chambá, erva doce, louro, manjerição e camomila. O único que não foi colhido foi a alface, porque não cuidaram direito (fala do educador ambiental popular).

As reuniões, após o processo de cultivo, foram aos poucos sendo preponderantemente pautadas por atividades formativas, visando integração entre os participantes e por trabalhos manuais com reciclagem de objetos encontrados próximo à horta. Essas atividades eram realizadas em forma de rodas de conversa com os comunitários, no sentido de debater temas pertinentes



à saúde, qualidade de vida, participação popular, DHAA, sustentabilidade ambiental, alimentação saudável, agroecologia, economia solidária, entre outros (Araújo *et al.*, 2014a; Dias *et al.*, 2018).

Em uma das atividades manuais, garrafas de vidro foram retiradas da nascente do rio e confeccionadas para ornamentação. Ainda, foram produzidas placas com o nome da horta e a indicação de “*proibido jogar lixo*” com tábuas de madeira recicladas. Garrafas pet e pneus pintados foram utilizados para construção e delimitação dos canteiros. Houve também oficina de pintura para confecção das placas de identificação das espécies cultivadas nos canteiros e construção de um balanço com pneu reciclado para as crianças participantes poderem brincar e interagir (Tavares, 2016).

Duas dessas atividades realizadas com as crianças foram sobre reciclagem e separação do lixo. Na primeira, foi discutido o tempo de degradação dos materiais encontrados próximo à nascente do Rio Jaguaribe, em um dos mutirões de limpeza; e, na outra, foram comprados baldes de lixo para colocar no espaço da horta, uma vez que muitos moradores descartam lixo naquela região, tanto por não possuir coletores quanto pela coleta insuficiente por parte da empresa de lixo urbano municipal, na comunidade. De forma lúdica, foram utilizados o símbolo e as cores referentes aos diferentes tipos de materiais que poderiam ser encontrados no espaço para confeccionar e sinalizar os baldes. Após a confecção, as crianças tinham que encontrar os materiais que estavam responsáveis e recolhê-los nos respectivos baldes.

Como atividade em outro momento, o educador ambiental popular convidou militantes do MOPS-PB da cidade de Campinha Grande – PB para compartilhar conhecimentos com o grupo durante uma oficina de fabricação de “sabão ecológico”, o que se deu através da reutilização do óleo de cozinha. Todos conheceram as técnicas, elucidaram dúvidas e puderam ainda levar para casa um pedaço de barra de sabão. Houve, também, oficinas de produção de chás e discussão acerca de usos no cuidado em saúde. Essas oficinas foram promovidas tanto no próprio espaço de cultivo como na USF Vila Saúde, com produção de chás de erva cidreira, capim santo e hortelã, o que também

constituiu estratégia para divulgar a experiência da horta e convidar mais pessoas a contribuírem nessa construção (Tavares, 2016).

Outra atividade importante foi uma oficina de fabricação de lambedor (xarope caseiro). Em uma construção que teve a participação destacada dos residentes multiprofissionais em Saúde da Família, dos residentes de medicina de família e comunidade e dos ACS da USF Vila Saúde, a realização dessa oficina marcou ainda a participação de uma moradora da comunidade muito envolvida com a fabricação de remédios caseiros, com conhecimento significativo sobre as ervas medicinais. Mediada pela moradora citada, essa oficina se configurou como aula prática da fabricação caseira de lambedor, com dicas, informações, e espaço para responder às dúvidas dos participantes. Nessa ocasião, houve ainda diálogo mediado pelo residente de medicina, em conjunto com a moradora (fabricante do lambedor), os quais compartilharam, a partir do lugar e da perspectiva de cada um, olhares sobre os benefícios das plantas medicinais, concretizando momento de integração de saberes e experiências de diferentes origens, mas de igual relevância - a acadêmica e a popular.

Essa construção compartilhada, segundo Carvalho, Acioli e Stotz (2001), surge do envolvimento de sujeitos possuidores de saberes distintos e é um princípio desenvolvido na prática da EP, por considerar a experiência cotidiana dos atores envolvidos, estimulando a aquisição pelos indivíduos e grupos populares, de maior capacidade de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas.

A partir da oficina fabricação de lambedor, a participação da equipe de Saúde da Família se intensificou e os profissionais passaram a atuar com mais regularidade no cultivo, na manutenção e no desenvolvimento da horta. O médico residente, *“incentivava o uso de ervas medicinais como alternativa terapêutica aos usuários do território e os orientava a buscá-las na horta” (fala da educadora popular)*, e os chás feitos com os produtos da horta *“foram utilizados nas reuniões de equipe e em alguns grupos da USF (fala do educador ambiental popular)*.



Algumas atividades foram protagonizadas por outro grupo operativo articulado pelo PINAB, chamado *Saúde na Comunidade*. As ações desse grupo de encontro comunitário ocorriam quinzenalmente com ACS, estudantes, professores e moradores que residem nas proximidades da horta, após a limpeza e o plantio de novas espécies de hortaliças e ervas medicinais. Nos encontros do grupo, foram utilizadas estratégias para debater temas relacionados à conscientização ambiental e à saúde, assim como o compartilhamento das histórias de vida dos participantes do grupo. Essas estratégias foram empregadas em dinâmicas de caráter coletivo e nelas foram utilizados recursos como: elaboração de cartazes informativos, rodas de conversas, bem como vivências com a utilização da metodologia da Tenda do Conto, espaço destinado aos participantes contar vivências e histórias de vida, tendo como referência o compartilhamento, com o grupo, de um objeto físico que tenha significado rico e profundo na história de vida, o qual é colocado no meio da roda de conversa (Araújo *et al.*, 2014a).

No decorrer da experiência do Grupo, a horta popular recebeu visitas de atores atuantes no campo da Saúde Coletiva e da Educação Popular de outros estados do país e de outros países, como Itália e Canadá, o que se deu a partir da participação do PINAB em fóruns, encontros e coletivos nacionais de educação popular em saúde, compartilhando essa experiência e despertando, assim, a curiosidade das pessoas da área em conhecer essa estratégia de promoção da SAN pela ótica da Educação Popular. Essas ações foram marcadas pela participação e contribuição ativa dos “visitantes”, em um dos períodos de atividade na horta, seguido de uma *roda de conversa* com os protagonistas do grupo, em que eram compartilhadas experiências e se valorizava a escuta de sugestões, propostas e contrapontos dos convidados, a partir do olhar crítico para a iniciativa da horta.

Vale ressaltar que, concomitante a toda essa experiência, eram realizadas semanalmente reuniões de gestão do PINAB na comunidade, em que todas as ações do Programa, não somente as do grupo horta comunitária, mas de todos os outros grupos operativos eram colocadas à disposição da comunidade, dos trabalhadores de saúde, dos residentes para serem avaliadas,

analisadas e construídas de modo coletivo. E o espaço da horta foi palco de muitas dessas reuniões comunitárias de gestão e avaliação das ações do PINAB.

Destacou-se também como aspecto importante, durante o processo de construção, a postura dos extensionistas do PINAB em estarem conectados com o que acontecia no contexto da horta, do ponto de vista das questões sociais e da dinâmica histórica comunitária, buscando acolher e apoiar as pessoas diante de situações de fragilidades do território e dificuldades enfrentadas. Deste modo, pudemos constatar que existiam pessoas que sobreviviam como catadores do material reciclável naquele espaço. Portanto, o Programa participou de reuniões com catadores e funcionários da prefeitura de João Pessoa sobre as condições e o trabalho desenvolvido por esse público, como forma de se inteirar do assunto e apoiar os trabalhadores que moravam e guardavam os recicláveis próximo ao espaço de construção da horta.

Durante a reunião realizada com a comunidade no final de 2015, para vislumbrar o futuro das ações na Boa Esperança, surgiu a ideia de investir em uma horta na USF Vila Saúde. O PINAB propôs à equipe da USF o apoio matricial da mesma, bem como médicos residentes interessados na aproximação às plantas medicinais, a proposta de construção conjunta de uma horta nos espaços internos da Unidade.

Após dois anos de existência da Horta Popular Boa Esperança, em fevereiro de 2016, foi decidido operacionalizar essa proposta, o que vem se dando de maneira importante, inserindo no cotidiano da USF um espaço de cuidado integral em saúde, de cultivo de ervas medicinais e de participação dos moradores na manutenção e no desenvolvimento dos plantios, bem como de atividades paralelas, visando fortalecimento das práticas integrativas no serviço local de saúde, por intermédio de oficinas para produção de chás, de mutirões para compartilhamento de mudas de diferentes espécies, de momentos de formação em fitoterapia para os trabalhadores da USF e, ainda, de mapeamento de hortas caseiras no entorno da USF, o que fortalece o acesso a uma das Práticas Integrativas e Complementares estabelecidas pela Portaria N° 702, de 21 de março de 2018 (Vasconcelos *et al.*, 2016; Brasil, 2018).



Os aprendizados

Os registros documentais e bibliográficos da experiência da Horta Popular Boa Esperança denotam que ela favoreceu a produção de alimentos em ambientes livres de produtos químicos, aproximou os indivíduos a partir de trabalho social coletivo e se configurou como viável e potente estratégia para o enfrentamento de situações emergenciais de fome e carências nutricionais, de forma sustentável no território de atuação.

Além disso, os processos educacionais desenvolvidos no contexto da horta, com ênfase nas metodologias participativas e tendo caráter permanente, promoveram momentos significativos de compartilhamento de saberes, diálogo e construção coletiva de trabalhos sociais voltados à garantia do DHAA, valorizando-se estratégias de estímulo à mobilização social comunitária e à articulação e integração entre sujeitos, para a busca por melhorias, no quadro de saúde e das políticas sociais (Rodrigues; Vasconcelos, 2016).

A Horta Popular Boa Esperança foi, segundo um dos extensionistas do PINAB, espaço de diálogo e construção de conhecimento (de saberes) de forma partilhada, uma vez que as inquietações e os anseios com relação ao que vinha sendo realizado era frequentemente discutido entre todos os envolvidos, sendo apontado por ele como um processo de construção conjunta (*Extensionista, em entrevista no Vídeo: Programa de Extensão PINAB – Construindo os Grupos – Saúde na Comunidade e Horta Comunitária*).

Ao olhar criticamente para os registros dessa iniciativa, constatou-se que não se atingiu grau potente de autonomia dos comunitários e demais atores na construção da horta; tampouco, durante o período de construção da horta como grupo operativo do PINAB isso foi plenamente observado, uma vez que grande parte dos moradores não assumia vigorosamente a liderança da construção dela, confiando preponderantemente à universidade as responsabilidades e atribuições ligadas à estruturação, manutenção e ao cultivo da horta. Muitas vezes, alguns moradores da comunidade em questão

participavam da horta tão somente para colher frutos, ervas e demais hortaliças, sem contribuir sequer na plantação de sementes.

[...] poucos iam à horta para ajudar na manutenção, para ajudar a cuidar, mas muitos diziam que iam lá pegar Camomila. Então a gente via que a horta tinha um trânsito da comunidade (fala da nutricionista orientadora voluntária).

Contudo, considerando a continuidade dessa experiência por alguns moradores do local, mesmo sem a presença da Universidade, bem como o desdobramento na construção de uma nova horta, a qual vem sendo implementada no interior da USF, a experiência reforçou, para os participantes, a ideia da relevância de se insistir na participação ativa, crítica, criativa e expressiva das pessoas consideradas como beneficiárias na construção da experiência. Mesmo com dificuldades e obstáculos, bem como sem adesão numericamente tão expressiva das pessoas na experiência, a insistência dos extensionistas do PINAB e dos demais organizadores em construir com as pessoas da comunidade e desenvolver, a todo tempo, estratégias de comunicação, mobilização e sensibilização, foram, provavelmente, as razões que fizeram a experiência não apenas continuar, mas se desdobrar.

Além disso, o processo das iniciativas no campo da promoção da saúde deve ser valorizado em detrimento do foco excessivo em resultados quantificáveis, que segundo Vasconcelos (2014), não influenciam o alcance da efetividade tanto quando as dimensões qualitativas.

Portanto, embora os moradores do território atuassem de forma tímida na construção da horta, os produtos oriundos dela eram “*patrimônio deles*” (fala do educador ambiental popular). Outro desdobramento relevante foi o fortalecimento da parceria do PINAB com os profissionais da USF Vila Saúde, assim como o engajamento do médico residente, que trouxe o olhar do cuidado integral, incluindo prescrições de chás como alternativa terapêutica aos usuários do território.



[...] E o médico residente contribui para isso, enquanto médico da unidade que atende à população que mora perto da horta. Ele incentivou diversas vezes o uso de plantas medicinais e isso somou bastante (fala da nutricionista orientadora voluntária).

A Comunidade Boa Esperança pôde, enquanto a horta esteve viva, colher diversas plantas medicinais, hortaliças e frutos para autoconsumo. Os produtos da horta que, segundo o educador ambiental popular, “*eram o remédio que aquela floresta ainda não tinha*” (fala do educador ambiental popular em entrevista no Vídeo: Pinab – horta comunitária – vídeo completo), foram, muitas vezes, utilizados para produção de chás servidos nas reuniões das equipes e nas atividades educativas dos grupos da USF – Vila Saúde. A horta, no âmbito do PINAB, impulsionou a construção do Curso de SAN no território e, como dito anteriormente, trouxe diversos representantes de outros estados e países interessados em conhecer e se aproximar da experiência da horta comunitária em uma área vulnerável. Ou seja, essa iniciativa *movimentou* o Programa como um todo e convergiu forças para construção de um espaço rico e potente de lutas pelo direito à alimentação.

Foi um polo aglutinador e difusor de diversas outras ações no contexto da SAN, da Promoção da Saúde e da Educação Popular no PINAB, e pôde, também, oferecer mecanismos [...] de incentivo e aproximação ao [...] cuidado com a terra e com o meio ambiente, bem como a preocupação com a produção de alimentos, uma vez que, muitas vezes, não sabemos de onde vem o alimento que consumimos (fala da coordenadora do Programa em entrevista no Vídeo: Pinab – horta comunitária – vídeo completo).

A Horta Popular Boa Esperança constituiu movimento de mobilização social e participação comunitária na construção de ações de promoção da SAN no território de atuação. Ademais, configurou efetivamente um *lócus* educativo privilegiado para formação das pessoas participantes e integração/articulação, visando apoio social, rede de solidariedade comunitária e fortalecimento do trabalho em equipe para encontrar caminhos de lutar contra a fome, a miséria

e a pobreza, mas também para promover *o outro*, o que se deu pela ênfase na educação popular e na priorização do respeito e promoção permanente dos saberes populares e ancestrais locais.

De modo que não foi apenas um espaço para cultivo e produção de espécies vegetais. Os atores pensaram, sonharam, planejaram e concretizaram. Movimentou todo o grupo operativo, contemplando o PINAB, a equipe da USE, a comunidade e deixou inúmeros desdobramentos. Foi *“um fio condutor e um fogo aceso por um tempo [...]”* (fala da educadora popular).

A educadora popular entrevistada destacou que *“até as coisas negativas, o que não deu certo, foi um recomeço e uma ferramenta para novos aprendizados, e por isso foram necessárias e essenciais nesse processo”* (fala da educadora popular).

A liderança comunitária reforça:

Quando eu conheci Pedro, ele me fez um convite perguntando se poderia vir para a comunidade [desenvolver um trabalho] e eu fiquei olhando para a cara dele bem assustada me perguntando: ‘O que um nutricionista quer fazer dentro da comunidade? O povo só come cuscuz com ovo!’. Me enganei! Teve muita coisa para fazer, teve muita coisa e ainda tem. Aprendi bastante com vocês e gostaria que vocês continuassem com esse trabalho (fala da liderança comunitária).

Diante disso, o PINAB aprendeu muito com a experiência e a riqueza da comunidade, que se tornou um laboratório vivo de compartilhamento de histórias e aprendizados.

Não é porque a comunidade é humilde - muitos não sabem ler, que não tem uma riqueza de conhecimentos, porque tem cultura, tem saber, tem crença, tem religião, tem tudo aqui dentro. Aqui é uma universidade! E que universidade? Universidade do saber da população. E aí vocês trazem a experiência acadêmica. É uma troca (fala da educadora popular).

Para os estudantes extensionistas participantes, segundo Vasconcelos, Tavares e Rodrigues (2014, p. 371), a horta foi um “espaço de troca de saberes

e experiências, de reflexão crítica sobre o sistema alimentar ao qual estamos inseridos, bem como de promoção de práticas alimentares saudáveis e sustentáveis”, que proporcionou aos discentes (de diversos cursos de graduação) perceberem a importância da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe na promoção da SAN.

No cotidiano das ações, em meio ao processo desafiador de implementar essa iniciativa, os estudantes puderam observar, na prática, os exigentes caminhos necessários para incentivar a participação popular, a mobilização de diferentes saberes, o respeito às singularidades de cada indivíduo como pressupostos elementares e fundamentais do processo formativo e da produção compartilhada no campo da SAN pautada pelos fundamentos da EP, uma vez que esta se destaca por “fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde” (Brasil, 2013).

Nesse caminho, as relações com as pessoas da comunidade, os trabalhadores de saúde e os educadores populares favoreceram o aprimoramento da percepção estudantil acerca da dimensão da humanização do cuidado na formação profissional (Martins; Luzio, 2017). Segundo relatos de estudantes integrantes dessa ação, a experiência vivenciada na horta propiciou conhecimento rico e significativo sobre as peculiaridades dos trabalhos sociais em contextos de pobreza e miséria, bem como favoreceu olhar privilegiado em diferentes dimensões, exigências e desafios para um agir em saúde com integralidade, humanização e equidade. Além do mais, compunha olhar reflexivo para realidade social brasileira. Aspectos que usualmente não eram contemplados nos espaços formativos das salas de aulas ou de grande parte dos textos acadêmicos curriculares formais (Relatório do Grupo Horta do PINAB 2014.2).

As aprendizagens mobilizadas, por meio de inserção profunda na realidade, pautada pelo estabelecimento de vínculos autênticos e compromissos cotidianos com os atores da comunidade, estimulavam os acadêmicos do PINAB a se empenharem progressivamente no processo de delineamento da horta e todo o movimento de construção, cultivo, manutenção e mobilização.

Nessa análise, isso somente foi possível, dentre outros fatores, porque o objeto da construção compartilhada de conhecimentos era concreto. A cada atitude, ação, iniciativa e ideia compartilhada, os estudantes vislumbram perspectivas de uma utilidade transformadora na vida das pessoas daquele território, mas também nas próprias, na medida em que, processualmente, descobriam-se aprendendo sobre nutrição, alimentação, meio ambiente, saúde, fitoterapia, dentre outros temas, com os moradores do local. E, principalmente, notavam que era o confronto dialógico dos saberes particulares com os saberes do outro que geravam impactos importante na constituição efetiva de espaços urbanos que colocavam em prática as noções de promoção da saúde, apoio social, cuidado integral e de SAN.

Diante do exposto, a nutricionista orientadora referiu que ainda não tinha visto o PINAB, como um todo, tão empenhado em um movimento. Foi um *“projeto que envolveu e empolgou os nutricionistas e os não nutricionistas também”* (fala da nutricionista orientadora voluntária). Foi contagiante. Era algo que estava efervescente no programa como um todo e cada membro do PINAB estava comprometido com essa ação, fazendo parte do grupo ou não. O grupo horta conseguiu unir todo o programa com um único propósito, mobilizar a Boa Esperança para construção de uma horta comunitária.

Com base na presente experiência, a título de síntese, pode-se enumerar como principais caminhos da Educação Popular como pauta orientadora na construção de hortas comunitárias para promoção da saúde:

1. Promover, com perseverança, estratégias de mobilização das pessoas da comunidade para construção participativa da horta, de forma a envolver os moradores e os mais variados setores populares locais, grupos e interesses da comunidade. Para isso, foi importante realizar insistentemente ações para dar visibilidade para o processo de construção da horta, abrindo espaços públicos e coletivos para cada pessoa trazer contribuição, conhecer e participar desse processo.
2. Buscar ativamente pessoas da comunidade que tenham conhecimento, tanto na área de cultivo e produção de hortas, como

também de ervas e plantas medicinais, inclusive na produção de medicamentos caseiros e populares, de forma a articular e valorizar a participação delas nos espaços, como forma de potencializar esses saberes, para que seja compartilhado com a comunidade e os próprios trabalhadores do serviço de saúde.

3. Associar as atividades de promoção da SAN com viés produtivo, por meio do cultivo de espécies e manutenção estrutural da horta, com atividades de modalidade formativa, com discussões, debates, rodas de conversa, associadas à dinâmicas e atividades lúdicas, em que se enfatizava tanto a integração entre os membros do grupo, como a descontração, a criação de vínculos e de apoio social. Além disso, a realização de oficinas sobre temas relacionados à sustentabilidade e à saúde, como produção de sabão ecológico e produção de medicamentos caseiros, como xaropes e chás.
4. Promover, em conjunto com as ações da horta, não apenas as reuniões formativas supracitadas, mas também um grupo de encontro comunitário para pautar de forma coletiva questões do cotidiano das pessoas, compartilhar as histórias de vida e as situações e limites que cada uma está vivendo. Da mesma forma, valorizar a promoção de reuniões de gestão do processo de construção da horta com a comunidade para discutir a gestão das ações junto aos sujeitos da comunidade.
5. Difundir a experiência e levar os produtos da horta para outros setores da comunidade e equipamentos sociais públicos do território, como forma de expandi-la para além do espaço geográfico delimitado. Essa ação foi realizada por meio de oficinas de chá desenvolvidas na USF, no espaço de escuta qualificada do acolhimento e em grupos coletivos, em que foram disponibilizados diversos tipos de chás produzidos a partir de ervas cultivadas na horta. Além disso, a experiência da horta pôde, posteriormente,

ser replicada na USE, a partir da proposta de construção conjunta do PINAB com os profissionais de saúde de uma horta nos espaços ociosos da Unidade.

Considerações finais

Este estudo surgiu a partir de vivências e inquietações durante a trajetória dos pesquisadores na extensão, principalmente na inserção em um grupo operativo do Programa PINAB comprometido com a construção de uma horta comunitária. Por meio do acompanhamento das ações teóricas e práticas, nas quais pôde-se conhecer a realidade local, foi possível identificar as conquistas e dificuldades da comunidade, e entender a Educação Popular como referencial ético, teórico e metodológico libertador, e que favorece a participação social dos indivíduos. Por meio desse processo de construção, evidenciaram-se, também, as repercussões e os desdobramentos sobre a formação profissional e pessoal dos pesquisadores e, sobretudo, para a comunidade, no que tange à busca por melhorias e construção de uma identidade coletiva.

Após as reflexões decorrentes da pesquisa, constatou-se que a horta comunitária é uma estratégia potente para promoção da SAN, uma vez que aborda o sistema alimentar em integralidade, desde a produção do alimento até o acesso e consumo desses, favorecendo a legitimidade dos saberes e das práticas populares e contribuindo com práticas sustentáveis. Assim, na medida em que aproxima os sujeitos da terra e do alimento produzido, aborda a questão alimentar para além do modelo prescritivo e biologicista. Além de ser espaço educativo e transformador, principalmente no contexto aqui relatado, uma vez que se buscou ao longo dessa construção, não apenas promover atividades de plantio, mas, sobretudo, atividades de socialização de saberes e experiências, bem como atividades de criação e fortalecimento de vínculos.

Essa iniciativa foi capaz de mobilizar espaços de articulação e construção compartilhada de conhecimentos e intervenções entre sujeitos com inserções e



papéis sociais diversificados – estudantes e docentes universitários, trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias, educadores populares e moradores em geral de um território vinculado à ESF no município de João Pessoa.

Marcadamente, constatou-se o quanto é potente a capacidade do trabalho colaborativo, coletivo e solidário para geração de processos de mobilização comunitária na promoção da SAN e no enfrentamento de situações de exclusão, fome, pobreza e miséria. Algo que, somente foi possível em virtude da multiplicidade dos olhares dos protagonistas, voltados para enxergar o trabalho social como elemento transformador da realidade, mas também como oportunidade de convivência humana coletiva, para superação do fosso cultural que (hegemonicamente) separa os serviços e profissionais de saúde da população e, finalmente, de gerar processos ricos de aprendizagem para qualificar o olhar de cada indivíduo sobre a realidade e como pensar em intervenções articuladas às necessidades e demandas locais.

Diante dos desafios, obstáculos e dificuldades da experiência e do desenvolvimento efetivo dos objetivos, a principal ênfase da perspectiva educativa freireana foi propiciar o estabelecimento de relações sociais, humanas e de trabalho entremeadas de respeito, humanização, diálogo, vínculo afetivo e apoio social. Essas dimensões permitem o exercício de um processo emancipador, fomentando outros processos, com horizonte de continuidade e avanços.

Apesar da inserção do PINAB nesse espaço ter terminado em dezembro de 2015, vez ou outra, há notícias de que a Horta Popular ainda está viva e alguém da comunidade tem cuidado da terra e produzido dentro do espaço, utilizando o mesmo nome ao qual foi “batizada”. Fato é que, se alguém da comunidade assumiu a manutenção da horta, isso converge para as expectativas criadas pelo grupo: o protagonismo frente à iniciativa da horta comunitária na Boa Esperança. Contudo, não se tem conhecimento de como tem se dado essa relação dentro do espaço. Se ela tem sido comunitária ou de apenas alguns sujeitos envolvidos que tomaram para si como algo particular.

Referências

- Araujo, A. M. *et al.* Grupo Saúde na Comunidade: Espaço de Diálogo e Aprendizagem no Contexto de uma Horta Comunitária. *In: Cruz, P. J. S. C.; Vasconcelos, A. C. C. P.; Araujo, R. S. (org.). Pesquisa em Extensão Popular no Programa PINAB: produções acadêmicas em 2014.* João Pessoa: Editora do CCTA, 2014. 230 p.
- Brasil. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006 - Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 466/2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP, 2012.
- Brasil. Portaria Nº 2.761 (19 de novembro de 2013). **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- Brasil. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
- Brasil. **Portaria nº 702.** Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Câmara Interministerial De Segurança Alimentar E Nutricional. **II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2016/2019.** Brasília, DF: CAISAN, 2018.
- Carneiro, D. G. B. C. *et al.* Reconfigurando as ações do PINAB: novos caminhos, outros desafios. *In: Cruz, P. J. S. C. et al. (org.). Educação Popular e Nutrição Social: reflexões e vivências com base em uma experiência.* João Pessoa: UFPB, 2014. 225 p.
- 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. (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.* São Paulo: Hucitec, 2001. p.101-114.
- Cellard, A. A. Análise Documental. *In: POUPART, J. et al. A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. p.18-35.
- Cruz, P. J. S. C. **Agir crítico em nutrição: uma construção pela educação popular.** 2015. 513f. Tese (Doutorado em Nutrição) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.
- Dias, E.S.M. *et al.* Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. **Rev Fund Care Online**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 379-384, 2018.
- Dieb, M. A.; Martins, P. D. **O Rio Jaguaribe e a história urbana de João Pessoa/PB: da harmonia ao conflito.** São Paulo: Enapur, 2007.
- Freire, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

- Gadamer, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- Holliday, O. J. **Para Sistematizar Experiências**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 1996.
- Martins, C. P.; Luzio, C. A. Política Humanizadora: Ancorar um Navio no Espaço. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 13-22, 2017.
- Melo Neto, J. F. Pesquisa-ação (aspectos práticos da pesquisa-ação nos movimentos sociais populares e em extensão popular). In: Richardson, R. J. (org.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: UFPB, 2003. p. 25-37.
- Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- Oliveira, L. C.; Ávila, M. M. M.; Gomes, A. M. A.; Sampaio, M. H. L. M. Participação Popular nas Ações de Educação em Saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, Supl 2, p. 1389-1400, 2014.
- PINAB. Equipe Mídias – VEPOP. **Horta Comunitária**. [Vídeo Completo]. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=iTNaehkG18M>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- Rodrigues, A. P. M. E. *et al.* Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica: reflexões sobre os novos caminhos de um projeto de extensão. **Anais...** Seminário Nacional de Pesquisa em Extensão Popular, 2, João Pessoa, UFPB, 2013.
- Rodrigues, A. P. M. E.; Vasconcelos, A. C. C. P. Horta Popular Boa Esperança: uma estratégia de promoção do direito humano à alimentação adequada. **Anais...** Congresso Interbaccional da Rede Unida, 12, Suplemento Revista Saúde em Redes, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2630>. Acesso em: 17 ago. 2016.
- Tavares, M. J. P. **Horta Popular Boa Esperança: Relato de uma Experiência de Promoção da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso – Nutrição) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.
- Thiollent, M. J. M. A Metodologia Participativa e sua Aplicação em Projetos de Extensão Universitária. In: **Seminário De Metodologia De Projetos De Extensão**, 3, São Carlos, 1999.
- Vasconcelos, A. C. C. P.; Pereira, I. D. F.; Cruz, P. J. S. C. Educação Popular e a Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades: desafios com base em uma experiência de extensão. In: Vasconcelos, E. M.; Cruz, P. J. S. C. **Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com base em uma experiência**. João Pessoa: UFPB, 2011. p. 22 - 45.
- Vasconcelos, A. C. C. P. **Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: a experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa PB**. Tese (Doutorado em Nutrição) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- Vasconcelos, A. C. C. P.; Tavares, M. J. P.; Rodrigues, A. P. M. E. Horta Comunitária: uma estratégia de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional. **Anais...** Encontro de Extensão – UFPB, 15., João pessoa, 2014.

- Vasconcelos, A. C. C. P. *et al.* O Processo de Construção de uma Horta na Unidade de Saúde com Base nos Princípios da Educação Popular. **Anais...** Seminário Nacional de Pesquisa em Extensão Popular, 3., João Pessoa, UFPB, 2016.
- Vasconcelos, E. M. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. *In:* Vasconcelos, E. M.; Cruz, P. J. S. C. (org.). **Educação popular na formação universitária:** reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: UFPB, 2011. p.38-49.
- Weller, W. *et al.* Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análises de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 241–260, 2016.

“ESSA CADEIRA TEM PODER!”: TENDA DO CONTO COMO PRÁTICA DE PROMOÇÃO À SAÚDE ENTRE TRABALHADORES DA REDE SUS DE BELO HORIZONTE

Ana Carolina Drumond Couto
Hozana Reis Passos

“Quem acredita na mudança da realidade tem que realizar a transformação.”
Paulo Freire³⁴

Introdução

Em tempos de crises sanitárias e crimes ambientais, os adoecimentos e as mortes de trabalhadores de saúde têm escancarado a negligência histórica, dentre outras, das políticas que considerem os trabalhadores de saúde como população que demanda atenção específica. Neste sentido, a equidade se faz necessária também nessa dimensão do planejamento em saúde, considerando a realidade daqueles e daquelas que produzem cuidados nos serviços e sofrem com a exploração do trabalho reprodutivo, provocada por sistemas de opressão que se retroalimentam como capitalismo, o patriarcado e o racismo. Todos esses assentados no colonialismo que incide sobre nossos corpos, territórios e nossas memórias.

Contudo, não será esse contexto desastroso que nos motiva a realizar essa narrativa reflexiva. O que trazemos aqui carrega a potência dos encontros entre uma trabalhadora da Estratégia Saúde da Família e uma estudante da especialização em Atenção Básica, entre educação popular e residência multiprofissional, entre enfermeira e terapeuta ocupacional, entre duas mulheres feministas e outras trabalhadoras da rede SUS-BH, como trajetórias que se cruzam e que criam tantas outras. Nessas interseções, tecemos prosa,

34 Documentário “Paulo: um homem do mundo”. Disponível em: <https://sesctv.org.br/programas-e-series/paulo-freire/?mediaId=000429cb1923a0e363b4c42ae4bcd799>. Acesso em: 20 jan. 2024.

afeto, produzimos cuidado, alinhavamos nossas ideias e juntamos nossos “retalhos de costura” de trabalho e formação política. E, como nos ensinam as mulheres artesãs, é chegada a hora de mostrar essa colcha e lançá-la às mãos de quem se sentir convidado a se envolver nela.

A partir de reflexões sobre as vivências do trabalho na Atenção Primária de Belo Horizonte e dos saberes construídos nesse percurso, traçamos confluências entre Saúde do Trabalhador, Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a fim de contribuirmos com experiências de cuidado entre trabalhadores³⁵ e de enfrentar as iniciativas de apagamento de políticas diante do cenário político brasileiro. As referências sustentaram, nos últimos dois anos, a realização da prática de cuidado Tenda do Conto (Gadelha, 2015) com profissionais de saúde da rede SUS-BH, nas seguintes circunstâncias: em ações³⁶ de educação permanente com farmacêuticos de toda a rede, incluindo profissionais da atenção secundária; durante as oficinas de educação popular dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SMSA/BH e Medicina de Família e Comunidade do Hospital Odilon Behrens; em reuniões gerais de trabalhadores do NASF-AB das regionais Oeste e Noroeste; na oficina do projeto “Para Elas”³⁷, no Centro de Saúde Cícero Idelfonso; e, como realização do projeto de Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), no Centro de Saúde Vista Alegre, em que o cuidado coletivo entre colegas de trabalho foi identificado como necessidade de saúde nas interlocuções com a residente.

Devido à complexidade de cada uma dessas situações e da diversidade de cada tenda realizada nos vários encontros com diferentes sujeitos, optamos

35 Linguagem afirmativa da educação não-sexista. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. (2014). Manual do uso não sexista da linguagem: o que bem se diz bem se entende. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. Porto Alegre-RS.

36 Em 2019, a Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte promoveu ações de educação permanente com farmacêuticos e farmacêuticas sobre a abordagem às pessoas tabagistas, tendo em vista que se configura como atribuição desses e outros profissionais a coordenação de “grupos de controle e cessação de tabagismo” definida pelo Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (Instituto Nacional do Câncer/ Ministério da Saúde). A tenda do conto foi realizada ao longo de encontros que tiveram a participação de 120 profissionais ao todo. Estes foram divididos em grupos para vivenciarem a prática da tenda, para, além do cuidado de si, vislumbrarem a possibilidade de realização da atividade nos respectivos grupos que são facilitadores em suas unidades.

37 Projeto de atenção integral à saúde da mulher em situação de violência realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Prefeitura de Belo Horizonte.



por relatar a experiência da constituição da Tenda do Conto, no projeto de intervenção do TCR, tendo em vista que dali partiram as provocações para que a angústia percebida e partilhada fosse transformada em prática de cuidado e de onde abriram-se outros espaços para a tenda acontecer no contexto do SUS-BH. As autoras compartilham a escrita, sem anular, contudo, identidades de orientadora e residente. Assim, o revezamento de vozes, por vezes observado, é intencional, na medida em que a singularidade do vivido foi considerada para a elaboração da narrativa.

No Brasil, a discussão sobre a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como parte da saúde pública do país surgiu com o Movimento da Reforma Sanitária, durante o processo de redemocratização do país. Esse processo aconteceu nas décadas de 1970 e de 1980 e foi marcado pelas reivindicações da sociedade civil organizada, movimentos sindicais e sociais, que buscavam modificações na organização e no financiamento da saúde pública do país (Conselho Nacional de Saúde, 2015).

A Constituição do Brasil (1988) reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, fazendo com que a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora também se coloque como direito constitucional e universal, como citado no 3º parágrafo da Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080, do ano de 1990:

A Saúde do Trabalhador [e da trabalhadora] é um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores [e trabalhadoras], assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores [e trabalhadoras] submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Brasil, 1990).

Ao longo dos anos, as discussões nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora evidenciaram a necessidade da construção de uma política direcionada para este público, com vistas a ampliar as possibilidades de assistência e diminuir as problemáticas que surgiam neste setor. A partir desta historicidade de organização popular e política, em 23 de

agosto de 2012, instituiu-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) (Brasil, 2012).

A PNST tem a finalidade de desenvolver a atenção integral “com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde de trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos”, explicitando ainda, que o Ministério da Saúde considera “a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença” (Brasil, 2012).

No contexto atual do Sistema Único de Saúde, marcado pela implantação de políticas de austeridade fiscal (Santos, 2018) que, em última instância, retiram recursos das políticas públicas de saúde e já impactam, negativamente, no orçamento da saúde do Governo Federal. Projeta-se, portanto, um quadro preocupante de provável piora das condições de trabalho e salário de profissionais das políticas públicas afetadas, como os trabalhadores e trabalhadoras do SUS. Posto isto, torna-se relevante produzir avaliações sistemáticas sobre as políticas de saúde do SUS para cerca de 18 mil servidores públicos municipais, vinculados à Prefeitura de Belo Horizonte, assim como de todas as cidades brasileiras.

A Prefeitura de Belo Horizonte, em particular, não construiu até o momento a regulamentação em saúde do trabalhador. Apenas em 2016, editou norma com foco em redução de faltas e afastamentos no trabalho, por meio de um decreto sobre Perícia Médica, atualizado em 25 de setembro de 2018, no. Decreto Municipal 16.977 (Belo Horizonte, 2012). As normativas estão mais próximas do que se entende por medicina do trabalho que propriamente medidas do campo da Saúde do Trabalhador.

O campo teórico-prático da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, no processo histórico de construção, identificou vertentes conceituais e práticas que traduzem a forma como as instituições encaram a questão, considerando a perspectiva de que “a caminhada da medicina do trabalho à saúde do trabalhador [ainda] encontra-se em processo” (Mendes; Dias, 1991). A medicina do trabalho que surgiu no século XIX, com a Revolução Industrial, descreve um serviço



organizado focado na doença e com objetivos de diminuir prejuízos e produção em função do adoecimento do trabalhador. Do intenso processo social de mudança ocorrido no mundo ocidental na segunda metade do século XIX, no âmbito das relações trabalho e saúde, surgiu o campo da saúde do trabalhador, que tem por objeto o processo saúde e doença dos grupos humanos, na relação com o trabalho (Mendes; Dias, 1991).

Segundo as autoras Braga, Carvalho e Binder (2010), as influências laborais sobre a saúde de trabalhadores são marcos antigos e, ao longo dos anos, estudos nesta área trouxeram melhor compreensão sobre a relação direta entre trabalho e o processo saúde-doença. Canguilhem (1976, como citado em Neves e Seligmann-Silva, 2006, p. 64) abre perspectiva analítica sobre o processo saúde-doença,

[...] na qual saúde e doença são vistas como dimensões constitutivas do processo dinâmico da vida, estando cada uma delas contida na outra, entendendo que a doença é, ainda, uma regra de vida, embora ambas não se confundam. Ele afirma que saúde tem a ver com a capacidade do ser vivo estabelecer novas normas, tolerar e enfrentar as infidelidades e as agressões do - meio - o que significa mais do que adaptar-se. Ser saudável é então, por um lado, ser capaz de detectar, interpretar e reagir, ou seja, instituir novas normas de vida, ser normativo (que é diferente de ser normal); por outro lado, é ser capaz de cair enfermo, adoentar-se e poder recuperar-se. Ao constatar a variabilidade biológica e depositar no próprio indivíduo a responsabilidade de apontar o momento em que começa a doença (parte integrante da experiência do ser vivo e que corresponde à perda da capacidade normativa), Canguilhem ressalta a existência de uma dimensão do corpo humano só acessível ao próprio sujeito (Canguilhem, 1976 apud Neves; Seligmann-Silva, 2006, p. 64).

Intervir nos processos e ambientes de trabalho é um dos objetivos da PNST que ganha destaque nessa experiência e, para dar à intervenção caráter de construção coletiva e transformá-la em prática de cuidado coletivo, correlacionamo-la à Política Nacional de Humanização (PNH), cuja visão

permite ir além da vigilância em saúde, e à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), como proposta de ressignificar saberes, práticas e políticas de saúde, a partir da valorização da diversidade, no contexto da Atenção Primária em Saúde, entre profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A PNH foi criada em 2003 para “transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas” (Brasil, 2004). A PNH é uma referência para o modo de realizar as leis e os decretos da saúde pública, tornando-se, como define a enfermeira Maria Jacqueline Abrantes Gadelha (2015, p. 112):

uma política diferente das outras pois não tem portarias, leis ou protocolos instituídos da mesma forma como as outras políticas de saúde. Ela busca interferir nos modos de produzir saúde tensionando o plano concreto das ações, as práticas cotidianas. Ela vai acontecer exatamente no chão dos equipamentos de saúde, ou seja, na relação entre gestores, trabalhadores e usuários. Seus princípios, diretrizes e dispositivos se criaram e se reconfiguram aí. Suas estratégias para lidar com as questões nascem nessa relação. E buscam lidar com relações de poder, trabalho e afeto.

Acolhimento, ambiência e valorização do trabalhador são diretrizes da PNH de partilha do cuidado dentro do campo da atenção à saúde. O acolhimento é “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” que, ao utilizar a escuta qualificada, busca-se ampliar a efetividade das ações de saúde; o conceito de ambiência, junção entre as palavras ambiente e vivência, idealiza a criação de espaços físicos esteticamente agradáveis e acolhedores e com estímulos no ambiente que alcancem todos os sentidos humanos para se tornarem “lugares de encontro entre as pessoas por meio do planejamento compartilhado para o uso desses espaços”; já a valorização do trabalhador procura dar “visibilidade à experiência dos trabalhadores [e trabalhadoras] e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho” (Brasil, 2008, p. 51).



Com o propósito de expandir a racionalidade do cuidado biomédico para um olhar integral do sujeito, a PNEPS-SUS, construída a partir da Educação Popular, demonstra a preocupação em implantar princípios humanamente viáveis - se oportunizados - pela ação e reflexão dos princípios do diálogo, da amorosidade, da emancipação e do compromisso com a construção do projeto-político democrático e popular do SUS, direcionados para produção do cuidado de si, do outro e do mundo (Lima, 2013; Brasil, 2013).

Segundo o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, o diálogo é descrito como o “encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos” em que cada um, de forma respeitosa, se dispõe a dizer sobre os saberes acerca da realidade e possa, assim, contribuir com “os processos de transformação e de humanização” de quem compartilha a conversa, necessários para a construção da compreensão do mundo, “na qual a confiança de um no outro é consequência” (Brasil, 2012, p. 14).

A amorosidade nas práticas de saúde amplia a capacidade do princípio do diálogo, pela incorporação da afetividade e sensibilidade no momento da troca de conhecimentos e das argumentações, que pode possibilitar a criação de laços de ternura, acolhimento e compromisso. Oferecer ao outro a palavra e aprender com o outro a ouvir a sua palavra (Ceccim, 2007) e, deste modo, “o afeto [...] influencia simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua, a solidariedade [...] e o reconhecimento do outro enquanto sujeito de direitos, de saberes, cultura e história” (Brasil, 2012, p. 15).

Apenas a leitura dos conceitos descritos pode limitar o entendimento da completude sensorial e emocional das memórias, do sentido que existe, ao se viver a experiência. Reflexão que dialoga com os autores e as autoras Silva, Silveira, Pontes e Vieira (2015, p. 251):

Considera-se que os conceitos não são apenas definições, mas sim ferramentas utilizadas para tentar solucionar uma questão ou um problema. Quando um conceito nasce, o problema já se instaurou e novas formas de lidar com ele serão necessárias. A importância de se criar conceitos reside na possibilidade de confrontar aqueles já

instituídos, permitindo fazer surgir novas variações, operar vibrações, multiplicar possibilidades e suscitar novos acontecimentos. Dessa forma, aquilo que estava cristalizado começa a tomar movimento onde não estão em funcionamento apenas objetos, mas também a produção de subjetividades.

Trajetórias que se cruzam e criam tantas outras

A experiência é tudo o que há. Ela é o fato e a circunstância. Por meio dela, o que se faz ganha sentido, ou não. Conceitos vão ganhando sentidos e, assim, colocá-los em prática parte do que fazemos com a oportunidade vivida. Quando transpomos do campo da feitura dos sonhos para a feitura da práxis, os conceitos elaborados ganham praticidade, são experimentados e geram novos conceitos. Daí, aprendemos que as experiências é que formam os conceitos, que, por sua vez, são sistematizados e difundidos por quem as viveu. Enquanto terapeuta ocupacional, no contexto de residente em Saúde da Família, coloquei-me em campo para o ensino em serviço e, como trabalhadora da saúde, tive a oportunidade de sentir na pele e observar os adoecimentos psíquicos e físicos e a invisibilidade das necessidades de saúde de trabalhadores da UBS. Participar do cotidiano de trabalho deste lugar tornou próxima a percepção das relações ali estabelecidas, por vezes hierárquicas e hegemônicas.

Como sujeito das experiências emancipadoras e alienadoras que emergiram na residência, a observação dos espaços de cuidado voltados para usuários ampliou-se para nós, profissionais, a partir de interlocuções permanentes, e suscitou a reflexão sobre para quem era pensado e ofertado o cuidado em saúde dentro da UBS e, se o lugar ocupado por trabalhadores era daquele que recebia as demandas de saúde do outro e, em contraste, não usufruía, continuamente, deste mesmo espaço como cuidado para si. Essa percepção vai ao encontro do que refletem as autoras Braga *et al.* (2010, p. 1594) sobre “o paradoxo representado por situações de trabalho que contribuem para o adoecimento de trabalhadores cujas atividades visam à promoção e à recuperação da saúde de outrem”.



Assunção (2011), citado por Brasil (2018), destaca o crescente risco de adoecimento psicossocial entre profissionais de saúde, cujo reflexo é o adoecimento relacionado ao trabalho. Como consequência, informa sobre o crescente registro da Síndrome de Burnout no Brasil, cujos sintomas são “a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional” (Brasil, 2018, p. 61).

Mediante a situação de trabalhadora cursando a residência, a identificação da lacuna de ações na atenção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras - e residentes - suscitou em engajamento para transformação desta realidade adoecedora, dando-se como processo de conscientização pela experiência de dores e fortalecimentos que não estavam inseridos no Projeto Pedagógico do Programa. Puderam ser experimentados mediante a experiência no campo concreto e subjetivo das ações. O encontro entre a residente e a Educação Popular, mediado por uma trabalhadora do serviço convidada para “ministrar” uma aula de políticas públicas do SUS, foi o despertar da possibilidade de juntas, “plantarmos a semente de uma flor no asfalto”. A procura da área para o plantio iniciou-se pelo encantamento sobre a realidade possível provocada pela concepção – de vida – da Educação Popular. A partir daí, nos tornamos orientanda e orientadora e, sem nos limitarmos a estes papéis, permitimos que outros afluíssem. Nesse momento, afetadas pelas problematizações durante os encontros de orientação, provocada e convidada pela orientadora para conhecer os sujeitos das práticas populares de cuidado e aproximar-me das práticas integrativas e, ainda, estimulada pelas leituras das experiências em educação popular em saúde, encontramos potencialidades de produção de cuidado entre trabalhadoras(es). Mas, ainda assim, já sabíamos que tal iniciativa se forjava como flores que nascem nas pedras das serras de Minas ou no asfalto das grandes cidades.

Enquanto trabalhadoras da saúde, refletimos sobre como este ofício era vivenciado no contexto da UBS e como não condizia com o que as políticas de humanização e de saúde do trabalhador direcionavam. Elaboramos a proposta

de realização de uma prática de cuidado coletivo que tornasse possível a produção de espaços de promoção da saúde desses e dessas profissionais e de incentivo para se auto-organizarem quando a residência acabasse.

Segundo Paulo Freire³⁸, o processo de tomada de consciência não ocorre de modo individual e, em concordância, oferecemos a Tenda do Conto como possibilidade de uma “aventura coletiva” para o processo de conscientização, atravessado pelo cuidado coletivo e pelo cuidado de si. Portanto, a carência de espaços de promoção à saúde no contexto de quem presta cuidados mostrou-se como possibilidade de construção de inéditos viáveis, por meio de uma prática de cuidado que têm congruências com os princípios da PNEPS-SUS e visa compreender os participantes como sujeitos do cuidado em integralidade.

Quando a única regra da tenda é a escuta e o silêncio, resgatamos uma dimensão perdida do respeito à fala e a liberdade de se colocar sem que outro discurso, supostamente mais “qualificado”, venha a se interpor ao nosso. Os que ouvem se identificam com as histórias e vivenciam as suas próprias neste mesmo espaço-tempo da tenda. A troca se dá pelo contágio com a história do outro. E vemos que não estamos sós, ao contrário, há muito de comum ou de comunidade em vidas que ali se cruzam (Sardenberg, 2014).

A tenda é uma prática integrativa, popular, democrática e de baixo custo, que propõe, como elementos centrais para realização, a escuta, a ambiência e o convívio respeitoso. Estas características se aproximavam da forma de cuidado que desejávamos propor e apresentava-se como inovadora para a atenção à saúde de Belo Horizonte, além de parecer viável para a realidade de trabalhadores e trabalhadoras do Centro de Saúde Vista Alegre (CSVA), localizado na regional Oeste da cidade de Belo Horizonte.

O CSVA é constituído por cinco equipes de Saúde da Família (eSF), uma equipe de apoio, uma psicóloga da equipe de saúde mental, dois pediatras, um ginecologista, duas equipes de Saúde Bucal, um polo do Núcleo Ampliado de

38 Documentário “Paulo: um homem do mundo”. Disponível em: <https://sesctv.org.br/programas-e-series/paulo-freire/?mediaId=000429cb1923a0e363b4c42ae4bcd799>. Acesso em: 20 jan. 2024.

Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), duas trabalhadoras da equipe de serviços gerais, uma equipe de zoonoses e auxiliares administrativos. Estas equipes compunham quadro de 74 funcionários no ano de 2019, e, segundo relatório extraído do SISREDE³⁹, de 01 de janeiro de 2019 ao dia 24 de janeiro de 2020, foram realizados 61.397 atendimentos.

A Preparação da Tenda do Conto

A Tenda do Conto foi montada pela primeira vez em 2007, em Natal/RN, por profissionais integrantes de equipes de Saúde da Família e surgiu da necessidade da criação de um espaço que rompesse com as rotinas imediatistas e atarefadas e promovesse um lugar com produção de acolhimento, escuta e ambiência (Gadelha, 2015). A experiência logo ganhou lugar na agenda de cuidados dessas equipes, ampliando-se o convite aos usuários. Assim, a Tenda perpetuou-se em Natal e na itinerância Brasil afora, gerando sistematizações sobre a prática, cujos escritos e vídeos foram utilizados como referência para realizarmos nossa proposta desde as Minas Gerais.

Para montar a Tenda do Conto, no Centro de Saúde Vista Alegre, foi preciso uma ocupação, no sentido de apropriação, do espaço normativo - das políticas do SUS - e do espaço institucional - do centro de saúde - para, como consequência, que o espaço de aconchego e acolhimento que a Tenda propõe pudesse acontecer e ser ocupado.

A ocupação do espaço normativo do Sistema Único de Saúde deu-se em primeiro lugar a fim de obter, pelas políticas de saúde do trabalhador e trabalhadora, de humanização e de educação popular, argumentos que permitissem a ocupação do espaço institucional como forma de sensibilizar profissionais da unidade e a gestão local. Os diálogos aconteciam em conversas nos corredores, na cozinha, no território e surgiram provocações que pareciam adormecidas acerca das relações de cuidado entre profissionais dali. Nas conversas, surgiu o desejo de zelo pelas histórias enquanto

39 Base de dados extratora de relatórios e indicadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

trabalhadores daquele local e a valorização desta relação a partir do cuidado a ser produzido entre estes.

Dada a nossa busca por uma área para plantar as sementes da educação popular, a partir da Tenda do Conto, e a fertilidade do desejo daquelas (es) trabalhadoras (es), o preparo para o plantio implicou, necessariamente, negociações com a gerência sobre a periodicidade da prática, a liberação de profissionais para participarem e a reserva do espaço físico da sala de reunião, disputado pela pouca oferta de salas e alta demanda de atendimento.

Negociamos uma periodicidade semanal, com a durabilidade de 1h30min, durante os meses de setembro e outubro, e a totalidade⁴⁰ de trabalhadores poderiam participar da tenda do conto. Uma construção de equilíbrio entre a intenção e a condição foi necessária, para não virarmos reféns da “impotência de achar-nos onipotentes”. Para minimizar as chances disto acontecer, a busca de parcerias para a composição da Tenda era dada em forma de pedidos de colaboração “você pode trazer erva-cidreira da sua casa para o chá da tenda de amanhã, por favor?!”, “posso colher folhas de capim-cidreira da horta do centro de saúde para o chá da tenda?”. Era, certamente, uma provocação gentil para continuarem a participar do feito da tenda.

No Centro de Saúde, batendo de porta-em-porta para entregar os convites, abri a da sala da gerência e algumas trabalhadoras estavam lá conversando. Pedi licença, entreguei os convites e contei uma breve história sobre a Tenda do Conto. Uma Agente Comunitária de Saúde, interessada no rumo que aquela história poderia tomar, mostrou-se interessada em dar a ela um novo cenário e um novo nome: “podíamos fazer uma Tenda Erótica, então?!”. Caímos na gargalhada e, prontamente, respondi: “com certeza”. A prática tem como possibilidade a colocação de temáticas. No dia seguinte, na cozinha, uma outra ACS que estava presente na conversa do dia anterior, sugeriu que eu passasse uma lista no Centro de Saúde para as mulheres que desejassem participar. Ofereci a minha casa - posta a necessidade de um ambiente privativo para a Tenda Erótica - e outra trabalhadora deu ideias

40 Mediante a inscrição em lista de presença para que fosse feita uma escala de trabalho.

sobre os objetos para compor o “cenário sensual”. Ali, a Tenda foi vista como uma possibilidade de abertura para temas como sexo e prazer, provocando reflexões sobre a necessidade de um lugar para falar das diversas formas de prazer feminino e recriarmos juntas a construção das nossas sexualidades.

A prática estava prestes a acontecer e, para ajudar na memorização dos dias e horários, além dos convites individuais entregues a cada trabalhador⁴¹ da unidade, afixamos cartazes nas paredes da cozinha, da sala da gerência e da sala de reunião. Segundo os autores Félix-Silva, Nascimento, Albuquerque e Gadelha (2014, p. 16), “o convite para a tenda é objetivo: traga ou leve um objeto que você guarda com carinho e com afeto, algo que marque sua experiência de vida”. O participante que se interessa, se sensibiliza e busca pelo objeto que evocará a memória e, ao sentar-se na Tenda, “investe o objeto de desejo por meio da palavra, de maneira que o objeto de afetação ganha vida com as vozes” (Félix-Silva *et al.*, 2014, p. 16).

Iniciamos o recolhimento de objetos antigos e artesanais para montar o cenário da Tenda, assim que foi dado o aval para a prática no Centro de Saúde:

Vó, me empresta esse tapete de fuxicos? Mês que vem eu te devolvo! (risos) (Ana Carolina⁴², agosto de 2019).

Vô, esse relógio é para enfeite, não é? E ele respondeu: É para isso mesmo que ele serve. E eu perguntei: Então me empresta? (risos) (Ana Carolina, agosto de 2019).

Afixado na porta da sala de reunião, um cartaz, em formato de casa, acomodava o chamado final para a participação na Tenda do Conto: “a tenda está posta, a cadeira está vazia, venha trazer seu conto de dor, de amor ou de alegria!” (Gadelha, 2015, p. 197). Da porta para dentro, xícaras de porcelana, colchas, almofadas, livros e outros objetos foram reunidos e colocados em cima da mesa, tornando-a mnemônica. Uma roda era formada por tapetes e cadeiras e, uma delas predominava no espaço: coberta por uma colcha, um

41 Alguns estavam de férias, licença e poucos não foram encontrados.

42 Organizadora, junto à Hozana, das Tendas do Conto descritas neste artigo, em agosto de 2019.

tapete à frente, lenços de papel e água ao seu lado e, no ar, uma mistura de receio e curiosidade, porque seria sentada (o) nela que as narrativas iriam surgir. Um cartão de acolhida, com parte da letra da música Escuta, de Ray Lima, era colocado em cada lugar do círculo, boas-vindas junto a um pedido delicado de ouvir o outro no momento da Tenda. Uma seleção de músicas antigas e contemporâneas, de artistas brasileiros, tocava enquanto as pessoas chegavam e se acomodavam. No bule de cerâmica sobre a mesa, chás de erva-cidreira ou de capim-cidreira, preparados para serem bebidos e para aromatizar a sala. Características no cenário, que elucidam “a casa da avó”⁴³, pelas experiências sensoriais descritas, pela fala das próprias trabalhadoras. Quando a prática começava, uma roda de escuta aliada a uma roda de histórias emergia, por meio do encontro entre as narrativas ouvidas e contadas pelas participantes.

Desse modo, a montagem de um lugar para receber com afeto quem quisesse chegar, fazem do princípio da ambiência, da PNH, uma realidade, e faz surgir uma linguagem visual de boas-vindas neste novo espaço físico e social. Como a tenda é montada para receber as(os) trabalhadoras(es), há prática de outro princípio da PNH, a valorização do trabalhador, seja pelo modo de acolhimento proporcionado pelo cenário montado somente para eles e construído com eles, seja pela Tenda que tem como princípio a valorização da escuta das histórias de vida e experiência.

A Educação Popular dá-se como concepção de mundo (Ceccim, 2007) e, portanto, somente pode ser apreendida quando experienciada. Na Tenda do Conto, combinamos de maneira compartilhada o tempo da realização da prática, que se dividia entre as narrativas e a finalização; estivemos com a(o) outra(o) quando soubemos ouvir – pelo silêncio e pelas afetações – as histórias de vida ali narradas; quando um canto, poesia, abraços ou lágrimas vinham como resposta à escuta, deixávamos aflorar a nossa forma de ver o outro, permitimos a dinamicidade das trocas; pudemos viver pacientemente impacientes quando percebíamos que, ao sermos acolhidas (os) também

⁴³ Analogia utilizada diversas vezes pelas e pelos participantes de todas as Tendras do Conto realizadas por nós.



podíamos acolher, como agentes potentes da transformação da realidade e, para chegar o mais próximo do que desejávamos naquele lugar institucional, aceitamos correr o risco de reinventar as coisas e nos lançamos a reaprender e recriar através do fazer (Ceccim, 2007).

Experiências coerentes com a Educação Popular e o fortalecimento e a construção do projeto político e pedagógico do SUS. Valores e propósitos que elevam o sujeito e a comunidade em que ele está inserido e que exige, para construção desta autonomia, “que elas desenvolvam sensibilidade, a capacidade de acumulação de conhecimento e informação, a habilidade de apropriar-se desse conhecimento e dar a ele aplicabilidade” (Cortella, 2016, p. 67).

Quando as participantes chegavam, carregavam consigo a própria história e, também, a história com as outras com quem dividiam aquele espaço-tempo, chamado momento, na tenda. Inicialmente, houve a contextualização de para quê e como a prática seria realizada, além do esclarecimento de uma das poucas regras: o sigilo como gratificação à outra pela confiança ao expor as memórias. O que se ouve na Tenda, fica na Tenda. Na sequência, vinha o chamado tão esperado: “a tenda está posta, a cadeira está vazia, venha trazer seu conto de dor, de amor ou de alegria” (Gadelha, 2015, p. 197).

Desse momento em diante, conceitos definidos iam se mostrando vivos em ato, formavam eles por si só, expressados pelos corpos e pelas narrativas que se apropriaram do que a Tenda oferecia: o tempo, o espaço, o conforto, a escuta. Entre as sensações e os pensamentos, a maioria dos diálogos que ali aconteciam eram os da boca para dentro, já que “não há interrupções e questionamentos no decorrer das falas” (Gadelha, 2015, p. 66).

Para Félix-Silva *et al.* (2014), este modo de cuidar é uma prática dialógica caracterizada dentro da concepção teórica das metodologias participativas porque contribui, por meio da experimentação e problematização “para a produção de sentidos, significados e ressignificação dos problemas psicossociais, [...] consolidando-se por sua práxis como uma prática integrativa de cuidado em saúde e de intervenção psicossocial” (Félix-Silva *et al.*, 2014, p. 16).

Escutas e Narrativas na Tenda Posta

A vivência da Tenda do Conto como montadoras-participantes-ouvintes-observadoras-mediadoras e, agora, como relatoras, permanece no caminho da descoberta de emoções. Não por acaso, Gadelha (2015, p. 17) caracteriza-a como uma prática “inventiva/não-convencional, de cuidado”. Descrever o processo de montagem das tendas carrega um processo de afetações produzidas e geradoras de oportunidade, amorosidade, escuta, alívio, ansiedade, alegria, criatividade, raiva, esperança e autenticidade, e como manifesta a idealizadora da prática,

a Tenda do Conto possibilita aos participantes olhar para suas vidas; identificar nelas suas histórias; oportunidade de transmitir as próprias histórias em uma sociedade onde as experiências se perdem ou são banalizadas. Em um tempo em que as transformações se dão de modo veloz passando despercebidas, a narrativa flui como a criação de uma espécie de corrente onde a vida passa a não pertencer apenas a quem a viveu; o vivido, ao ser compartilhado, transmitido ao outro, dá consistência à vida e ganha o sentido de duração, de continuidade da existência (Gadelha, 2015, p. 83).

Foram cinco encontros diversos e significativos, cujos aprendizados se tornaram combustível para prosseguirmos na expansão da proposta. Para ilustrar a narrativa que inaugurou a Tenda do Conto na UBS, trazemos a fala de uma mulher trabalhadora que, no dia em que o convite para a tenda foi feito, disse que não perderia por nada:

[...] com a minha mãe eu aprendi a amar, com o meu pai, a brincar. Parar, contar uma história. Eles tinham fé. O que eu vou levar pra minha velhice ninguém vai tirar. E eu quero fazer isso com os meus filhos. E tem as outras coisas também, que a gente vê. As sensações, essas coisas. Até isso eu aprendi. A buscar as minhas coisas. A lutar pelas minhas coisas porque nos pais da gente, a gente vê, nitidamente, as coisas que eles não tiveram oportunidades de fazer. Então eu procuro buscar “de garras” mesmo as minhas oportunidades. [...] O padre perguntou assim pra mim, se eu já sabia o que que eu ia fazer.

Porque com 14 anos eu já percebia, né, as oportunidades da minha avó, meus pais, minhas tias, mas de uma coisa eu sabia que eu queria, eu lembro direitinho, e te falo. Eu quero chegar aos 80 anos, olhar pra trás e ver que eu fiz tudo o que eu tinha pra fazer. Então é assim que eu busco: fazer o que eu tenho que fazer e, quando chegar aos 80 anos eu vou olhar pra trás e vou ver, pelo menos, tudo o que eu gostaria de fazer eu tô fazendo. Eu tô escolhendo a minha vida. Se alguém falar que eu não vou fazer alguma coisa eu viro bicho e eu passei por essa prova. [...] Mas, como eu falei, eu passei por essa prova com meu marido porque ele tinha essa cabecinha de antigamente e ele tentou me podar de todas as formas. Coitado! Foi a pior coisa que ele fez. Se ele deixasse eu ir a gente tava casado até hoje. Mas ele tentava me puxar pra trás o tempo todo. [...] Aí eu descobri que a minha fala não era conivente com o meu pensamento. Aí eu venci. Eu falei: acabou. E falei que eu ia sair daquela casa quando eu pudesse sair porque eu pagava faculdade, pagava escola dos meus meninos. Graças a Deus dei conta. Só que ele achava que eu nunca ia sair. Ele mesmo falou comigo que nunca vai esquecer a minha cara de quando eu peguei o diploma e olhei pra ele, com o diploma na mão. [...] Eu vou sair desta casa. Eu vou levar o que eu ganhei de casamento, que eu ganhei dos meus amigos e dos meus irmãos. O quarto dos meninos, tá?! O que é dela, o que é dele. [...] E no quarto ele tava, no quarto ele ficou. Nem saiu do lugar. Depois disso nunca mexeu comigo. Fazia caras e bocas. Eu fiquei casada 11 ano. Então eu me separei assim e estou bem até hoje. [...] Não adianta vocês falarem assim: estou fazendo isso porque ninguém está vendo porque o principal sujeito que está sabendo é você. E eu fui agora recente na Igreja que eu casei, há duas semanas atrás. Eu falei: é, Jesus, eu tentei, você viu que eu tentei, não deu certo, eu fiz direitinho. A outra pessoa não fez. Agradei o casamento. E também agora eu quero seguir a minha vida. Eu fechei meu bloco. Eu achei muito interessante porque eu fechei o meu ciclo ali. Com o pai dos meus filhos. Foi lindo, sabe? [...] Eu não era louca pra casar não. Eu casei? Eu casei. Mas, ele não casou. Ele não teve compromisso. Mas, aí é isso (Participante F, 26/09/2019).

Terminou com um suspiro de alívio - observei e senti que ela não era a única na sala - e definiu a tenda com a máxima.

Essa cadeira tem poder, viu gente! (Participante F, 26/09/2019).

Naquele momento, as palmas para a história de coragem e resiliência tomaram conta das nossas mãos e o refrão “toda vez que eu dou um passo, o mundo sai do lugar” (Siba, 2007) das nossas vozes: aplausos e cantoria como resposta da plateia à história contada. Um convite para que outra mulher se sentasse na cadeira da Tenda foi feito e uma resposta foi dada:

Eu até gosto de falar demais, mas, depois que eu ouvi isso, minha cabeça tá vazia (Participante D, 26/09/2019).

Sentar-se na cadeira da Tenda significa transpor-se do lugar de ouvinte para o lugar de contadora de histórias. A colcha de uma avó para cobri-la, o tapete de outra para descansar os pés e, assim, um lugar ganha destaque na roda, a chamada cadeira da tenda. Portanto, quem se dispõe a narrar é convidada para sentar-se nesta cadeira e perceber que, como ela, a história contada será única.

Para iniciar a tenda, tocava em alguns dias a música “Varre, varre, moreninha” (Beija-Fulô, 2009), dança circular aprendida na “8ª + 8 Conferência Nacional de Saúde”, na Tenda Paulo Freire. Dando início aos movimentos aprendidos, as participantes me acompanhavam e faziam a dança circular simplesmente acontecer, como se os nossos corpos quisessem se alinhar em uma única sintonia.

Ao realizar o convite para a Tenda do Conto e pedir que levassem um objeto que remeta a uma história marcante, se o trabalhador iniciar a procura pelo objeto, o processo de participação da prática começa a acontecer e uma história surge antes de chegarem ao espaço, de fato, da prática. No entanto, quando chegam à Tenda, outras memórias são evocadas e, não necessariamente, elas têm a ver com a história anterior que planejaram contar:

Pelo menos pra mim esse momento agora, eu venho aqui, me vem estas coisas. Da casa da vó, com os primos, sabe? A gente encontrava ali na casa da vó. Talvez eu entrei aqui pra contar uma outra coisa, mas quando eu vi a casinha me levou lá pra aquele quintal, vendo ela e os meus primos. E a gente hoje quase não tem mais contato. Cada um cresceu e foi pro canto. É difícil falar porque a casa da vó é tudo,

né?! Então assim, essa saudade não é de tristeza. É de contentamento. Porque todos no momento estamos perdendo alguns, faz parte da evolução. E ali a gente foi muito feliz. Porque a gente curtiu muito ela e ela curtiu muito os netos. Porque quando ela faleceu [emocionada] já tava todo mundo crescido. E eu tive a felicidade, a honra de ter morado com ela ali, no bairro Amazonas. E hoje eu vejo que foram curtos. Ela com seus mais de 90 anos chegando numa cidade grande. Nós éramos confidenciais mesmo. Com ela era confidência. Eu disse aqui uma outra vez que a gente quando fala em alma gêmea, a gente só pensa em homem e mulher. A gente não pensa que pode ser uma pessoa igualzinha, assim. E eu, pra mim, na minha alma, de todo o meu coração, de todo o meu amor, ela foi a minha alma gêmea. Você entendeu? Porque a cumplicidade, o amor que eu tive por ela e ainda tenho, de saber que a gente, nós, aproveitamos ela, ela aproveitou a gente, isso pra mim, sabe... remete a felicidade. Porque o que vem agora é o que a gente tem pra resolver. Então é isso, a lágrima até escorre! Bateu saudade! (Participante A, 24/10/2019).

Vivência que dialoga com a análise de Gadelha sobre os objetos no cenário da Tenda: “objetos postos sobre a mesa, um a um, vão aos poucos tocando os sujeitos e ingressando nos relatos. Induzindo as pessoas a falarem e agirem...” (Gadelha, 2015, p. 51). Depois deste relato, nós nos levantamos e, em roda, juntas, emocionadas, cantamos uma parte de uma música que fala sobre amor: “amor, amor, amor, amor, amor, esta mensagem é de amor; amar ao próximo como a si mesmo, isso é amor”. Ao recuperarmos o fôlego, uma das participantes perguntou:

E agora, alguém quer se sentar no divã? (Participante E, 24/10/2019).

E todas caímos na gargalhada. Infelizmente, o tempo das batidas do relógio avisava que estava na hora da finalização e que, naquele dia, a cadeira não receberia mais narrativas. No entanto, ao pedir que iniciassem a fala da avaliação com a expressão “que bom, que tal ou que pena”, uma trabalhadora manifestou brevemente sua história:

A palavra de uma pessoa pode mudar as coisas, né?! E o capitalismo também. O que é que tem de errado no meu nariz? Meu nariz só

me incomoda quando eu tô gripada. Eu fui em um cirurgião uma vez pra fazer plástica nos seios e ele falou pra eu fazer no meu nariz. E porque uma pessoa falou, você cria aquilo, né?! É muito ruim (Participante N, 24/10/2019).

Apesar da metodologia da Tenda valorizar a importância da contação na cadeira em destaque, as narrativas acontecem em outros locais e momentos, como nesta avaliação da vivência com todas de pé e quando uma participante estava sentada em um tapete folheando o livro de Leminski e começou a contar uma história de lembrar das brincadeiras de infância, através das brincadeiras que fazia com o filho, tornando-a a “tia que todo mundo quer brincar”. Convidei-a para sentar-se na cadeira da tenda. Ela olhou assustada para aquele lugar e respondeu que se sentia confortável para narrar dali, de onde estava, recriando através dela, em mim, a percepção de que sentar-se na cadeira pode oscilar entre ser um lugar que causa acolhimento e, como contraponto, um lugar que causa constrangimento ou estranhamento. A cadeira da tenda coloca-nos em evidência, como se nos pedisse um segredo. E a vontade de recuar e “deixar para a próxima”, era sempre uma possibilidade.

Elas não deixaram de “estar sentadas na cadeira da Tenda” porque não estavam no lugar montado para evidenciá-las. O som da voz que iniciava uma narrativa bastava para que o silêncio e a escuta surgissem como reconhecimento da importância da próxima história de vida que seria, naquele momento, apresentada. A Tenda acontece a partir da lembrança trazida em forma de conto, de música, de poesia e o lugar preferencial nem sempre é onde vai suscitar no processo de memorar, seja ele narrado ou produzido somente intrinsecamente.

Na última Tenda posta naquela UBS, uma participante narrou as férias de infância na roça entre as caronas que pegava com os leiteiros, para poder chegar lá, e a falta de preocupação com a segurança, já que iam todos na carroceria, em cima das latas de leite, sem qualquer tipo de proteção. E, por não pensarem nisto, o quanto era divertido. Falou sobre lá não ter TV e celular, “muito menos”. Lembrou do tempo precioso das brincadeiras em cima dos bezerros e dos cavalos. Na narrativa dessa enfermeira, surgiu a referência



à crença familiar de que “manga com leite faz mal, menina!”, que puxou a memória de vínculo e aptidão da menina-moleca que ordenhava o leite da vaca e tomava-o fresquinho. Ao finalizar, como luva que encaixa nas mãos, uma participante sugeriu a música “Bola de meia, bola de gude”, do cantor e compositor Milton Nascimento (2002), a qual nos fez cantar e algumas saltitar.

A comparação entre o tempo em que se viveu as memórias com o tempo em que elas foram contadas chegava sempre em algum momento e alguma tristeza passeava pela Tenda. Tristeza fantasiada de saudade ou o contrário. Tempos que podem dialogar com os de Rubem Alves, denominados “tempo do relógio” e “tempo marcado pelas batidas do coração”, em uma crônica chamada Velhos, do livro “As Cores do Crepúsculo: a Estética ao Envelhecer”:

O tempo se mede com batidas. Pode ser medido com as batidas de um relógio ou pode ser medido com as batidas do coração. Os gregos, mais sensíveis do que nós, tinham duas palavras diferentes para indicar esses dois tempos. Ao tempo que se mede com as batidas do relógio - embora eles não tivessem relógios como os nossos - eles davam o nome de “chronos”. [...] O pêndulo do relógio oscila numa absoluta indiferença à vida. Com suas batidas vai dividindo o tempo em pedaços iguais: horas, minutos, segundos. A cada quarto de hora soa o mesmo carrilhão, indiferente à vida e à morte, ao riso e ao choro. [...] o tempo do relógio é indiferente às tristezas e alegrias. [...] Há, entretanto, o tempo que se mede com as batidas do coração. [...] Suas batidas dançam ao ritmo da vida - e da morte. Por vezes tranquilo, de repente se agita, tocado pelo medo ou pelo amor. Dá saltos. Tropeça. Trina. Retorna à rotina. A esse tempo de vida os gregos davam o nome de “kairós”. [...] “Chronos” é um tempo sem surpresas: a próxima música do carrilhão do relógio de parede acontecerá no exato segundo previsto. “Kairós”, ao contrário, vive de surpresas. Nunca se sabe quando sua música vai soar (Alves, 2007, p. 68).

Vivenciar a Tenda é perceber no conto da história de um o desenrolar da história do outro, seja na cadeira da Tenda, no processo de memorar as histórias, seja nas emoções que surgem, ao perceberem, nos objetos expostos, surpresas com a aproximação de um tempo já vivido.

Olhares sobre o outro e sobre nós mesmos desvelando o que há de nós no outro e o outro que há em nós; sustos-surpresas no encontro com os diferentes e múltiplos que nos habitam. Brechas, aberturas para que feixes de luz entrem nos espaços estreitos. No encontro, passagem para o outro que nos afeta e nos atravessa (Gadelha, 2015, p. 88).

As pausas aconteciam de acordo com a emoção surgida. Durante as narrativas: gargalhadas, choros, silêncio, sorrisos e tristezas e, assim, ouvintes e contadoras propunham-se a estar com a outra para que a Tenda acontecesse. “Estar com” é um princípio freireano que parte do pressuposto de que se ouve a história do outro a partir do lugar onde ele está (Ceccim, 2007). Assim, há uma reciprocidade entre as participantes que permite a dialética das experiências de vida contadas na Tenda. Em tom poético, desvenda Gadelha (2015, p. 62) que “nesse espaço, a escuta de si e do outro operam em algo que poderíamos chamar de sedução – no sentido de atração e encantamento”.

Processos de reflexão e saudade

Caracterizada como metodologia participativa, a prática concede aos/as participantes que deem a ela o formato dos modos de viver e agir, o que esclarece a capacidade da experiência vivida receber novos rumos e significados e dos resultados das vivências da Tenda do Conto irem além dos objetivos propostos.

Foram distribuídos 74 convites e, aproximadamente, 31% compareceram à prática, número que sobe para 40% se o comparativo for somente para o público feminino, caracterizando interesse considerável pela atividade, considerando o público convidado. Situação que pode ser explicada pela pactuação com a gerência, a divulgação verbal sobre a prática, os convites individuais e a colocação de cartazes em espaços coletivos, a realização da Tenda em dias da semana sugeridos pela maioria, a realização de uma escala para quem manifestasse interesse em participar e o desejo individual, de cada um, de vivenciar algo inédito no Centro de Saúde Vista Alegre.

A enfermagem foi a categoria predominante entre as trabalhadoras participantes, dentre elas, nove técnicas e quatro enfermeiras, seguida da

odontologia, em que participaram duas técnicas de saúde bucal, uma dentista e duas estagiárias. Além dessas categorias, houve a participação de duas agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de limpeza, uma residente assistente social e uma adolescente do Programa Menor Aprendiz.

Não houve a participação de homens na prática, o que foi uma surpresa, visto que, na entrega dos convites, demonstraram interesse. Por mais que os homens sejam a minoria dos/as funcionários/as da UBS, a não participação nos implica a reflexão sobre a relação entre a masculinidade e o cuidar de si. Sobre a palavra masculinidade, Silva (2017, p. 3-4) contextualiza que o campo semântico em que ela se insere é o das palavras “viril, enérgico, forte e ativo e que há uma experimentação deste discurso de maneira histórica, política e cultural que se processa no sentir, agir, saber e fazer-se homem”. Sobre o cuidar de si, a reflexão que nos cabe é sobre como desenvolver cuidados com a saúde das populações masculinas, “quando a concepção social da masculinidade se fez e ainda se faz em bases que não colocam a saúde enquanto uma preocupação do homem” (Silva, 2017, p. 3-4). Situação ilustrada pela ausência deles na Tenda do Conto que, em concordância com Silva (2017, p. 4), aponta para “um desafio permanente para quem lida com a educação popular em saúde e masculinidades” que culminam na emancipação deste público do pensamento de que o cuidar de si contrapõe-se a ser e tornar-se masculino.

Na UBS, dentre os servidores terceirizados, contratados ou públicos, há o total de 84 funcionários e cerca de 80 por cento são mulheres. No contexto deste trabalho em saúde, a produtividade das mulheres está atrelada ao papel que desempenham na limpeza, assistência, gestão e na percepção e superação das situações-limites ali colocadas de modo individual e coletivo, atravessadas em algum momento.

O senso moral da sociedade burguesa impõe que “as atividades que derivam do ato de cuidar tendem a ser atribuídas às mulheres e naturalizadas de forma a aparecerem como exclusivas e constitutivas da condição feminina”, cuja associação “é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (Scott, 1994 como citado em Guedes; Daros, 2009, p. 129). Segundo Guedes e Daros

(2009, p. 123), no Brasil, para causar descontinuidade neste entendimento, a partir da década de 80 “o Movimento Feminista trava lutas importantes em todas as esferas sociais, o que ocasiona a visibilidade da questão de gênero” e a conquista de direitos sociais, políticos e civis. Entretanto, as autoras acrescentam que “a moralidade histórica, contudo, continua a reger as ações dos indivíduos sociais e a estampar a incongruência entre lei e realidade” (Guedes; Daros, 2009, p. 123).

Guedes e Daros (2009, p. 131) apontam que o enfrentamento histórico destas mulheres causa abertura do que denominam “condições de autonomia e autossustentação” que, como consequência, causam ruptura nos círculos de “dependência e subordinação”, o que as desafiam a manter a práxis de resistir e superar em lugar do que Paulo Freire (1987, p. 51) chama de “aceitação dócil e passiva”.

Em um cenário de necessidade de escuta para as trabalhadoras da saúde pública, a Tenda do Conto emerge onde “rotinas automatizadas e formalizadoras do cuidado operam, constantemente, restringindo modos de cuidar que impliquem a construção de vínculos” (Gadelha, 2015, p. 17). Para superar esta situação e para que fossem estabelecidas relações de respeito e confiança, foi necessário às participantes acessarem e mostrarem características intrínsecas a elas, como a escuta e a afetação, criando abertura para, na relação com a outra, criarem situações geradoras de vínculo e fortalecimento.

A Tenda do Conto rompe com a sensação de solidão, pelo caráter coletivo, sem desvalorizar a unicidade da história de vida da participante; rompe com o etnocentrismo, quando dá o poder de ser escutado a quem senta-se na cadeira, independente do grau de escolaridade ou dos títulos acadêmicos; e, rompe com a urgência dos processos dos cuidados biomédicos - externos ao ser - quando, somente usando os recursos inerentes da fala, da escuta ou de ambos, pode-se dar significado ou ressignificar o que se vive ou o que se viveu e se manter na posição de ter autonomia sobre a própria existência.

O “cenário de encontros” (Gadelha, 2015) criado na Tenda do Conto valoriza as histórias de vida e de experiência das trabalhadoras que não estavam, necessariamente, atreladas aos afazeres do trabalho. No entanto, esta temática dificilmente deixava de atravessar as histórias contadas. Na Tenda



posta, encontrar⁴⁴, ato de “estar diante do outro” tornou-se uma possibilidade de realizar trocas de experiências sensoriais pela visão, no cenário; audição, nas narrativas; olfato, no cheiro das pessoas e do chá; paladar, no chá ou biscoitos; experiências proprioceptivas, do abraço e vestibulares, do movimento; experiências também mnemônicas, pelas histórias trazidas e escutadas.

A proposta de cuidado coletivo junto às trabalhadoras fortalece a vigilância em saúde porque, ao intervir nos processos e ambientes laborais, pode-se provocar a redução da morbimortalidade decorrente dos processos adoecedores atrelados ao trabalho (Brasil, 2012). Assim, a Tenda, como prática acolhedora, de bom-viver⁴⁵ e amorosidade pode minimizar os efeitos do adoecimento laboral, ao realizar-se neste contexto.

Sentadas da cadeira da Tenda, as trabalhadoras mostraram características que, talvez, estivessem escondidas por detrás do jaleco. A paixão por viagens, plantas, cinema; a aptidão para fazer arranjos de festas ou para cantar; a descoberta de novos interesses, como os haicais do livro de Leminski, a automassagem, a dança circular. Ali, também descobriram possibilidade de aproximação ou reaproximação com a outra, na escuta que por toda amizade se deseja, na descoberta de histórias de vida parecidas e se permitiram encontrar.

Sobre os objetos solicitados nos convites, das 23 participantes que compareceram às cinco Tendias, nenhuma delas levou objetos. Algumas levaram as histórias e outras os ouvidos atentos. Com isto, acabaram “pegando emprestado” os que estavam em cima da mesa porque, apesar da maioria chegar à Tenda com uma história “pronta”, o cenário que encontravam e as narrativas que escutavam permitia que acessassem outras memórias e, ao se sentarem na Tenda, também permitia a reinvenção do que iriam contar.

Caracterizada como metodologia participativa, todas ali se tornavam organizadoras da prática naturalmente, sem que algum pedido para isto

44 Ferreira, A. B. H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 4. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2009.

45 Expressão que aprendi em Fortaleza, ao realizar o Estágio Optativo da Residência, no Espaço Ekobé, durante uma vivência de Biodança neste espaço, onde dançamos o bom-viver com a professora Soraya Santos, que define: “O bom-viver vem sempre associado a alguma vivência que traga leveza para a vida. Aquilo que nos traz saúde, felicidade e alegria. Dançar o bom-viver, é dançar as escolhas de ficar e de partir. De semear e de se perder também. O bom-viver é aquilo que é bom, que me faz bem, que me ajuda a caminhar aqui pela T(erra) dentro das relações e dentro de mim. O bom-viver não é igual para todo mundo. O bom-viver são caminhos e possibilidades que devemos trilhar na presença do outro, daquele que é diferente de mim.”

fosse previamente feito. Ao sugerir uma música, ler uma poesia do Leminski, mostrar algum vídeo ou foto, ao falar para a outra “senta lá, na cadeira!”; ao gargalhar, se emocionar, suspirar, aplaudir e na despedida da cadeira para a outra se sentar, a mediação acontecia espontaneamente. A autenticidade da afetação de quem ouvia e falava, falava e ouvia.

Em acordo com a Política Nacional de Humanização, um dos objetivos e, também, desafio, ao propor a prática da Tenda do Conto era que houvesse participação e corresponsabilização das trabalhadoras na construção de uma agenda de ações que dessem continuidade a estes momentos de cuidar de si e de cuidado coletivo. Segundo Gadelha e Freitas (2010, p. 58), “a abertura de espaços de troca de afetividade e, conseqüentemente, de emancipação” pedem pela sua continuidade para a efetivação dos princípios que geram promoção da saúde, além da sua urgência de que “seja ali e agora – trabalho vivo em ato”.

O contentamento com a prática fez com que muitas trabalhadoras apontassem para o desejo da continuação do cuidado e que ele se mantivesse sob a nossa responsabilidade. Contudo, ponderamos sobre a importância da auto-organização, sugerimos a criação de uma comissão para se apropriarem das mudanças almejadas no ambiente do trabalho e relembramos falas que, durante as tendas, apontavam para o desejo de emancipação:

Isto aqui nunca teve. É a primeira vez (Participante P, 10/10/2019).

A gente devia ter um horário, de meia hora... (Participante L, 24/10/2019).

Acho uma vez ao mês super possível (Participante E, 04/10/2019).

Cada um propor o cuidado com o outro (Participante C, 04/10/2019).

Que tal que a gente tenha uma vez por mês ou semestralmente (Participante M, 03/10/2019).

Que tal que a gente crie mais espaços de cuidado?! (Participante Q, 03/10/2019).

A gente pode pensar sobre isto de continuar esses espaços. Eu estou disponível e acho super possível... Eu topo qualquer coisa. Estamos juntas! (Participante F, 26/09/2019).

Inclusive para ser negociado no colegiado gestor: um espaço de cuidado para o trabalhador. A gente não precisa de muito tempo. Eu acho que o trabalhador precisa de um lugar bacana (Participante D, 24/10/2019).

Que pena que as pessoas ainda não valorizaram isso aqui. Mas é assim mesmo, o negócio é a célula mesmo. O negócio já foi plantado (Participante B, 04/10/2019).

Às vezes, a gente acha que não é capaz de alguma coisa e a gente surpreende a gente mesmo. Tanta coisa que tem aqui dentro! (Participante M, 24/10/2019).

A emancipação dá-se de modo coletivo e compartilhado, visto que a libertação de “todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência na sociedade são determinantes sociais” para os processos de adoecer e somente podem ser superadas na relação com outro (Brasil, 2012, p. 17). Este princípio pressupõe a construção de processos de trabalho em que os sujeitos sejam, por meio da reflexão, do diálogo, da expressão da amorosidade, da criatividade e da autonomia, protagonistas na construção das políticas da saúde em busca do “inédito viável” (Brasil, 2012).

Considerações

O cenário político brasileiro de 2016 a 2022 expõe retrocessos para manutenção dos direitos políticos e sociais garantidos na Constituição de 1988. Como exemplo, o novo regime fiscal implementado pela Emenda Constitucional nº 95 que impacta o financiamento do Sistema Único de Saúde e a efetivação do direito à saúde no Brasil, quando congela os recursos financeiros destinados a este setor por 20 anos (Emenda Constitucional nº. 95, 2016). Como pontuam Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 14), “conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à

desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade.”

Outro exemplo de recessão é a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica que retira os Agentes Comunitários de Saúde da equipe de Saúde da Família, reduzindo o elo de educação e promoção à saúde da UBS com a população; a segmentação do acesso, quando recomenda ao invés de induzir ações e procedimentos essenciais que podem se delinear na oferta de cuidados mínimos; não especifica o financiamento para o NASF-AB, deixando a cargo do/a gestor/a municipal mantê-lo ou não, comprometendo a universalidade e a integralidade do cuidado à população brasileira (Brasil, 2019).

A conjuntura político-econômica a que estamos submetidos apresenta redução do investimento nos serviços de saúde ofertados e, conseqüentemente, menos acesso da população ao cuidado qualificado, expressando a desconstrução do compromisso com a ampliação da Estratégia de Saúde da Família e do SUS (Morosini *et al.*, 2018). Com vistas às circunstâncias, há urgência na valorização de experiências dialógicas, amorosas e emancipadoras, cujas bases se contrapõem ao retrocesso vivenciado.

Ao chegarem à Sala de Reunião transformada em Tenda do Conto, as trabalhadoras percebiam que, em meio à imersão na lógica da produção de cuidado do outro, uma lógica do cuidado de si e coletivo operava daquela porta para dentro. Práticas de cuidado, como a Tenda do Conto, podem possibilitar a reflexão para necessidade de transversalidade de princípios das políticas citadas no cotidiano do trabalho em saúde. Fica a crítica se deve haver um horário reservado na agenda para implementação das políticas aqui descritas ou se elas devem acontecer onde quer que as pessoas estejam. Haverá sempre que se reservar uma data, um momento, para o afeto, a escuta e a ambiência serem parte do cuidado de si e o cuidado com o outro? Que tal que todos os espaços sejam de trocas afetivas, de valorização do outro, de criação de vínculo? Acreditamos que a amorosidade, por exemplo, deve transpor-se como princípio dos modos de cuidado em saúde e não apenas de uma política que,



infelizmente, persiste ignorada pela maioria daqueles que gerem os serviços e as redes do sistema de saúde.

Os saberes populares e científicos dialogam na Tenda para compor o “espaço-tempo” de cuidado proposto (Gadelha, 2015). Relações de afetividade mostram-se fluidas em relações antes estabelecidas somente como de produtividade, revelando a possibilidade desse enlace quando se está diante do outro. Nem sobre alguém nem para alguém, mas com o outro (Ceccim, 2007) e, assim, permite-se a dialética das experiências de vida partilhadas na Tenda. Desvelando-se em ato, como experimentação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS, a Tenda pode ser incrementada nos processos de cuidar em saúde. Entretanto, é preciso se atentar ao fato de que apenas a prática da Tenda, aqui descrita, não garante mudanças no nível da reorganização dos processos de trabalho adoecedores.

A Tenda do Conto ocorreu junto às trabalhadoras porque sem elas, seria somente um cenário montado e uma cadeira enfeitada. Com a participação desses sujeitos, ocorreu a aventura coletiva cheia de afetações e vínculos. A possibilidade da horizontalidade do cuidado ilustra um processo emancipatório quando, quem senta-se na cadeira, tem o poder de falar porque compartilha este poder com quem se silencia. Logo, o poder de quem fala somente é possível pelo poder de quem escuta. Histórias que nos envolvem pelo encantamento que se inicia pela observação, escuta, pelo silêncio e que, ao ocuparem a Tenda, por meio das participantes, passeiam pelos tempos passado, presente e futuro.

As trabalhadoras e os trabalhadores, trazendo a singularidade de histórias de vida, formam a equipe da porta de entrada preferencial para o cuidado em saúde do SUS, a Atenção Primária, delineada pelo discurso de humanização e pela expectativa de superação dos desafios da transposição para a prática. Estes sujeitos, ao participarem da prática de cuidado Tenda do Conto, permitiram o inédito viável. Uma história da transposição da Política Nacional de Humanização que pode ser escrita, narrada ou somente memorizada por eles.

No espaço-tempo da Tenda posta, a cadeira de vazia vai a cheia para que o conto de dor, de amor ou de alegria seja apreciado bem no tempo e é por isto que não há um tempo determinado para cada pessoa contar a própria história. O tempo que doamos nossos ouvidos para a outra pessoa está dentro do tempo que ela nos oferece ao narrar. Os tempos, assim, se cruzam: um está na história que já foi vivida e o outro na história que está sendo contada. Tempo das batidas do coração e tempo das batidas do relógio. E, assim, o processo de memorar as tendas faz surgir o enigma do início ser antes do começo e o término depois do fim...

Referências

- Alves, R. **As Cores do Crepúsculo: a estética do envelhecer**. Campinas: Papyrus, 2007.
- Braga, L. C.; Carvalho, L. R.; Binder M. C. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 1585-1596, 2010.
- Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado, 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)**. Brasília: Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, 2012.
- Brasil. Portaria nº 1.823. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 2012.
- Brasil. Portaria nº 2.761(2013, 19 novembro). Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 2013.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final**. 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Brasil. Emenda Constitucional n. 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**, Brasília, 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Brasil. Portaria nº 18 (2019, 7 janeiro). Estabelece regras para o cadastramento das equipes

da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2019.

Ceccim, R. B. (org). Pacientes impacientes: Paulo Freire. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. pp. 32-45

Cortella, M. S. **Por que fazemos o que fazemos?** São Paulo: Planeta, 2016.

Félix-Silva, A. V. *et al.* **A Tenda do Conto como Prática Integrativa de Cuidado na Atenção Básica**. Natal: Edunp, 2014.

Freire, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Gadella, M. J. A.; Freitas, M. L. **A arte e a cultura na produção de saúde**: a história da tenda do conto. v.2, n.27, p.53-58, 2010. Disponível em: https://www.google.com/j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjgua6w7IqCAxVtvJUCHZ3uD7sQFnoECBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redehumanizaus.net%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fa_arte_e_a_cultura_na_producao_de_saude.doc&usg=AOvVaw31yUwgfU4F4Sno7Sh171QC&opi=89978449. Acesso em: 20 jan. 2022.

Gadella, M. J. A. **Artes de Viver**: A Tenda do Conto (Recordações, Dores e Sensibilidade no Cuidado em Saúde). Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

Grupo Beija Fulô. **Varre Moreninha**. [música]. 2009.

Guedes, O.S.; Daros, A. M. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 122-134, 2009.

Lima, R. Escuta. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz**. Roteiros para refletir brincando: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 6.

Mendes, R.; Dias, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

Morosini, M. G. C.; Fonseca, A. F.; Lima, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.11-24, 2018.

Nascimento, M. **Bola de Meia, Bola de Gude**. [música]. São Paulo: Far Out Recordings, 2002.

Neves, M. Y. R.; Seligmann-Silva, E. A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, São Paulo, n.1, p. 63-75, 2006.

Santos, I. S.; Vieira, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

Sardenberg, M. L. C. **A Tenda do Conto e a Política Nacional de Humanização**. 2014. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/86913-a-tenda-do-conto-e-a-politica-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SIBA. **Toda vez que eu dou um passo o mundo sai do lugar**. [música]. Recife: Ambulante

Discos, 2007.

Silva, J. C. **Masculinidades, Saúde dos Homens e Participação Popular no SUS**. Recife: Grupo de Pesquisa e Ação Universos Masculinos, 2017.

Silva, M. R. F.; Silveira, L. C.; Pontes, R. J. S.; Vieira, A. N. O Cuidado Além da Saúde: Cartografia do Vínculo, Autonomia e Território Afetivo na Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 19, n. 1, p. 249-254, 2015.



Sobre os(as) autores(as)

Ana Berta Colina Godoy

Uruguaya. Licenciada en Psicología por la Universidad de la República, Uruguay (UdelaR). Especialista en Psicología en Servicios de Salud por Competencia Notoria (UdelaR) Maestranda en Psicología y Educación (UdelaR) Técnica Profesional de la Dirección Departamental de Salud de Lavalleja- Ministerio de Salud Pública (MSP) 2018- 2024. Miembra de Organización Otros Mundos Otras Voces. Integrante de la Red Científica Latinoamericana: Territorios Posibles, Praxis y Transformación. Integrante de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Autora y coautora de diversas publicaciones en el campo de la Educación en Salud y Salud Mental Comunitaria. Desde su trabajo como Psicóloga de Área en el Programa de Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de Servicios de Salud del Estado (DSMyPV- ASSE) 2010- 2019-; ha recibido reconocimiento por experiencias de abordaje en Salud Mental Comunitaria a Nivel Nacional en el año 2013, por MSP. En proyecto de trabajo con adolescentes en asentamiento de Bañados de Carrasco: “Integrándonos desde la participación”. Referente de área, convenio ASSE- Fac. de Psicología (UdelaR) de pasantes de servicio y residentes de Fac. Psicología, en el campo de Educación en Salud Comunitaria – 2010-2013. Reconocimiento y aprobación desde su trabajo en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) 2006- 2018- al desarrollo de la Primera Marcha por Derechos de NNA: “Sistema alquimista por los derechos e igualdad de género” desarrollada y llevada a cabo por jóvenes adolescentes del INAU- 2017.

Ana Carolina Drumond Couto

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos, Brasil (2023). Especialista em

Atenção Primária à Saúde (2020) através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Atuação como Terapeuta Ocupacional em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil São Paulo e também atuou na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e doutorado em Ciências pela ENSP/FIOCRUZ. Professora Associada I da Universidade Federal da Paraíba, com experiência na área de Saúde Coletiva, onde atuou principalmente nas áreas de saúde pública, promoção da saúde, segurança alimentar e nutricional, formação em saúde, educação popular em saúde e educação alimentar e nutricional. Aposentada desde 01/04/2022.

Ana Paula de Oliveira Rosses

Médica. Doutoranda em Epidemiologia (Universidade Federal de Pelotas). Mestre em Epidemiologia (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015). Especialista em Medicina de Família e Comunidade através da Residência médica junto ao Grupo Hospitalar Conceição (2008). Especialista em Terapia Comunitária (Centro de Ensino, Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade, 2011). Atua como técnica em educação médica do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) realizando preceptoria e apoio técnico na coordenação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade. Trabalhou como professora nos cursos de medicina da Universidade da Região de Chapecó (Unochapecó) e da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Tem como áreas de atuação: Medicina, Medicina de Família e Comunidade Epidemiologia e Saúde Coletiva.

Ana Paula Dias de Sá

Médica. Mestra em Políticas Públicas pela Escola de Governo FIOCRUZ - Brasília (2020 a 2022). Especialista em Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Escola Fiocruz de Governo (2017-2018). Interesse na área de saúde pública. Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade Dom Bosco-PR (2013-2015). Qualificação em Gestão do SUS pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (2010). Experiência como Diretora Técnica e Gerente de Rede de Serviços Especializados da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (2007-2010), em atenção primária em saúde na Estratégia de Saúde da Família (2012-2014) e em assistência em atenção primária e saúde do trabalhador -ambulatório (2015 - 2020).

Ana Paula Maia Espíndola Rodrigues

Nutricionista. Mestra do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFPB; Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes - PE; Especialista em Nutrição Esportiva - Faculdade DNA Pós Graduação. Tem experiência na área na Atenção Básica em Saúde e Educação Popular, atuando com os temas da Segurança Alimentar e Nutricional e Promoção da Saúde em comunidades.

André Luiz Dutra Fenner

Graduado em Ciência Política pela Universidade de Genebra - Suíça (1997). Doutor na área de Desenvolvimento e Políticas Públicas no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília CEAM/UnB, com um período de estágio sanduíche junto ao Instituto de Pesquisas para o Desenvolvimento - IRD no UMR ESPACE DEV em Montpellier/França. Mestre em Ciência Política junto ao Departamento de Ciência Política da Universidade de Genebra - Suíça (2000). Mestre em Saúde Pública -

Área de Desenvolvimento e Políticas Públicas junto a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2011). Especialista em Vigilância em Saúde Ambiental no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília DSC/UnB (2008). Especialista em Saúde Global e Diplomacia da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/Fiocruz (2009). Pesquisador em Saúde Pública na Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz, onde atuou como pesquisador, professor e coordena projetos.

Ângela Moreira Vitória

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2022). Mestra em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2012). Professora titular da Universidade Federal de Pelotas no Curso de Medicina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Atenção Primária à Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção primária à saúde, sistema único de saúde e gestão em saúde.

Carlos Güida Leskevicus

Uruguaio. Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade da República. Uruguai. Diploma com Pós-Graduação em “Estudos Internacionais” pelo Instituto de Estudos Internacionais da Universidade do Chile e em “Saúde Mental e Psiquiatria Comunitária” pela Faculdade de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile. Doutorando em Saúde Mental Comunitária, Universidade Nacional de Lanús, Argentina. Professor titular da Faculdade de Saúde e Ciências Sociais da Universidade de Las Américas, Chile. Diretor do Departamento de Saúde Comunitária e diretor do Mestrado em Saúde Mental Comunitária da Faculdade de Saúde e Ciências Sociais. Professor assistente do Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile. Consultor em diversas

agências de cooperação internacional desde 1996. Foi diretor executivo do Programa de Redução de Riscos e Desastres (CITRID) da Vice-Reitoria de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Chile. (2018 – 2020).

Cristianne Famer Rocha

Doutora e Mestra em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS). Realizou estágio de Pós-Doutorado junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), em 2005, e junto à Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), em 2013. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atua junto ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFRGS), e do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU/UFRGS). É Líder do GEPS - Grupo de Estudos em Promoção da Saúde, cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq (www.ufrgs.br/geps). Áreas de atuação: Educação em Saúde, Comunicação em Saúde e Promoção em Saúde.

Elina Alice Alves de Lima Pereira

Graduada em Direito pela Universidade Federal da Paraíba. Áreas de atuação: Curso Comunitário, Direitos Humanos, Extensão Popular, Práticas sociais, Direito humano à alimentação adequada.

Elizabeth Artmann

Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Campinas (2002). Mestra em Saúde Pública pela ENSP/Fundação Oswaldo Cruz (1993). Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Foi coordenadora de ensino da subárea de planejamento e gestão e coordenadorageral do Programa de Pós-graduação stricto sensu da ENSP/Fiocruz. Foi editor assistente da Revista Ciência e Saúde Coletiva de 2011 a 2013.

É parecerista dos periódicos científicos: Cadernos de Saúde Pública, Interface, Comunicação e Saúde; Revista Physis/UERJ; Revista de Saúde Pública/USP, entre outras revistas científicas. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Política, Planejamento e Gestão em Saúde, atuando principalmente nas seguintes linhas de pesquisa/áreas temáticas: gestão hospitalar, planejamento estratégico e prospectiva em saúde, análise cultural organizacional; regionalização e descentralização em saúde, humanização, paradigma linguístico e saúde. É líder do Grupo de Pesquisa Planejamento e Gestão (CNPq) e coordena um projeto na área de Gestão Estratégica e Humanização e outro na área de Avaliação do ensino de pós-graduação em saúde. Coordenou o Mestrado Internacional em Saúde Pública da ENSP em Angola, finalizado em 2011. Foi Chefe do Departamento de Administração e Planejamento em saúde da ENSP/Fiocruz de 2013-2015. É docente permanente no Programas de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP e no PPGSMC do IFF/Fiocruz e orientadora de mestrado e doutorado

Elizabeth Martínez Buenabad

Doutora em Antropologia. Professora Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Coordenadora Pós-Graduação Antropología Sociocultural do Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Puebla. México.

Eliziane Oliveira de Lima

Enfermeira Graduada pela FIT/UNAMA - Faculdades Integradas do Tapajós- (2006) Santarém-PA. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (2018) Licenciada em Pedagogia-UFPI (2016). Atualmente é Servidor Público na Universidade Federal do Piauí -CSHNB- Picos-PI /Técnico de Laboratório/ Área Enfermagem. Interesse pelas áreas de Saúde Coletiva, Saúde Pública, Promoção da Saúde, Gestão em Saúde . Membro do Grupo de Pesquisa Fluxos, Redes e Cuidado -GPFRIIDA da Universidade Estadual do Ceará -UECE. Tutora à distância

do Programa Saúde com Agente - Turma de Agentes Comunitários de Saúde - Parceira entre UFRGS e o CONASEMS - 2022- 2023.

Etel Matielo

Nutricionista. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atua na saúde desde 2003. Atuou como nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Florianópolis, SC, como professora universitária e professora de nível técnico e como consultora e pesquisadora na área da saúde. Voluntária no Programa de Voluntariado das Nações Unidas em El Salvador no tema gestão de risco de desastres e segurança alimentar e nutricional. Tem formação complementar em fitoterapia, aromaterapia e auriculoterapia. Atua no Ministério da Saúde desde 2015. Este período de trabalho com educação popular em saúde no Departamento de Gestão Estratégica e Participativa, na gestão da atenção básica em saúde na Coordenadoria de Atributos da Atenção Básica da Secretaria de Atenção Básica em Saúde e no Serviço de Promoção da Saúde de Geral Coordenação de Pessoas do Ministério da Saúde. Na Fiocruz Brasília, atuou na Avaliação Pedagógica da Escola de Governo Fiocruz e na Coordenação Adjunta do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. Atualmente é Coordenadora Geral de Gestão de Pessoas do Ministério da Saúde.

Fernanda Capella Rugno

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) (2014-2017). Mestra em Oncologia pela Fundação PIO XII - Hospital de Câncer de Barretos (2012-2013), pós graduação lato sensu em Dor pelo Hospital Israelita Albert Einstein (2013). Professora Adjunta da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) - unidade: Faculdade de Medicina; área: Terapia Ocupacional; subárea: Saúde Coletiva. Foi coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Oncológica

do Hospital Escola da UFPel/EBSERH (2018-2020); e coordenadora adjunta do Colegiado de Terapia Ocupacional da UFPel (2019-2021). Ademais, é membro do COAPES (Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde) e do Conselho Editorial da Editora UFPEL. Tem experiência prática na área da Educação, especificamente em Educação Especial, e na área de Saúde Pública (reabilitação física, oncologia e cuidados paliativos)

Fernando Paixão da Costa

Médico. Mestrando em Políticas Públicas de saúde pela FIOCRUZ Brasília. Atualmente é médico de família e comunidade do Ministério da Saúde, preceptor de Propedêutica da faculdade Estácio de Canindé - CE. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina

Fernando Ferreira Carneiro

Graduado em Ciências Biológicas pela UFMG (1995), Especialista em Vigilância em Saúde Ambiental pela UFRJ (1996), Mestre em Saúde Ambiental pelo Instituto Nacional de Salud Pública de México (1999), Doutor em Epidemiologia UFMG (2007), e pós-doutorado em Sociologia pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra - Portugal (2015). Pesquisador da Fiocruz Ceará da área de Saúde e Ambiente e professor do Doutorado Profissional em Saúde da Família. Participa do Grupo Temático (GT) de Saúde e Ambiente Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Coordena o Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas - Teia de saberes e práticas e o Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes - Vigilância Popular.

Gislei Siqueira Knierim

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Agroecologia e Desenvolvimento Territorial da Universidade Federal Rural de Pernambuco. Atua na coordenação pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da

Populações do Campo, com pesquisa e atuação junto aos Movimentos Sociais do Campo, da Floresta e das Águas qualitativa junto aos territórios do campo e das águas. Tem desenvolvido processos de formação-ação envolvendo as temáticas de saúde do campo, agroecologia, território e territorialidade, gênero, saneamento, vigilância popular territorial, promoção a saúde, políticas públicas com profissionais da saúde e movimentos sociais do campo, floresta e águas.

Helena Maria Scherlowski Leal David

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2001). Pós doutoramento na área de pesquisa sobre drogas, pela University of Alberta, Canadá. Mestra em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1995). Professora titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Cientista FAPERJ 2021-2024. Coordenadora de Intercâmbio Internacional da Faculdade de Enfermagem da UERJ na gestão 2020-2024. Docente permanente no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UERJ e no Programa de Pós Graduação em Telemedicina e Telessaúde da UERJ. Diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ no quadriênio 2012-16. Bolsista do Programa PROCiência UERJ desde 2008, e Bolsista de Produtividade em Pesquisa CNPq 2 desde 2012. Professora Visitante do Programa de Professor Visitante no Exterior - Senior, da CAPES 2018, na Universidade de Alicante, Espanha, de novembro de 2018 a julho de 2019. Desenvolve atividades de ensino de graduação e pós-graduação, pesquisa e extensão nas áreas de Enfermagem e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: teoria crítica do trabalho, processo de trabalho de saúde e enfermagem, educação popular e saúde, educação e trabalho, redes sociais no trabalho de saúde e enfermagem, agentes comunitários de saúde, trabalho na Atenção Primária de Saúde.

Hozana Reis Passos

Enfermeira. Mestre em Música pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora do Exposição Sentidos do Nascer. Bacharel e licenciatura em Enfermagem (2004), bacharelado em Música com habilitação em Musicoterapia (2013) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especializações em Geriatria e Gerontologia (2006) e Atenção Básica (2010). Enfermeira da Atenção Básica do município de Belo Horizonte. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Música da UFMG, pela linha de pesquisa Música e Cultura/ E.M.UFMG, com pesquisa etnográfica voltada à interface música-saúde-espiritualidade. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da UFMG, com pesquisa sobre práticas de cuidado e educação na primeira infância, pela Linha de Pesquisa da Infância e Educação Infantil. Tem experiência na área de Educação Popular, Educação Permanente, Música e Cultura, Musicoterapia, Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde, Saúde Materno-Infantil e Feminismos.

Íris de Souza Abílio

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal da Paraíba, especialista em Atenção Básica e Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão de Guararapes. E-mail: irisabilio_isa@hotmail.com

Jacinta de Fatima Sena da Silva

Enfermeira Sanitarista. Doutora e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Pós- doutorado na Université Sorbonne Paris Nord. Docente e pesquisadora colaboradora da Escola de Governo Fiocruz, Brasília e da Universidade de Brasília. Pesquisadora em Saúde Coletiva, com ênfase nas temáticas: atenção básica à saúde; acesso; equidade; migração, saúde e direitos humanos; saúde indígena; saúde da/o trabalhadora/a e vigilância em saúde. Experiência em políticas públicas no campo da Saúde Coletiva; políticas de equidade: população negra, em situação de rua, e populações do Campo, da Floresta e das Águas; e de gestão pública. Participação no

movimento sindical como dirigente, movimento popular de saúde e atual presidenta da Associação Brasileira Nacional de Enfermagem (ABEn).

João Antônio de Almeida

Médico. Mestre em políticas públicas em saúde- programa de pós-graduação stricto sensu da Fundação Oswaldo Cruz Escola de Governo Fiocruz Gerência Regional De Brasília (2022).Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública-CE,Professor e Supervisor do Programa Mais Médico/MS/CE (2015,2016 e 2017), Preceptor do internato de medicina dos alunos da Universidade Federal do Ceará (2014 -2016), é Membro da Rede nacional de Médicas e Médicos Populares. Trabalha atualmente na UAPS Maria Cirino de Souza, Bairro Moura Brasil/Fortaleza/CE. Coordena o Coletivo de Saúde do MST/ Ceará. Curso de Especialização em Promoção em Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Fui Cruz/ Brasília, de 2017 a 2018, total de 440 horas. III Curso de Educação em Agroecologia Nordeste (2018). Curso de Especialização em Saúde da Família no município de Fortaleza, pela Escola de Saúde Pública Ceará/SMS Fortaleza/ SESAU Ceará (2020).

Jorge Mesquita Huet Machado

Médico. Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1996) e pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso (2017). Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1991. Tecnologista da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Vigilância em Saúde de base territorial, integrada e participativa, atuando principalmente nos seguintes temas: abordagens territoriais de promoção da saúde, ambiente e trabalho.

Juliane Fernandes Monks da Silva

Farmacêutica e Bioquímica. Doutora em Epidemiologia, UFRGS. Pós-doutorado em Assistência Farmacêutica pela Faculdade de Farmácia –

UFRGS. Mestra em Medicina: Ciências Médicas, pela Faculdade de Medicina - UFRGS, com trabalhos pelo Instituto de Avaliação de Tecnologias de Saúde (IATS-UFRGS. Professora Adjunta na área de Atenção Farmacêutica e Farmácia Hospitalar da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Coordenadora do Curso de Farmácia UFPeL. Experiência em cuidado farmacêutico, atuando principalmente nas áreas de farmácia clínica, atenção farmacêutica, assistência farmacêutica, atenção primária em saúde.

Leandro Araújo da Costa

Médico. Mestre em Saúde da Família pela Fiocruz Ceará. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza. Especialista em Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Escola Fiocruz de Governo. Atualmente Preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade e membro do Colegiado de Coordenação da Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade em Fortaleza. Supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Supervisor do Programa Médico Família Fortaleza pela ESP/CE. Professor do Departamento de Saúde Comunitária do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Tem experiência na área de assistência em Medicina de Família e Comunidade; em Urgência e Emergência Pediátrica e na docência em diversas áreas.

Lilian Moura de Lima Spagnolo

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPeL (2016). Mestra em Ciências pelo curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPeL. Possui pós-graduação Multiprofissional em Saúde da Família (2009). Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (2017). Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPeL (2018). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em

Controle de Infecção Hospitalar, Vigilância Epidemiológica Hospitalar, Assistência de Enfermagem Hospitalar e Equipe de Saúde da Família. Integra o Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN), desenvolve estudos na área de Avaliação de Serviços de Saúde, Saúde do trabalhador, Condições Crônicas de Saúde e Enfermagem de Famílias.

Marcela Alicia Ballara Soto

Chilena/sueca é integrante do mecanismo da sociedade civil da ONU conhecido como Grande Grupo de Mulheres, membro fundador do SEDRA (Serviço de Extensão e Agricultura – Chile), ponto focal de migração do Mecanismo da Sociedade Civil para o Fórum de Desenvolvimento Sustentável da CEPAL, Integrante do Grupo de Gênero do Financiamento para o Desenvolvimento social da Rede de Educação Popular entre Mulheres. O compromisso com as mulheres e as organizações feministas da sociedade civil remonta ao início da década de 1970, trabalhando para defender e apoiar os direitos humanos das pessoas, especialmente das mulheres, em diversas áreas, como a educação de adultos, migração, segurança alimentar, emprego digno, alterações climáticas. Atua nas regiões da América Latina e da África e também em alguns países da Ásia Central e do Oriente Médio. Atuou como oficial de alto escalão e diplomata nas Nações Unidas e outras organizações bilaterais por 18 anos como consultor sênior (UNESCO; UNICEF; PNUD), Diretor Global de Gênero (OIM) Desenvolvimento Rural (Escritório Regional da FAO) e dirige projetos de desenvolvimento, planejamento de programas e pesquisa. Desde 1970 trabalha e apoia diversas ONGs no Sul Global com publicação em diversos livros e artigos em revistas especializadas.

Maria Laura Vidal Carrett

Médica, doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (2007), mestra em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (2002). Professora Associada da Universidade Federal de Pelotas no Curso

de Medicina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, adolescente, sexualidade, adultos e doenças sexualmente transmissíveis.

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva UFC. Pós doutora em saúde coletiva Unicamp. Mestra em Saúde Pública pela UECE. Especialista em saúde da Família -ESP/CE. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UECE e da pós graduação nos Programas de Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Mestrado Profissional em Saúde da Família. Cedida pela UECE ao Ministério da Saúde para atuar como Coordenadora da Gestão Interfederativa e Participativa no Departamento da Gestão Interfederativa e Participativa. Integrante do GT de Educação Popular e Saúde da Abrasco. Tem atuação nas áreas de Saúde Coletiva, Educação Popular em Saúde, Educação Permanente em Saúde, Gestão Participativa.

Mayana de Azevedo Dantas

Filósofa. Doutoranda e Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Integrante do Grupo de Pesquisa Fluxos, Redes e Cuidado (GPFRIDA/ UECE). Especialista em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e em Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Atuou como coordenadora de campo na pesquisa Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Foi educadora no Curso Livre de Aperfeiçoamento em Promoção e Vigilância à Saúde, Ambiente e Trabalho com ênfase na Saúde Integral das Mulheres da FIOCRUZ. Foi assistente de pesquisa do projeto Ensaio clínico randomizado para o controle de Aedes no Brasil (COESA) da Universidade de Montreal (Canadá) em parceria com a UECE (Laboratório Eco-Bio-Social: Inovação e Humanidades).

Integra a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS. Tem experiência como educadora popular sendo cuidadora e mestre em Reiki pelo Laboratório Ekobé de Cultura, Cuidado e Educação Popular em Saúde da UECE, educadora popular no Curso Livre de Educação Popular em Saúde da FIOCRUZ (EdPopSUS) e na estratégia de educação popular em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Cirandas da Vida. Principais temas de atuação: Educação popular em saúde, educação permanente em saúde, saúde coletiva, participação comunitária, arte, filosofia, práticas integrativas e complementares de cuidado.

Michele Neves Meneses

Educadora Popular em Saúde. Enfermeira. Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutoranda PPGENF - UFRGS. Especialista em Dependência Química pela Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Especialista em Vigilância em Saúde Ambiental pela UFRJ. Especialista em Educação Permanente em Saúde - UFRGS. Mestra em Ensino na Saúde - UFRGS. Superintendente na Prefeitura Municipal do Rio Grande/RS. Tem atuação no Movimento Popular de Saúde (MOPS/RG), na Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS). Rio Grande/RS. Integrante dos Coletivos de Educação Popular, Arte e Saúde - Povaréu e o Povaréu Sul - Movimento Popular de Saúde (MOPS), com atuação na realização de Tendas de Afeto Popular. Compõe, também, o Movimento Internacional pela Saúde dos Povos - MSP. Realizou intercâmbio por 6 meses na cidade de Faro - Portugal, atuando no Centro de Apoio aos Toxicodependentes (CAT) e no Hospital de Faro no Serviço de Psiquiatria (2008-2009). Integrante da CEPICS/ Conselho Estadual de Saúde e conselheira municipal de saúde em Rio Grande/RS. Apoiadora da Fiocruz Brasília.

Natacha Deboni Cereser

Médica Veterinária. Doutora e Mestra em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP/Jaboticabal (2006, 2009). Especialista pela Universidade Federal de Lavras. Professora Associada da Universidade Federal de Pelotas. Tem experiência na área de Medicina Veterinária, com ênfase em Medicina Veterinária Preventiva e Microbiologia, atuando principalmente em Higiene e Qualidade de Produtos de Origem Animal.

Nelson Filice de Barros

Graduado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1990-1993), especializado em Sociologia da Saúde no DSC/FCM/Unicamp (1994), onde também obteve os títulos de Mestre (1997), Doutor (2002), Livre-Docente (2013) e Titular (2022). Professor Titular da Área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/Unicamp).. Na FCM/Unicamp exerceu cargo de chefe adjunto do Departamento de Saúde Coletiva (2010-2012) e coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (2014-2016; 2018-2020; 2020-2022). Realizou pós-doutorado na Universidade de Leeds/UK (2006-2007) e Estágio Sênior na Universidade de Londres/UK (2017). Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS). Coordenador do Curso de Formação de Especialistas em “Práticas Integrativas em Saúde: Expansão da Cultura de Cuidado”. Coordenador do Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO (2020-2023). Presidente do Research Committee 15 Sociology of Health/ International Sociological Association (2023-2027). Desenvolve pesquisa em Estudos Culturais em Saúde; Sociologia da Saúde; Sociologia das Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde; Autoetnografia; Métodos e Técnicas de Pesquisa Qualitativa; Ensino das Ciências Sociais na Área da Saúde; e Saúde Coletiva.

Neidi Regina Friedrich

Enfermeira. Doutora e Mestre em Educação pela UFRGS (1998 e 20120). No doutorado aprofundou temas relacionados a espiritualidade, Saúde Indígena, Medicina Tradicional Indígena e xamanismo. Especialista em Educação Popular, Saúde da Família e Humanização na Gestão em Saúde. Já atuou na área da criança e do adolescente como Conselheira Tutelar, Educadora Social de Rua, com crianças e adolescentes em situação de rua e adolescentes privados de liberdade. Trabalhou no Amazonas, em comunidades ribeirinhas e com parteiras tradicionais. Trabalhou na Secretaria de Saúde de Campo Bom/RS na atenção básica, saúde mental, na gestão coordenando o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) Atuou na Escola de Saúde Pública (ESP) da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) coordenando o Núcleo de Educação em Saúde da População Indígena e do/a Negro/a (NESIN) e coordenou a Política Estadual de Saúde Indígena. Também foi consultora na Política Interinstitucional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Educação e Saúde, Educação Permanente em Saúde, Práticas Integrativas e Complementares, Educação Popular, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, espiritualidade, ESF, DST/HIV/AIDS, saúde mental, crianças de rua, educação e saúde indígena. Centro Espiritual Pachamama. Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde. Novo Hamburgo. Rio Grande do Sul. Brasil.

Oswaldo Peralta Bonetti

Enfermeiro pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Tecnologista do Ministério da Saúde. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Especialista em Bioética pela Cátedra da UNESCO da UNB. Possui experiência nos seguintes temas: políticas de saúde, gestão participativa, formação ensino-serviço educação popular em saúde, participação social no SUS e direito à saúde.

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Doutor e Mestre em Educação pela Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba, Brasil (2015) Membro da Diretoria e do GT de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Brasil

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Doutora em Educação. Professora Associada do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil.

Renata Pekelman

Médica de Família e Comunidade. Mestra em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Integrante do GT ABRASCO Educação Popular em Saúde. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil.

Ricardo Pérez Abarca

Chileno. Graduado em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Chile (PUC). Mestre em Enfermagem (PUC). Universidade Acadêmica de Valparaíso. Trabalhou como acadêmico no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile. Ativista socioambiental. Autor de diversas publicações na área de cuidados e saúde comunitária.

Rogério da Silva Linhares

Médico. Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (2015). Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (2010). Especialista através da Residência Médica em Medicina Preventiva e Social (2008) UFPel. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Associação Médica Brasileira/Sociedade Brasileira de Medicina de

Família e Comunidade (2015). Professor Associado 40h/DE (2011-atual) do Departamento de Medicina Social (DMS) da Faculdade de Medicina da UFPel. Subchefe do DMS (2017-2018). Chefe do DMS UFPel (2019-2023). Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) UFPel. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMED/UFPel (2013-atual), atualmente vice-coordenador do CEP. Supervisor Acadêmico do Projeto Mais Médicos para o Brasil PMMB (2014-atual) pela UFPel. Preceptor médico e Chefe da UBS Escola Vila Municipal UFPel. Tem experiência na área de Saúde Coletiva - Medicina Preventiva - Epidemiologia - Atenção Básica à Saúde - Medicina de Família e de Comunidade.

Rosely Fabrícia de Melo Arantes

Mestra em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, um estudo que culminou com a produção do Guia de comunicação com pessoas velhas do campo para iniciantes; Especialista em Promoção em Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho, pela Fundação Oswaldo Cruz; em Gestão Estratégica Pública pela Universidade de Campinas; em Business - Empreendedorismo e Gestão Empresarial pela Universidade Federal Rural de Pernambuco e graduada em Comunicação Social - Habilitação em Jornalismo pela Universidade Católica de Pernambuco. Atuou como Assessora de Comunicação, de Imprensa e Política para diversas instituições, entre as quais: Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras Assalariados Rurais de Pernambuco (Fetaepe); Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares do Estado de Pernambuco (Fetape). Conselheira Estadual de Saúde. Experiência se desenvolveu nas áreas de Comunicação, com ênfase em Direitos Humanos, Políticas Públicas, Saúde Pública e Envelhecimento Humano, atuando principalmente nos seguintes temas: comunicação pública, informação de interesse público, direitos humanos, políticas públicas, democratização, participação, infância, adolescência, envelhecimento humano na perspectiva da totalidade social, saúde pública e saúde da população do campo, da floresta e das águas. Participo também

do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social, vinculado ao Núcleo de Articulação e Atenção Integral à Saúde e Cidadania do/a Idoso/a (NIASCI) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).

Selvino Heck

Educador Popular, filósofo, teólogo e escritor. Integrante do CAMP e do CEAAL. Foi Deputado Constituinte Estadual do Rio Grande do Sul de 1987 a 1990. Foi Assessor Especial da Presidência da República do Presidente Lula de 2003 a 2016 na construção da Rede de Educação Cidadã (RECID), na Formulação do Marco Referencial das Políticas de Participação Social, de Educação Popular e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS/SUS).

Vanderléia Laodete Pulga

Filósofa. Doutora em Educação - Educação em saúde (UFRGS/2014). Mestra em Educação - Educação, Cultura Popular e Saúde (UPF/2003). Especialista em Preceptoría no SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Especialista em Docência na Saúde pela UFRGS. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo-RS na Saúde Coletiva na graduação em Medicina. Vice coordenadora da COREMU-UFFS. Integrante do Grupo de Pesquisa Inovação em Saúde Coletiva: políticas, saberes e práticas de promoção da saúde da UFFS e do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudos Agrários, Urbanos e Sociais (NIPEAS/UFFS). Pesquisadora e docente convidada com atuação na Red Internacional de Enseñanza e Investigación sobre Educación y Trabajo en Sistemas y Servicios de Salud (RED SALUD UNICA) e junto ao Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública da Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA) e OPAS. Integrante da Rede Saúde RS. Temas de estudo: Saúde Coletiva e Saúde Pública; Educação em/na saúde; Residências em Saúde/ Educação

Popular em Saúde, Vigilância Popular em Saúde, Integração ensino-serviço-comunidade, Participação em saúde; Gênero e saúde; Equidade em Saúde; Movimentos sociais. Integrante do GT Educação Popular e Saúde da ABRASCO. Membro da Associação Brasileira da Rede Unida. Integrante da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Médica, Doutora em Educação (Universidade Federal do Ceará). Mestre em Saúde Pública (Universidade Estadual do Ceará) e Educadora Popular, Membro do Grupo Temático (GT) de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), integrando seu Coletivo de Coordenação. Integrante da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde/ANEPS e da Internacional da Esperança. Integrante da Coordenação Geral, junto com Ana Cláudia de Araújo Teixeira, da Equipe de Sistematização de Experiências e da Coordenação Político-Pedagógica/CPP do Curso de Especialização e Aperfeiçoamento em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido.

Índice Remissivo

A

Agente Popular de Saúde 106, 122
Amorosidade 11, 59, 169, 195, 197, 217, 242, 295, 304, 313, 315, 316

C

Ciência para o povo 140, 141
Comunidade 64, 67, 95, 98, 100, 126, 127, 128, 138, 141, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 159, 160, 162, 163, 165, 166, 168, 170, 176, 177, 200, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 218, 224, 234, 236, 245, 249, 250, 256, 258, 263, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 298, 303, 328, 341
Conhecimento popular 212
Controle social 104, 195, 199, 221, 240, 241, 249, 250, 251, 257, 259
COVID-19 9, 123, 124, 142, 143, 171, 172, 189
Cuidado 11, 12, 13, 14, 20, 22, 32, 34, 36, 42, 44, 45, 58, 61, 62, 63, 89, 90, 91, 94, 98, 99, 100, 103, 104, 106, 109, 115, 118, 119, 121, 127, 132, 143, 145, 151, 157, 184, 189, 195, 201, 208, 210, 211, 213, 214, 215, 222, 227, 233, 235, 239, 240, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 269, 270, 271, 273, 276, 278, 279, 281, 282, 285, 290, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 303, 304, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 319, 330, 332, 335

E

Educação 7, 11, 12, 13, 14, 58, 59, 60, 68, 92, 103, 104, 105, 109, 110, 119, 120, 121, 127, 128, 129, 141, 145, 146, 147, 149, 150, 160, 163, 168, 169, 170, 171, 181, 182, 185, 189, 192, 193, 196, 198, 217, 218, 219, 221,

222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 235, 236, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 259, 270, 271, 275, 280, 286, 289, 290, 297, 299, 300, 311, 316, 319, 322, 327, 329, 330, 333, 335, 337, 338

Educação permanente em saúde 110, 247, 335

Educação popular 7, 11, 12, 13, 14, 59, 60, 68, 92, 103, 105, 110, 121, 145, 146, 147, 149, 160, 168, 169, 181, 182, 221, 223, 224, 239, 240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 271, 275, 280, 286, 289, 290, 297, 299, 300, 311, 319, 322, 327, 329, 335, 338

Educação popular em saúde 11, 12, 14, 60, 103, 105, 110, 121, 223, 239, 240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 271, 275, 297, 311, 322, 327, 335, 338

Emancipação 11, 12, 60, 62, 97, 146, 159, 169, 170, 195, 198, 218, 229, 232, 236, 242, 256, 295, 311, 314, 315

F

Formação em saúde 238, 243, 244, 256, 322

Formação médica 10, 239

Freire 7, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 45, 47, 49, 50, 52, 54, 55, 60, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 99, 152, 153, 155, 157, 159, 162, 167, 170, 171, 181, 182, 194, 196, 198, 200, 202, 205, 212, 216, 221, 223, 224, 226, 228, 237, 238, 240, 256, 260, 261, 286, 289, 298, 306, 312, 319

Fundação Oswaldo Cruz 4

P

Pandemia da COVID-19 9, 143, 172

Participação 14, 61, 62, 63, 65, 91, 92, 93, 95, 98, 104, 127, 142, 149, 150, 152, 160, 161, 166, 179, 188, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 211, 215, 226, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 239, 240, 241, 242, 244, 246, 247, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 262, 263, 267, 270, 271, 273,

274, 275, 276, 278, 279, 281, 283, 284, 290, 301, 306, 311, 314, 317, 335, 338, 340

Pedagogia freireana 60

Promoção da saúde 59, 64, 68, 69, 107, 118, 120, 151, 170, 197, 252, 278, 282, 298, 314, 322, 331, 341

R

Residência em saúde 243

Residência Multiprofissional em Saúde 13, 104, 123, 243, 244, 245, 246, 290, 321, 328

Residências em Saúde 242, 247, 341

S

Saberes tradicionais 58, 211

Saúde 3, 4, 5, 7, 11, 13, 15, 33, 45, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 91, 92, 93, 95, 96, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 151, 155, 156, 163, 165, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 183, 188, 189, 190, 192, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 202, 204, 220, 221, 222, 223, 233, 234, 235, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 262, 263, 264, 266, 269, 270, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 301, 306, 310, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341

Secretaria Municipal de Saúde 4

Sistema Único de Saúde 11, 15, 45, 57, 58, 59, 68, 92, 102, 110, 122, 130, 143, 173, 188, 189, 190, 194, 221, 239, 241, 245, 249, 254, 257, 258, 286, 292, 299, 315, 318, 319

T

Trabalho 13, 58, 65, 66, 91, 95, 97, 100, 102, 103, 106, 107, 113, 115, 118, 119, 125, 131, 132, 138, 146, 154, 157, 158, 159, 160, 162, 166, 168, 169, 175, 177, 181, 183, 184, 195, 198, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 216, 218, 221, 222, 233, 235, 236, 237, 238, 241, 247, 248, 260, 266, 267, 276, 277, 279, 280, 281, 285, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 296, 297, 300, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 327, 329, 331

Trabalho comunitário 168

Trabalho em saúde 13, 102, 201, 233, 235, 248, 311, 316

V

Vigilância Popular em Saúde 9, 102, 143, 172



www.redeunida.org.br

Faça sua doação e colabore



ISBN 978-65-5462-124-3



9 786554 621243