

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Textos de Apoio



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE

JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

Paulo César de Castro Ribeiro

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

José Orbílio de Souza Abreu

Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Marcela Pronko

Vice-diretora de Ensino e Informação

Páulea Zaquini Monteiro Lima

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Textos de apoio

ORGANIZAÇÃO

Vera Joana Bornstein

Ângela Alencar

Bianca Borges da Silva Leandro

Etel Matiello

Grasiele Nespoli

Irene Leonore Goldschmidt

José Mauro da Conceição Pinto

Julio Alberto Wong Un

Marcelo Princeswal

Marcio Sacramento de Oliveira

Osvaldo Peralta Bonetti

Ronaldo Travassos

Tereza Cristina Ramos Paiva

Thayna Trindade

Rio de Janeiro

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

2016



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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Revisão

Paula Caldeira
Lisa Stuart

Diagramação

José Luiz Fonseca

Ilustração

Milla Scramignon

Conselho de Política Editorial

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

Colaboradores

Aglaides Arichele Leal de Queirós
Amanda Nathele Soares
Ana Lucia Maciel
Andrey Roosevelt Chagas Lemos
Anna Lúcia Leandro de Antônia Abreu
Antônio Purificação
Antônio Vladimir Felix da Silva

Arnaldo Marcalmo

Carlos Eduardo Colpo Batistella

Célia Regina das Neves Favacho

Celso de Moraes Vergne

Claudia Vilela de Souza Lange

Claudia Spinola Leal Costa

Claudiana Miranda Cordeiro

Cynthia Dias

Danielle Costa Silveira

Denise Rinehart

Eymard Vasconcelos

Frederico Peres

Geisa Cristina Nogueira Plácido dos Santos

Gert Ferreira Wimmer

Gildecil Alvez da Lira

Gilvano da Silva Quadros

Giselle de Almeida Costa

Gisele Luiza Apolinário Malheiros

Gislei Siqueira Kinerim

Gláucia Antônia

Helena Maria Scherlowski Leal David

Hozana Passos

Ingrid D'avilla Freire Pereira

Jaqueline Evedino da Silva Oliveira

João dos Santos Lima Júnior

Josefa Maria de Jesus

José Geraldo Martins

José Ivo Pedrosa

Juliana Costa Cunha

Julimar de F. Barros e Barros

Jólio Cesar Caruzzo

Katia Machado

Katia Souto
Lavínia Aragão Trigo de Loureiro
Leonardo Moraes Maguela
Lilian Paula Santos do Nascimento
Ludmila Brito e Melo Rocha
Marcelo Silva da Paixão
Marcia Cavalcanti Raposo Lopes
Marcia Mulin Firmino da Silva
Marcio José Villard de Aguiar
Marco Carneiro Menezes
Marcondes José Pacheco Barbosa
Maria Ester Souza Marinho
Maria da Glória Campos da Silva
Maria de Fátima Marques
Maria Rocineide Ferreira
Maria Waldenez de Oliveira
Mariana Lima Nogueira
Marta Gomes da Fonseca Ribeiro
Neuza Viana Castanha
Noemi Margarida
Páulea Zaquini Monteiro Lima
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Paulo Dantas
Pedro José Santos Carneiro Cruz
Rafael Gonçalves de Santana Silva

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

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

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

G977 *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em
Saúde: textos de apoio / Organização de Vera Joana
Bornstein... [et al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.*

164 p. : il.

ISBN: 978-85-98768-88-5

1. Educação Popular. 2. Direito a Saúde. 3.
Saúde Pública. 4. Movimentos Sociais. I.
Bornstein, Vera Joana *et al.*

CDD 370.115

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

A leitura do mundo precede a leitura da palavra, daí que a posterior leitura desta não possa prescindir da continuidade da leitura daquele. Linguagem e realidade se prendem dinamicamente. A compreensão do texto a ser alcançada por sua leitura crítica implica a percepção das relações entre o texto e o contexto. Ao ensaiar escrever sobre a importância do ato de ler, eu me senti levado – e até gostosamente – a “reler” momentos fundamentais de minha prática, guardados na memória, desde as experiências mais remotas de minha infância, de minha adolescência, de minha mocidade, em que a compreensão crítica da importância do ato de ler se veio em mim constituindo.

Paulo Freire

Sumário

Algumas palavras sobre este livro.....	11
--	----

EIXO I: A construção da gestão participativa e a experiência como fio condutor do processo educativo.....13

1.1 Princípios pedagógicos do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde.....	15
1.2 Dimensão formativa da experiência: importância e possibilidades da sua sistematização.....	21
1.3 História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil.....	27
1.4 História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil.....	35
1.5 O trabalhador social em saúde.....	43

EIXO II: A educação popular no processo de trabalho em saúde.....45

2.1 Da educação sanitária à educação popular em saúde.....	47
2.2 O círculo de cultura e o planejamento participativo na educação popular em saúde.....	53
2.3 A Pnep-SUS e os princípios da educação popular presentes na política.....	57
2.4 Círculos de cultura: problematização da realidade e protagonismo popular.....	61
2.5 Educação popular como prática social e profissional.....	65

EIXO III: O direito à saúde e a promoção da equidade.....	69
3.1 Promoção da equidade no SUS: o direito à diversidade.....	71
3.2 As dimensões culturais e a educação popular em saúde.....	81
3.3 A espiritualidade e outras dimensões invisíveis: além do óbvio na educação popular em saúde.....	89
3.4 A arte é longa, a vida é breve: sobre o valor e a potência das artes na educação popular em saúde.....	95
EIXO IV: Território, lugar de história e memória.....	103
4.1 História e memória coletiva.....	105
4.2 Território: lugar onde a vida acontece.....	109
EIXO V: Participação social e participação popular no processo de democratização do Estado.....	113
5.1 Participação popular ou participação social: qual é a diferença?..	115
5.2 O fato e a notícia: diferentes enfoques.....	121
5.3 A luta popular em defesa do SUS.....	127
EIXO VI: O território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado.....	135
6.1. A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da edu- cação popular em saúde.....	137
6.2 Cuidado, autonomia e emancipação.....	145
6.3 O cuidado em saúde.....	149
Biografias.....	159

Algumas palavras sobre este livro...

Educadores e educandos,

Apresentamos o livro com os Textos de Apoio para o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. Estes textos estão organizados de acordo com os eixos curriculares e articulados com as atividades que seguem no Guia do curso.

Mas, para que um caderno de textos?

Este caderno de textos, enquanto material construído solidariamente por diversos autores, pretende ser um instrumento que ajude no desenvolvimento do curso. Os textos, em si, não representam todo o curso, mas agregam ideias que contribuem para provocar, sustentar e instigar o diálogo, problematizando e elucidando reflexões e experiências em um período intenso e frutífero de coprodução entre educadores e educandos.

Os textos foram elaborados para subsidiar as atividades propostas no Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, por isso figuram ensaios ou revisões de literatura que refletem os temas discutidos. Utilizem os textos de acordo com os seus interesses e objetivos. Esperamos com eles enriquecer os debates e oferecer um dispositivo pedagógico que vocês possam utilizar em outros momentos e situações da vida, quando necessitem de mais elementos sobre a educação popular em saúde e os assuntos e temas aqui tratados, dando maior autonomia ao processo de construção do conhecimento de cada um de vocês.

E quais são os assuntos e temas deste livro-textos?

Os textos relacionados ao primeiro eixo abordam os seguintes temas: os princípios pedagógicos do curso, a história e as características do trabalho dos agentes comunitários e dos agentes de vigilância em saúde, a dimensão formativa da experiência e a responsabilidade de ser um trabalhador social na saúde.

No segundo eixo, a discussão se inicia com uma reflexão sobre a disputa histórica entre diferentes concepções de educação na área da saúde. Outro assunto que terá destaque são os métodos construídos com base na perspectiva e nos princípios da educação popular, como o trabalho em grupos, o círculo de cultura e o planejamento participativo.

Os textos do terceiro eixo trazem para reflexão o direito à saúde e sua relação com a equidade no cotidiano do trabalho em saúde, por meio da valorização da diversidade cultural existente nos territórios. Outro assunto importante abordado pelos textos é a dimensão da espiritualidade e da arte na relação com a educação popular em saúde.

Nos textos do quarto eixo os principais temas tratados são a relação entre história, memória e território.

No quinto eixo, os textos trazem uma reflexão sobre as noções de participação social e popular, sobre o poder dos grandes meios de comunicação e sobre a importância das lutas populares para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Prosseguindo a discussão sobre território e saúde, no sexto eixo, os textos aprofundam os seguintes assuntos: a determinação social do processo saúde-doença e as possíveis articulações com a educação popular em saúde, as diferentes práticas de cuidado existentes no território e a autonomia dos sujeitos no processo saúde-doença-cuidado.

Como já dito, esses são os conteúdos e temas que foram considerados estratégicos para embasar as discussões e reflexões ao longo das suas trajetórias formativas. Mais do que um conjunto de textos e palavras, esperamos que este material possa ser um instrumento sempre em construção, complementado com o saber e a experiência de vida de cada um de vocês.

Sintam-se convidados à leitura... O debate está aberto!



EIXO I

A construção da gestão participativa e a experiência como fio condutor do processo educativo

1.1 Princípios pedagógicos do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde

Vera Joana Bornstein

A atenção básica se desenvolve no espaço mais próximo à população e, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), ela “deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde” (Brasil, 2012a, p. 19).

Uma das diretrizes que consta da Pnab é:

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (Brasil, 2012a, p. 22)

Essa diretriz aponta para a importância de um trabalho de educação em saúde, principalmente considerando a proximidade da atenção básica ao território de vida, trabalho e educação da população.

Em relação ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, uma das características destacadas na Pnab é:

Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários. (Brasil, 2012a, p. 42)

Por outra parte, muito se fala que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. E o sentido dessa reorientação é a transformação de um modelo de atenção centrado no tratamento de doenças, para um modelo no qual a centralidade está posta sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

De acordo com Carmem Teixeira (2006), a mudança de modelo é um processo complexo que exige um conjunto heterogêneo de iniciativas *macrossistêmicas*, tais como, a formulação e implantação de políticas que criem condições para as mudanças no nível *micro* – o nível do processo de trabalho em saúde. Por isso, destacaremos aqui as transformações necessárias especificamente no enfoque predominante das ações educativas realizadas pela equipe de atenção básica, considerando haver uma correspondência entre o enfoque dessas ações e o modelo de atenção priorizado.

É comum observar que as ações educativas desenvolvidas por grande parte dos profissionais de saúde buscam orientar a população sobre a mudança de hábitos e comportamentos para a melhoria

da saúde. Esse enfoque educacional segue concentrando sua ação nas doenças e nos indivíduos, sem incluir uma análise crítica das condições de vida e trabalho da população, nas quais, de uma maneira geral, se encontram os determinantes e condicionantes da saúde e das doenças. Por sua vez, essas orientações assumem uma direção vertical, ao tentar convencer a população sobre a forma “correta” de agir. Nesse tipo de educação, chamada por Paulo Freire (1970, p. 67) de “educação bancária”, o profissional de saúde é o detentor dos conhecimentos que devem ser transmitidos para receptores passivos do saber.

No entanto, acreditamos que outro enfoque de educação em saúde precisa ser privilegiado para corresponder a um modelo de atenção que busca não apenas estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, mas também incidir sobre as determinações do processo saúde-doença e sobre a organização dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário, na gestão participativa e no exercício do controle social.

Neste curso, o enfoque privilegiado é o da educação popular em saúde (EPS), que encontra suas bases nas experiências desenvolvidas por volta de 1960 por profissionais da saúde, movimentos sociais e intelectuais. O principal teórico e sistematizador desse enfoque foi Paulo Freire, considerado um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial.¹

Alguns fatos históricos do Movimento de Educação Popular

A educação popular surge por volta de 1960 em um contexto histórico de lutas da classe trabalhadora na América Latina. Segundo Paludo, “nasce e constitui-se como ‘Pedagogia do Oprimido’, vinculada ao processo de organização e protagonismo dos trabalhadores do campo e da cidade, visando à transformação social” (2012, p. 283).

Na época da ditadura no Brasil, as experiências de educação popular também sofreram repressão, tendo reemergido nas lutas populares a partir do início dos anos 1980, com o processo de redemocratização do país.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (Pneps-SUS) menciona que:

Em dezembro de 1998, profissionais de saúde e algumas lideranças populares criaram a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, contando com apoio institucional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. (Brasil, 2013, p. 7)

Em 2000 foi criado o Grupo Temático de Educação Popular da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco):

Em 2002, os atores que compõem essa rede encaminharam ao presidente recém-eleito, Luiz Inácio Lula da Silva, uma carta na qual expressaram a intencionalidade política do movimento em participar do SUS. Evidenciava-se a educação popular em saúde como prática necessária à integralidade do cuidado, à qualificação da participação

¹ Para quem tem interesse em aprofundar o conhecimento sobre a obra de Paulo Freire, recomendamos acessar o site do Instituto Paulo Freire, que disponibiliza toda a sua obra: <http://acervo.paulofreire.org>. E também assistir ao vídeo Paulo Freire – uma biografia, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jzUgb75GgpE&NR=1&feature=e>.

e do controle social na saúde e às mudanças necessárias na formação dos profissionais da área. (Brasil, 2012b, p. 7)

Durante os anos seguintes o movimento de educação popular vai avançando, sendo criada em 2003 a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps) e, em 2005, a Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop).

No nível institucional, em 2009, a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde

[...] criou o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cneps) com a missão de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de EPS, bem como, acompanhar o processo de formulação desta política no contexto do SUS. (Brasil, 2012b, p. 8)

A Pneps-SUS é, portanto, uma política do Ministério da Saúde, fruto de um trabalho conjunto entre a instituição e o movimento social.²

O presente Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) é uma das estratégias prioritárias do Plano Operativo Pneps-SUS e está dirigido a 7 mil educandos em 13 diferentes unidades da federação (Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe).

Princípios da educação popular

A educação popular parte do entendimento de que o processo de construção do conhecimento é uma produção histórica e social, resultante da participação e do protagonismo dos sujeitos nela envolvidos. A própria *construção coletiva do conhecimento* fortalece seu caráter *emancipador*. Esse é um exercício de participação que, ao mesmo tempo, possibilita a consolidação da organização coletiva na luta pela

[...] superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos sejam protagonistas por meio da reflexão, o diálogo, a expressão da amorosidade, a criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro. (Brasil, 2012b, p. 17)

A *experiência anterior* é entendida como ponto de partida para a construção dos novos conhecimentos. “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).

² Recomendamos acessar o texto da política na íntegra. Ver: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>.

A experiência prévia e a realidade vivida pelos sujeitos são a base de um processo de análise crítica chamado de *problematização* na busca da identificação das situações-limite, suas causas e potencialidades de transformação.

Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limite vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir. A ampliação do olhar sobre a realidade com base na ação-reflexão-ação e o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização permite que homens e mulheres se percebam sujeitos históricos, configurando-se em um processo humanizador, conscientizador e de protagonismo na “busca do ser mais” (Brasil, 2012b, p. 16).

Outro princípio importante da educação popular é o *diálogo* entre os diferentes sujeitos. O diálogo parte do reconhecimento da existência e da necessidade de interação entre diferentes sujeitos com diversos saberes. Segundo Paulo Freire (1970), não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes. Nesse sentido, os saberes precisam ser complementados.

O diálogo acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade contribuindo com os processos de transformação e humanização. (Brasil, 2012b, p. 14)

O diálogo se faz em uma relação horizontal de respeito, de troca, de colaboração e de abertura para a escuta. E é nessa relação de diálogo que se torna possível a valorização do afeto como elemento estruturante da busca pela saúde. A convivência com a *amorosidade* leva à criação de vínculo, compreensão mútua e solidariedade entre os sujeitos.

Com esta estruturação do processo de constituição do conhecimento pretende-se o fortalecimento da *participação popular* no processo de construção de uma sociedade mais justa. A Pneps, como construção conjunta entre o movimento social e o Ministério da Saúde, reflete esse propósito, ao afirmar que:

A Pneps reafirma o compromisso de construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. (Brasil, 2012b, p. 17)

O Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde pretende fortalecer o espaço de diálogo entre a comunidade, a escola e os serviços de saúde, tendo o agente comunitário de saúde (ACS), o agente de vigilância em saúde (AVS) e o agente de controle de endemias (ACE) como principais sujeitos desse processo educativo. Ainda que o papel educativo faça parte das atribuições de todos os profissionais de saúde, privilegiamos a participação desses trabalhadores por sua atuação focada, sobretudo, no espaço de vida e de trabalho da população.

Este curso é uma das principais estratégias da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Sgep/MS) e dos movimentos de educação popular em saúde para a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS.

Pretende-se 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. (Brasil, 2012b, p. 18)

Ele surge com a perspectiva de favorecer a inserção de segmentos da população historicamente excluídos dos processos decisórios na saúde pública no Brasil, contribuindo para a compreensão da importância da atuação profissional na construção de uma sociedade mais justa e equânime. Pretende 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. Baseia-se em uma metodologia participativa, na qual o conteúdo é debatido e consolidado, entre educadores e educandos, durante todo o processo, possibilitando uma experiência mútua e dialógica de ensino-aprendizagem.

A escolha metodológica adota uma concepção pedagógica baseada na participação, no diálogo e na problematização da realidade vivenciada pelos participantes no contexto do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, o próprio curso deverá ser um espaço para vivenciar a educação popular e uma experiência de diálogo e gestão compartilhada entre educandos e educadores.

Estamos diante de um programa audacioso e comprometido com a possibilidade de reconstruirmos algumas das práticas educativas presentes no SUS. É importante ressaltar que o compromisso com a construção do projeto democrático e popular aponta para a construção de uma sociedade justa, solidária, igualitária, soberana e culturalmente diversa. Essa sociedade somente será possível por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 9 out. 2015.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cneps). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 6 mar. 2016.

_____. _____. Gabinete do Ministro. *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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 6 mar. 2016.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

PALUDO, Conceição. Educação popular. In: CALDART, Roseli Saete et al. (org.). *Dicionário da Educação do Campo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 280-287.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: _____.; SOLLA, Jorge Pereira. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2016.

1.2 Dimensão formativa da experiência: importância e possibilidades da sua sistematização¹

Organizado por: Vera Joana Bornstein

Por que falar da experiência de cada um de nós?

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

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

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

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

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

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

O que é sistematização?

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

Falkembach afirma que a sistematização:

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

Quais os objetivos da sistematização?

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

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

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

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

Quem sistematiza?

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

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

Como sistematizar nossa prática?

PREPARANDO A SISTEMATIZAÇÃO

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

I – Caracterizar a experiência

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

II – Definir o foco da sistematização

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

III – Apresentação dos resultados

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

REALIZANDO A SISTEMATIZAÇÃO

I – Aprofundar alguns conceitos

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

II – Organizar as informações

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

III – Recuperação do processo vivido

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

IV – Analisar a prática

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

V – Síntese das reflexões

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

VI – Conclusões

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

SOCIALIZANDO E REALIMENTANDO A NOSSA PRÁTICA

Este é o momento de pensar em como incorporar à prática os ensinamentos proporcionados pela nossa reflexão e de “socializarmos o que foi aprendido, mostrando erros, acertos e pistas para superarmos e prevenirmos o não desejado e para reforçarmos as conquistas” (Falkembach, 1991, p. 29).

Referências bibliográficas

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

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

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

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

Organizado por: Vera Joana Bornstein

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

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

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

A partir de 1996 o nome Programa Saúde da Família foi substituído por Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando que os programas têm um caráter mais vertical, estabelecido pelo Ministério da Saúde, e estão mais focalizados em determinado problema. O Ministério da Saúde passa a considerar a Saúde da Família como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde no Brasil, visando contribuir para o aprimoramento e a consolidação do SUS.

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

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

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

O ACS é um elemento inovador na equipe de saúde, tanto no Pacs quanto na ESF. Ele é o único componente da equipe que tem como um dos requisitos para a sua contratação a condição de ser

morador da área em que atuará, o que seguramente está vinculado à ideia da aproximação e entendimento das condições de vida da população, de suas características culturais, de sua dinâmica social e familiar.

Ainda que as atividades educativas estejam previstas para serem desenvolvidas por todos os integrantes da equipe de saúde da família, é o ACS o único membro da equipe cujo trabalho está ou deveria estar focado na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e o único a não ter atribuições clínicas. No entanto, Bornstein et al. (2014) concluem que a excessiva normatização do trabalho do ACS, assim como a falta de investimento em sua formação profissional, dificultam o desenvolvimento de atividades educativas, sobretudo aquelas características da educação popular:

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

Ao mesmo tempo apontam que

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

Marcos históricos ressaltados por uma liderança dos ACSs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Todo trabalhador, de qualquer área, precisa ser qualificado, porque precisa prestar um serviço de boa qualidade. Não só o trabalhador do serviço público, mas acho principalmente do serviço público. E o ACS está na ponta. É um sujeito que está lá, ele e a dona de casa. (Ramos, 2007, p. 333)

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

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

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

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

mandou a pessoa de volta procurar o ACS. As pessoas já procuram, normalmente. Quando a unidade manda de volta, é mais cruel ainda, porque a pessoa já esteve lá. (Ramos, 2007, p. 334)

Sobre as principais dificuldades do trabalho do ACS hoje:

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

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

Uma das coisas que influencia muito é o conhecimento. São os seus vizinhos. São pessoas que já te conheciam antes. Aí fica mais fácil de conversar, de estabelecer um clima de confiança. Eles nos encontram com facilidade, pois sabem onde moramos. Defendemos isso na emenda constitucional nº 51. Defendemos também na lei nº 11.350 e vamos continuar defendendo. Por quê? Porque é necessário residir na área. O que não podemos deixar passar é a exigência de que o agente resida na microárea. Há gente defendendo que o ACS tem que residir na microárea. Aí eu acho brincadeira! Não é necessário. Isso é demais. Agora, morar na área em que trabalha, sim. Se não morar na minha comunidade, eu me torno, naquela em que trabalho, a mesma coisa que o médico. Largo às cinco da tarde, vou embora e acabou-se a história. Então, perco essa identidade. Na medida em que eu moro lá, sou parte dela. Por isso, em alguns momentos é difícil separar. Em todo canto, compramos briga com prefeito e secretário, por causa de atenção na unidade, da limpeza que não foi feita ou do carro de lixo que não passou. Mas é muito difícil a gente separar o “eu” morador do “eu” trabalhador. Sou moradora também. Trabalho, sim, mas sou moradora também. Antes do trabalho, já era moradora. Acho que isso une muito a comunidade, cria um elo muito forte entre o ACS e a comunidade. (Ramos, 2007, p. 336)

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

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

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

Quadro 1. Marcos históricos legais relacionados aos ACSs

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

1999	Publicação do decreto nº 3.189, em 4 de outubro, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de ACS, e dá outras providências. Reafirma caber ao ACS o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas.
2002	É promulgada a lei nº 10.507 que cria a profissão de ACS exclusivamente no âmbito do SUS e define os requisitos para o exercício da profissão. Em relação à formação, estabelece a necessidade de conclusão do Ensino Fundamental, o que pode ser considerado um avanço na medida em que se refere a um curso de qualificação básica para a formação de ACS. Nesse sentido abriu a possibilidade de uma discussão sobre esta formação.
2004	Criação do Referencial curricular para o Curso Técnico de ACS, elaborado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação. Estabelece uma carga horária mínima de 1.200 horas, dividida em três etapas. Ao final do processo formativo, os educandos que concluíram o ensino médio receberão o diploma de Técnico ACS.
2006	Publicação da emenda constitucional nº 51, que cria o processo seletivo público para os ACSs e ACEs e estabelece que estes profissionais somente poderão ser contratados diretamente pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios. Promulgação da portaria nº 648/GM/MS, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Em seu Anexo I, estabelece as atribuições de todos os componentes da Equipe de Saúde da Família e da Equipe de Saúde Bucal. Promulgação da lei nº 11.350, que estabelece as atividades e os requisitos para ser ACS e ACE. Reafirma a necessidade do ACS residir na área da comunidade em que atuar, porém esta exigência se dá a partir da data da publicação do edital do processo seletivo público. Estabelece o vínculo direto entre os ACSs e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. Em relação à formação técnica, esta lei significa um retrocesso, visto que pauta somente um curso introdutório e o Ensino Fundamental.
2007	Promulgação da lei nº 11.585, que institui o dia 4 de outubro como o Dia Nacional do ACS.
2008	Publicação da portaria nº 2.662, que institui o financiamento pelo Ministério da Saúde para a formação de 400 horas do ACS.
2011	Publicação da portaria nº 2.488, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Incorpora a flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade. Em relação ao ACS, mantém que este profissional deve desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, porém abre a possibilidade do exercício de atividades dentro da unidade, desde que vinculadas às atribuições definidas.
2014	Publicação da portaria GM/MS nº 314, por meio da qual o Ministério da Saúde fixa em R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) por ACS a cada mês o valor do incentivo de custeio a ser repassado. Publicação da lei nº 12.994, que altera a lei nº 11.350/2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira do ACS e do ACE.

Referências bibliográficas

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

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

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

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

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

Ieda da Costa Barbosa
Grácia Maria de Miranda Gondim
Marcio Sacramento de Oliveira

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

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

Em 1903 a polícia sanitária foi reformulada, passando a atuar diretamente no combate ao mosquito transmissor da febre amarela, o *Aedes aegypti*. A polícia sanitária era muito criticada, pois “adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarílico, inclusive multando e intimidando proprietários de imóveis insalubres a demoli-los ou reformá-los” (Palma, 2003). As brigadas sanitárias eram compostas por diferentes categorias profissionais, inclusive os guardas sanitários, chamados pela população de mata-mosquitos. Estes “percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d’água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos” (Brasil, 2004, p. 17).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Atualmente, há uma enorme quantidade de nomenclatura para designar esse tipo de profissional: agente de endemias, guardas de endemias, agente de controle de endemias, guardas sanitários, agente de vigilância em saúde, agente de saneamento, entre outros. Ao mesmo tempo, existem diversos contratos de trabalho (celetistas, servidores públicos e temporários), além de diferentes vínculos com

instituições estatais (municipais, estaduais e federal) e privadas (organizações sociais, organizações não governamentais, entre outras).

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

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

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

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

Como a formação desses trabalhadores, tradicionalmente, estava restrita a determinada endemia, hoje o trabalho no campo da vigilância em saúde enfrenta o desafio de promover uma atuação orientada pelo conceito ampliado de saúde e capaz de incidir sobre seus determinantes sociais nos territórios.

Contexto atual

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

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

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

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

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

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

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

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

Questões para reflexão

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

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

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

Quadro 1. Linha de tempo ACEs/AVSs.

Final do século XIX	
1886	Reorganização dos serviços sanitários.
1889	Reorganização do serviço de polícia sanitária. Momento de ênfase da vigilância no monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis.

Século XX	
1903	Reorganização dos serviços de higiene sob a gestão do governo federal. Ênfase nas medidas repressivas de vigilância e na polícia sanitária, que foi reformulada e passou a atuar diretamente no combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> . Início das campanhas sanitárias.
1904	Revolta da Vacina: população se revolta contra a vacinação obrigatória, definida pelo governo federal para deter o avanço da varíola.
1916 a 1942	Período de atuação da Fundação Rockefeller no Brasil. Criada em 1913 nos Estados Unidos para promover no exterior o estímulo à saúde pública, suas ações estavam voltadas para o controle das doenças tropicais com métodos de tratamento de baixo custo. Um de seus objetivos no Brasil era o serviço de educação sanitária, que mostrava à população os benefícios das ações de saúde e a necessidade de observar as regras de higiene.
1940	Criação do Serviço Nacional da Febre Amarela (SNFA), marcando a saída da Fundação Rockefeller da campanha contra a febre amarela.
1942	Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). O Sesp reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde a responsabilidade pelas tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Desenvolveu ações para combater, principalmente, a malária e a tuberculose.
1953	Criação do Ministério da Saúde; antes havia somente um Ministério para a saúde e para a educação.
1954	Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (Dneru), que incorporou os programas existentes, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma).
1958	Criação do Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária (Gtem).
1966	Campanha de Erradicação da Varíola. Campanha mundial importante no Brasil para a organização institucionalizada das ações de vigilância epidemiológica.
1966 a 1973	Construção de um sistema nacional para a vigilância e o controle da varíola. Programa Nacional de Erradicação da Varíola.
1968	Criação do Centro de Investigações Epidemiológicas. XXI Assembleia Mundial da Saúde. Ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde. Recomendação de sua utilização não só nas doenças transmissíveis, com o início da discussão internacional sobre a vigilância das doenças não transmissíveis, que se tornou mais forte no Brasil alguns anos depois.
1970	Criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Criação da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde (Dnees). Instalação das unidades de Vigilância Epidemiológica da Varíola em âmbito estadual.
1979	Erradicação global da varíola.
1988	SUS instituído na Constituição Federal.

1990	Criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS). Junção da Sucam com a Fsesp. Definição formal da vigilância em saúde na lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde, que cria o SUS).
1991	Criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi).
1998	Proibição do uso do DDT em campanhas de saúde pública.
1999	As atividades de vigilância epidemiológica, tais como dengue, febre amarela, malária, leishmaniose, esquistossomose, Chagas, peste, bócio, oncocercose e outras, executadas pelo Departamento de Operações (Deope), passaram a integrar o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi). Realização do projeto Vigisus, que objetivou a estruturação de um sistema de vigilância em saúde no âmbito do SUS, por meio de atividades que fortalecessem a infraestrutura e a capacidade técnica dos estados e municípios.
2000	O Ministério da Saúde recomendou a articulação dos serviços de vigilância epidemiológica com a Estratégia Saúde da Família (portarias no 1.399 e no 950, de dezembro de 1999). Marca o início da descentralização das ações de vigilância epidemiológica, com a regulamentação da norma operacional básica 1 (NB-1), de 1996, que definiu as competências da União, estados e municípios na área de epidemiologia e controle de doenças. Início do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar).
Século XXI	
Deslocamento da vigilância das doenças transmissíveis para os agravos crônicos não transmissíveis, vigilância ambiental e vigilância da saúde do trabalhador, assim como para o enfrentamento das doenças emergentes e reemergentes. Epidemia de Aids (década de 1980). Bioterrorismo. Pandemias de gripe.	
2003	O governo federal reintegra ao quadro do funcionalismo público os agentes de saúde pública oriundos da Sucam.
2006	Início do processo de regulamentação da carreira de ACE.
2010	O Ministério da Saúde indica para a integração do processo de trabalho da atenção básica: as ações de vigilância devem ser articuladas às ações da atenção.
2011	Diretrizes e orientações para a formação do técnico de vigilância em saúde.
2012	Publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica, que ressalta a relevância das ações de vigilância em saúde no contexto dos territórios da Estratégia Saúde da Família.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *100 anos de saúde pública: a visão da Funasa/Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf. Acesso em: 12 jun. 2016.
- _____. _____. *Cronologia histórica da saúde pública*. Brasília: Funasa, [s.d.]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>. Acesso em: 26 out. 2015.
- CARVALHO, Cristiana Leite (coord.). *Atribuições dos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador: pesquisa em municípios brasileiros*. Belo Horizonte: UFMG, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2440.pdf>. Acesso em: 26 out. 2015.
- PALMA, Ana. *Oswaldo Cruz*. In Vivo. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=114&sid=7>. Acesso em: 9 set. 2016.
- TORRES, Raquel. Agente de combate a endemias: a construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. *Poli – Saúde, Educação e Trabalho*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 16-17, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Profissao&Num=2&Destques=1>. Acesso em: 4 set. 2015.

1.5 O trabalhador social em saúde

Ronaldo dos Santos Travassos

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

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

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

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

Considerados como trabalhadores sociais, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate a endemias que optam pela mudança, hoje, devem desenvolver suas atividades desde a realidade mais próxima, sem perder de vista o contexto no qual estão inseridos. E tendo como ponto de partida os diversos lugares de sua atuação, tais como, os domicílios, as comunidades, as instituições de saúde, considerando a cultura e a história de vida de cada pessoa.

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

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

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

Referência bibliográfica

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



EIXO II

A educação popular no
processo de trabalho
em saúde

2.1 Da educação sanitária à educação popular em saúde

Grasiele Nespoli

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

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

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

Nessa época, com o desenvolvimento da microbiologia (estudo dos micro-organismos possibilitado pelo avanço tecnológico do microscópio e de outras técnicas de laboratório), os médicos sanitários consideravam a saúde como a “ausência de doença”. Por sua vez, como a doença era entendida como um fenômeno exclusivamente biológico que ocorre na interação do ser humano com a natureza, as políticas de saúde orientavam intervenções no meio ambiente, como matar mosquitos, eliminar ratos e sanear a cidade, e no corpo, principalmente por meio das vacinas e dos hábitos de higiene.

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

Essa concepção nega tanto uma percepção quanto uma análise mais aprofundada da dimensão social do processo saúde-doença, quer dizer, não aborda os problemas de saúde em relação às condições de vida das pessoas, condições definidas pela realidade social, cultural, econômica e política do país, de suas diversas regiões e territórios. Apesar de aceitar que a população mais pobre estivesse

mais sujeita às doenças, a pobreza não era entendida como resultado da forma como organizamos o sistema econômico e distribuímos os recursos necessários à vida. Entendia-se que era preciso acabar com a pobreza e limpar a cidade, para assim eliminar as doenças. Foi com esse objetivo que, no começo do século XX, a cidade do Rio de Janeiro passou por reformas urbanas, deslocando a população pobre para os morros e periferias. Porém “acabar com a pobreza” não significou distribuir a riqueza e sim deixar os pobres à margem da sociedade, afastados das áreas nobres da cidade, tornando-os invisíveis, mantendo-os sob controle.

A educação sanitária, mesmo não tendo em si um posicionamento aberto, estava a serviço da elite brasileira, e se difundia cada vez mais por meio do rádio, cinema, jornais e outros meios informativos, que ajudavam o Estado a limpar e reorganizar as cidades. No âmbito dos serviços de saúde, os trabalhadores faziam o que aprendiam: difundiam normas, padrões e procedimentos que objetivavam o controle dos hábitos de vida dos indivíduos e, assim, instruíam a população a cuidar do lixo, lavar as mãos, usar talheres, tomar banho, tomar remédios, entre outros.

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

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

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

Na perspectiva de Paulo Freire, a educação sanitária é uma forma do que ele chamou de educação bancária, uma educação que acontece de modo unilateral, por meio da transferência de conhecimento ou conteúdo; uma concepção que pressupõe o educando como um recipiente vazio que precisa ser preenchido. “A educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador, o depositante” (Freire, 2005, p. 66).

Educação bancária

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

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

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

As ideias de Paulo Freire foram muito férteis no campo da saúde pública, porque fortaleceram a crítica feita às práticas de educação sanitária e abriram caminhos para a construção de práticas “que diferenciam o sistema público brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde” (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015, p. 94).

Experiências pioneiras

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

Os princípios da educação popular entendem o outro como sujeito que detém saber sobre si, sobre seu corpo, seu modo de vida e cuidado, sua família, seu trabalho, sua comunidade, suas necessidades, entre outros. A educação popular parte também do princípio de que o homem é um ser inacabado, que está em permanente construção e que se constitui nas relações sociais. Segundo Paulo Freire (2005) uma característica central do ser humano é sua histórica vocação de ser mais.

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

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

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

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

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

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

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

Referências bibliográficas

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

VALLA, Victor Vincent. Educação e saúde do ponto de vista popular. In: _____ (org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 7-10.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias; SILVA, Marisia

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

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

Ronaldo dos Santos Travassos

Círculo de cultura: encontro de leitura de mundo

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

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

Círculo de cultura

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

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

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

O educador tem um papel fundamental na condução do círculo de cultura: em primeiro lugar, deve ter atenção para que as atividades não girem em torno de si; logo, não deve ser aquele que tem a pa-

lavra certa, pois ele não é conhecedor de tudo, senão a fala dos outros não teria sentido, e, com isso, seriam anulados e não se sentiriam à vontade para se expressar. Isso não significa que o educador se omita, deixando as falas acontecerem sem uma condução. Sua postura deve ser crítica ao dialogar com as diversas realidades que se apresentam no círculo de cultura.

Quais são os princípios importantes de um círculo de cultura?

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

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

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

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

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

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

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

No círculo de cultura, a prática pedagógica se estabelece pelo diálogo, não como uma técnica de ensino, mas sim pela relação de troca de saberes e experiências, único caminho possível para se chegar a uma síntese de compreensão da realidade. É importante lembrar que o diálogo é realizado como práxis (ação e reflexão) e não como uma simples conversa sobre um problema emergencial. Na educa-

ção libertadora, o diálogo é uma forma de convivência com o outro, influenciado pelo mundo, porque *o ser social* é um ser de relações, ele não vive isolado da realidade.

O círculo de cultura: o lugar do planejamento participativo

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

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

Nessa perspectiva estamos considerando o planejamento participativo como uma forma de luta política que representa uma alternativa ao planejamento autoritário, centralizador e verticalizado que estruturou o sistema de saúde brasileiro. Uma luta de resistência à implantação de um modelo de planejamento rígido, de base burocrática, com restrições à participação popular. Nos planejamentos construídos de forma rígida, ratificam-se ações pré-determinadas por especialistas, com o intuito de justificar eficiência e rapidez na execução das ações, sem diálogo com os principais *atores sociais* envolvidos com os problemas locais.

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

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

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

O planejamento participativo na educação popular em saúde

Diante do que foi exposto até aqui chegamos à conclusão de que outras formas de trabalhar a educação em saúde são possíveis, tanto nas instituições como na comunidade, independentemente das orientações oficiais. Os desafios e tarefas nos colocam diante de uma luta política, caso realmente

acreditemos no potencial das classes populares na construção de uma sociedade mais justa, sem discriminação de raça, etnia, cor, gênero, orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social, poder econômico, crença, religião ou cultura.

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

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. *Cartas a Cristina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____; NOGUEIRA, Adriano. *Que fazer: teoria e prática em educação popular*. Petrópolis: Vozes, 2007.

HENRIQUES, Lucas Fernando Cesar; TORRES, Michelangelo Marques. *Potencialidades*

do círculo de cultura na educação popular. In: ASSUMPÇÃO, Raiane (org.). *Educação popular na perspectiva freiriana*. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009. p. 115-142.

PADILHA, Paulo Roberto. *Planejamento dialógico*. 8. ed. São Paulo: Cortez–Instituto Paulo Freire, 2008.

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

Vera Joana Bornstein
Ronaldo dos Santos Travassos
Luanda de Oliveira Lima
Elomar Castilho Barilli

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

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

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

A partir dos anos 1950, a educação popular no Brasil começa a se constituir, inicialmente como um movimento libertário, direcionado à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.

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

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

No final dos anos 1990, profissionais de saúde e lideranças populares criam a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, que tem como objetivos a formação ampliada de trabalhadores da saúde na perspectiva da educação popular; a apuração da metodologia adequada à conjuntura; a busca de integração mais intensa entre os diversos profissionais e lideranças populares envolvidos em práticas

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

educativas espalhadas na América Latina; e a luta pela reorientação das políticas sociais para torná-las mais participativas.

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

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

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

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

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

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

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

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

A *amorosidade* reconhece a valorização do afeto como elemento estruturante da busca pela saúde e leva ao vínculo, à compreensão mútua e à solidariedade, reconhecendo a subjetividade e a alteridade construídas nas relações entre os sujeitos, reafirmando a autonomia e ressignificando o cuidado em saúde. Busca estabelecer relações de confiança e acolhimento entre as pessoas, possibilitando o conhecimento de dimensões importantes para a estruturação dialogada de práticas de cuidado que incorporam aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população.

A *problematização* propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade, com base na experiência prévia dos sujeitos, na identificação das situações-limite presentes no seu cotidiano e nas potencialidades para transformá-las. Discute os problemas surgidos

nas vivências com todas as suas contradições, valorizando a experiência prévia de cada um. O sujeito, por sua vez, também se transforma devido à ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade, bem como novas formas de atuar sobre eles. Nesse sentido, a problematização surge como momento pedagógico e como práxis social, resgatando potencialidades e capacidades para intervir.

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

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

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

2.4 Círculos de cultura: problematização da realidade e protagonismo popular¹

Vera Lúcia Dantas

Ângela Maria Bessa Linhares

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

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

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

Tendo como princípios metodológicos o respeito pelo educando, a conquista da autonomia e a dialogicidade, os círculos de cultura, tais como foram sistematizados por Freire, podem ser didaticamente estruturados em momentos tais como *a investigação do universo vocabular*², do qual são extraídas *palavras geradoras*³. Esse mergulho permite ao educador interagir no processo, ajudando-o a definir seu ponto de partida, que se traduzirá no *tema gerador geral*, vinculado à ideia de interdisciplinaridade e subjacente à noção holística de promover a integração do conhecimento e a transformação social.

Já a *tematização*⁴ é o processo no qual os temas e palavras geradoras são codificados e decodificados buscando a consciência do vivido, o seu significado social, possibilitando a ampliação do conhe-

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

² *Relação das palavras de uso corrente, entendida como representativa dos modos de vida dos grupos ou do território onde se trabalhará (estudo da realidade)*. Este momento permite o contato mais aproximado com a linguagem, as singularidades nas formas de falar do povo e suas experiências de vida no local.

³ Unidade básica de orientação dos debates.

⁴ A codificação pode se dar por imagens expressas de várias formas – desenho, fotografia, imagem viva – que por sua vez deverão suscitar novos debates. Parte-se da compreensão de que cada pessoa, cada grupo envolvido na ação pedagógica dispõe em si próprio, ainda que de forma rudimentar, dos conteúdos necessários dos quais parte.

cimento e a compreensão dos educandos sobre a própria realidade, na perspectiva de intervir criticamente sobre ela. O importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida.

A problematização representa um momento decisivo da proposta e busca superar a visão ingênua por uma perspectiva crítica capaz de transformar o contexto vivido. A ação de problematizar em Paulo Freire impõe ênfase no sujeito prático que discute os problemas surgidos da observação da realidade com todas as suas contradições, buscando explicações que o ajudem a transformá-la. O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade, e assim sucessivamente. Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Assim, o diálogo se constitui como elemento-chave no qual educadores e educandos sejam sujeitos atuantes. Para Freire (2003), o diálogo possibilita a ampliação da consciência crítica sobre a realidade, ao trabalhar a horizontalidade e a igualdade em que todos procuram pensar e agir criticamente. Com suporte na linguagem comum, captada no próprio meio no qual vai ser executada a ação pedagógica, o diálogo exprime um pensamento baseado em uma realidade concreta. Diálogo, nessa perspectiva, tem a amorosidade como dimensão fundante, contrapondo-se à ideia de opressão e dominação. Situa a humildade como princípio no qual o educador e o educando se percebem sujeitos aprendentes, inacabados, porém jamais ignorantes.

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

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

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

Nesse contexto, segundo Dantas (2010), o círculo de cultura constitui-se lócus da vivência democrática, de formas de pensamento, experiências, linguagens e de vida, que possibilita o estabelecimento de condições efetivas para a democracia de expressões, de pensamentos e de lógicas com base no respeito às diferenças e no incentivo à participação, em uma dinâmica que lança o sujeito ao debate, focando os problemas comuns.

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

Junio Santos

Referências bibliográficas

DANTAS, Vera Lúcia Azevedo. *Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Círculos da Vida em Fortaleza*. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática de liberdade*. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

_____. *O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

2.5 Educação popular como prática social e profissional

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Islany Costa Alencar

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

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

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

Para Melo Neto,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Produz a multiplicação criativa, com base em uma parte/segmento que tem como meta envolver o conjunto da sociedade e a realidade mais geral;
- Produz fermentação social e mobilização política ao fortalecer ações coletivas no enfrentamento dos seus problemas e na construção de soluções que expressem o poder da população;
- Incentiva a construção de espaços de participação popular, gestão democrática e participativa, afirmação da cidadania ativa, ampliação dos direitos e processos de controle social e de democratização do Estado;
- Incentiva e contribui para a construção de processos legítimos de luta pela emancipação e pela vida;
- Anima e apaixona seus participantes porque resgata neles o elemento da identidade e da dignidade (autoestima);

- Mobiliza porque rompe com a situação de dormência e a sensação de impotência, geradas pela dominação e expressas no individualismo, consumismo e fatalismo;
- Compromete as pessoas, em uma dimensão integral da vida, em processos legítimos de luta pela vida para a emancipação das pessoas e na sua afirmação como sujeitos sociais;
- Capacita e qualifica política e tecnicamente os sujeitos por meio da experimentação e apropriação do conteúdo e do método.

Referências bibliográficas

- BATISTA, Maria do Socorro Xavier. *Movimentos sociais e educação: construindo novas sociabilidades e cidadania*. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8. *Anais...* Coimbra: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, v. 1, 2004.
- BONETTI, Oswaldo Peralta; CHAGAS, Reginaldo Alves; SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. A educação popular em saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. *II Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 16-24.
- CALADO, Alder Júlio Ferreira. Educação popular como processo humanizador: quais protagonistas? In: LINS, Lucicléa Teixeira; OLIVEIRA, Verônica de Lourdes Batista de (org.). *Educação popular e movimentos sociais: aspectos multidimensionais na construção do saber*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2008. p. 225-242.
- CALDART, Roseli Salete. *Pedagogia do Movimento Sem Terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. *Agir crítico em nutrição: uma construção pela educação popular*. 2015. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.
- DARON, Vanderléia Pulga. A educação popular em saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. *II Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 123-146.
- MELO NETO, José Francisco de. *Extensão universitária: autogestão e educação popular*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2004.
- PALUDO, Conceição. *Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular*. Porto Alegre: Tomo, 2001.



EIXO III

O direito à saúde e a
promoção da equidade

3.1 Promoção da equidade no SUS: o direito à diversidade

Irene Leonore Goldschmidt
Oswaldo Peralta Bonetti
Etel Matiolo

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

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

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

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

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

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

Os dois primeiros são mais fáceis de entender: a universalidade garante o acesso universal à saúde – ou seja, todos os brasileiros e as brasileiras, independentemente da sua condição, têm esse direito. Por sua vez, a atenção à saúde deve ser integral, garantida pelo acesso a todos os níveis de atenção e pelo cuidado às pessoas em suas necessidades. O conceito da integralidade é entendido, assim, como uma ação

em múltiplos planos, para que o cuidado aconteça. Vale refletir que a integralidade tem íntima relação com a autonomia, pois cada cidadão e cada cidadã tem o direito de escolher a forma terapêutica com que é cuidado, como também tem capacidade para cuidar de si e do outro. O que se quer dizer é que, sem desmerecer a importância e essencialidade do trabalho disposto nos serviços de saúde, precisamos fortalecer a dimensão do cuidado na sociedade como um todo, fortalecendo o que Valla (1999), uma das referências mais expressivas da educação popular no campo da saúde, considerava como apoio social.

Já a equidade, o que será? O princípio de equidade, atualmente muito defendido no âmbito das políticas de saúde, não aparece nos textos da Constituição Federal nem da Lei Orgânica da Saúde, visto que o momento de formulação do marco legal do SUS foi caracterizado pela luta pela redemocratização da saúde, quando as noções de cidadania e igualdade eram centrais (Lopes e Matta, 2014). Todavia, a ideia de igualdade pode ocultar um problema: o que significa garantir o direito de todos à saúde de forma igual, se os cidadãos (ou as populações) são sujeitos que possuem necessidades diferentes?

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

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

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

Ao reconhecer as situações de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep), atendendo às reivindicações de segmentos populacionais específicos, instituiu políticas de promoção da equidade (Brasil, 2013a).¹ Estas políticas visam garantir o direito à saúde de pessoas e populações que vivem em situações de vulnerabilidade social, por meio de estratégias de enfrentamento às dificuldades de acesso apresentadas por esses grupos populacionais, determinadas, entre outras coisas, por práticas de opressões, intolerâncias e preconceitos, das quais se destacam o racismo, o machismo e a homofobia.

Além das políticas de saúde integral para as populações vulneráveis, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS em 2007, o ParticipaSUS, que prevê, entre outras coisas, espaços de participação de populações vulneráveis na gestão do SUS. Nesse sentido, considerando a importância da participação social, essas políticas foram formuladas e

¹ São elas: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009; Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2011; e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2011.

têm sido implementadas *com* as populações e não *para* as populações, por meio dos comitês, câmaras técnicas e grupos de trabalhos voltados para a promoção da equidade, que estão em fase de descentralização nos estados e municípios. Por intermédio desses espaços de participação, tem sido ampliada a escuta sensível do poder público em relação às demandas de cada segmento, como também tem sido estimulado o protagonismo popular na luta pelo direito à saúde.

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

População em situação de rua

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

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

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

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

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

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

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

No sentido de garantir o direito à saúde dessa população, foi publicado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, por meio da resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 (Brasil, 2013b). Essa resolução define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua no âmbito do SUS.

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

População negra

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

Ainda que o racismo seja crime no Brasil desde 1989,¹ ele ainda persiste sob formas muitas vezes veladas, e é aceito e reproduzido com naturalidade na sociedade. Porém, ao analisarmos alguns dados relativos à pobreza, à mortalidade e à criminalidade, por exemplo, percebemos que o racismo no Brasil é estrutural e institucionalizado, uma vez que possui fortes raízes históricas.

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

Em relação à pobreza, “negros correspondem a 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre” (Brasil, 2013c, p. 13). Em relação à saúde, “o risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco” (Brasil, 2013c, p. 14).

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

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

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

¹ A lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, define os crimes resultantes de preconceito de raça e cor.

Populações do campo, das florestas e das águas

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

Quilombolas

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

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

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

Camponeses

O latifúndio (fazendas e engenhos de grande extensão) no Brasil data da época do Império. Este modelo de propriedade rural foi a raiz para a atual situação de desigualdade social e territorial existente. Ao longo de cinco séculos houve muitas lutas e resistência popular, e nos momentos mais democráticos da nossa história, quando o povo pôde se expressar, sempre foi levantada a bandeira da reforma agrária. Na década de 1960, o regime militar reprimiu fortemente essas aspirações, implantando um modelo agrário concentrador e excludente da pequena agricultura familiar, expulsando os camponeses, incentivando a produção agrária por grandes empresas (agronegócio) com uso intensivo de venenos e agrotóxicos, concentrando não apenas a terra, mas também os subsídios financeiros para a agricultura.

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

Indígenas

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

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

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

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

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

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

População LGBT

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

A orientação sexual de um ser humano é uma questão de natureza íntima. A liberdade de ser e viver como se deseja é condição para uma vida feliz e equilibrada, e ninguém deve ser penalizado, ridicularizado, humilhado, ferido ou assassinado pelo que é, ou porque apresenta uma orientação sexual

diferente do padrão socialmente normatizado ou hegemônico. O Ministério da Saúde reconhece seu compromisso com a promoção da saúde a partir do respeito às diferentes identidades de gênero e ou orientações sexuais e afetivas.

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

Para refletir

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

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

Considerações finais

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

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

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

Referências bibliográficas

- AFFONSO, Julia. *Brasil tem uma morte de homossexual a cada 26 horas, diz estudo*. UOL Notícias, 10 jan. 2013. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/01/10/brasil-e-pais-com-maior-numero-de-assassinatos-de-homossexuais-uma-morte-a-cada-26-horas-diz-estudo.htm>. Acesso em: 1º ago. 2016.
- AZEVEDO, Marta Maria. O Censo 2010 e os povos indígenas. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (org.). *Povos indígenas no Brasil 2006/2010*. Instituto Socioambiental, 2011. [on-line]. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quantos-sao/o-censo-2010-e-os-povos-indigenas>. Acesso em: 31 jul. 2016.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php. Acesso em: jul. 2016.
- _____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano Operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. _____. _____. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- _____. _____. Gabinete do Ministro. *Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013*. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em: 1º set. 2016.
- _____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
- _____. _____. _____. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.
- _____. _____. _____. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. *Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014*. Brasília: Mi-

nistério da Justiça, 2015. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002329/232972POR.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2016.

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

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA (INCRA). (Portal). *Quilombolas*. [on-line]. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/estrutura-fundiaria/quilombolas>. Acesso em: 31 jul. 2016.

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

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

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

3.2 As dimensões culturais e a educação popular em saúde

Julio Alberto Wong Un

Para a educação popular as múltiplas dimensões e significados da *cultura* sempre foram centrais e estratégicos. *Centrais* porque, desde o seu começo, nos anos 1960, nos *círculos de cultura*¹ (Brandão, 2002), no trabalho cultural, na ideia de *cultura rebelde*² (Brandão e Assumpção, 2009) e em outras propostas, a reflexão e a vivência da cultura esteve sempre presente na construção histórica dos processos sociais da educação popular. E *estratégica* porque os movimentos de cultura popular e as experiências de cultura e artes populares desde o começo foram formas de ação política transformadora, de resistência e de aproximação com os mundos populares.

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

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

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

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

¹ A educação libertadora freiriana começou com a alfabetização de adultos. A equipe de Paulo Freire elaborou a metodologia dos círculos de cultura, na qual, por meio de uma reflexão crítica sobre a realidade, os participantes se alfabetizavam em diálogo. Aprender a ler era também um exercício crítico sobre a realidade de opressão vivida pelos participantes. Era a leitura do mundo para transformá-lo.

² A proposta de cultura rebelde é explicada por Carlos Brandão no livro de mesmo nome (Brandão e Assumpção, 2009). Ela foi desenvolvida pelos primeiros movimentos de cultura popular apoiados pelo grupo de Paulo Freire na década de 1960. É uma compreensão da arte e da cultura como expressões de uma intencionalidade política e pedagógica de transformação de realidades injustas. Ao partir de expressões culturais populares, a cultura seria objeto de um trabalho político-cultural de construção e fortalecimento; portanto, cultura rebelde.

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

Muitas expressões da vida social são configuradas pelas várias culturas que existem, se criam e operam em todo o território. As culturas são caminhos, formas de fazer, estilos de viver (Geertz, 1989). E cada pessoa, cada comunidade ou cada grupo cultural tem o direito de que essas formas de ser e viver existam, sejam respeitadas e valorizadas, e que sejam reconhecidas como formas tão valiosas quanto as hegemônicas, e não consideradas apenas coisas de “pobres”, “atrasados”, “minorias” ou “subalternos” que devem ser toleradas. Como diz Brandão:

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

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

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

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

Não é por acaso que desde o começo da educação popular se propuseram *círculos de cultura*, se constituíram movimentos de *cultura popular* e se delineou a reflexão sobre a *ação cultural* que Freire expôs mais profundamente no livro *Ação cultural para a liberdade e outros escritos* (2015). A educação freiriana nutriu-se da visão de uma *cultura militante e rebelde* (Brandão e Assumpção, 2009), e, ao mesmo tempo, a aprofundou e fortaleceu. Essa visão foi se misturando com as culturas populares existentes – tradicionais e contemporâneas. Em muitos lugares, antes da educação popular, essas

culturas eram desvalorizadas e até reprimidas por representarem as classes populares, sendo consideradas, depreciativamente, culturas inferiores ou “baixas”.

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

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

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

Mesmo que não tenhamos clareza sobre a ideia de cultura, pensamos e falamos sobre ela o tempo todo. As culturas influenciam o que somos; mesmo sem percebermos, estão presentes no nosso cotidiano. Pautam nossas formas de fazer como cidadãos e como profissionais e definem como nos relacionamos uns com os outros. Muitas das nossas opiniões, visões e valores se formaram nesse grande caldeirão que é a cultura. Por exemplo, o gosto pela comida, pela música, por determinados meios de comunicação, ou por determinadas formas de lazer e de convívio social, são todos aspectos culturais relevantes para nossa atuação como profissionais da saúde. E, ainda, as nossas opiniões e julgamentos, nossas opções e a forma como avaliamos e analisamos um fato são determinadas pela nossa história cultural, tanto individual quanto coletiva. Assim, é importante levar em consideração as culturas locais para pensar, planejar e realizar nossas práticas no território.

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

Uma forma usual de pensar a cultura é dizer que algumas pessoas teriam *mais* cultura do que outras. Isso estaria relacionado à escolaridade ou à educação formal. Um *doutor*, por exemplo, seria mais “culto” do que um pedreiro sem “instrução”. Assim, com base nessas formas de “classificação social”, legitimadas pela sociedade, se estabelece uma hierarquia de pessoas e se definem seus papéis sociais e funções. Aqueles que têm diploma seriam mais cultos do que aqueles sem diploma, e algumas profissões, tradicionalmente, seriam mais valorizadas do que outras. Vemos aqui que a “cultura” pode ser

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

usada como forma de classificação e de acesso a determinados bens e círculos de poder. O lugar que a pessoa e as classes sociais ocupam dentro das hierarquias culturais acaba definindo também seu lugar no mundo. Muitas lutas e esperanças estão voltadas para modificar essas classificações, que negam direitos e geram preconceitos, violências e sofrimento, fortalecendo os grupos hegemônicos da sociedade.

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

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

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

Nas décadas de 1960 e 1970 foram muito criticados os produtos de massa, populares no sentido amplo, por serem consumidos massivamente pelos setores populares. Pensava-se, naquele tempo, que as pessoas eram vítimas passivas desses “mostrengos” culturais. E as pessoas mais politizadas de esquerda torciam o nariz diante de músicas, por exemplo, do Reginaldo Rossi ou do Wando, ou de quadrinhos do Zéfiro, ou de produtos musicais ou teatrais da Rede Globo, considerados produtos de menor qualidade. A cultura de massas seria alienante e alienada. Ela seria uma imposição fabricada – um exemplo conhecido é o Papai Noel vermelho que foi criado pela Coca-cola no começo do século XX; outro exemplo é a definição de datas comemorativas para aumentar as vendas no comércio; ou a cultura de *glamour* em torno do uso do cigarro, de bebidas alcoólicas ou produtos de marca.

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

Porém, como acontece quase sempre no mundo social e nas interpretações que surgem e predominam sobre ele, depois de algumas décadas novos olhares foram surgindo. Nos anos 1980, diversos so-

ciólogos e pesquisadores dos estudos culturais mostraram a importância de se mudar o foco daquilo que era oferecido (os produtos da cultura de massa, como os discos de Nelson Ned, da Xuxa, do Balão Mágico, da Mara Maravilha, entre outros) para as formas como as pessoas usavam essas ofertas culturais – sejam as da cultura de massa, sejam as das culturas populares engajadas. Esses novos autores valorizavam as estratégias de transformação que as pessoas exerciam com os diversos produtos culturais (Martín Barbero, 2006). Diziam que não existia de fato passividade nem calmarias absolutas (Starn, 1991). E que as pessoas sempre estavam criando formas de resistência às opressões. Mesmo que o intuito do produto de massa tivesse sido alienante (ou revolucionário) a forma com a qual as culturas lidam com ele era sempre ativa, crítica. Mudou-se a forma de ver as pessoas: de seres passivos para seres ativos, sempre negociando e avaliando aquilo que iriam decidir ou fazer – mesmo que suas lógicas diferissem das “esperadas” por militantes e intelectuais.

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

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

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

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

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

Mas como a educação popular enxerga o popular? Nos primeiros tempos da educação, criaram-se dispositivos reflexivos e políticos de “cultura rebelde” ou de “resistência” que procuravam a construção de culturas socialistas, sempre com respeito pelas culturas populares locais. Em uma segunda fase, muitos cientistas sociais se identificaram como educadores populares – é o caso do já citado

Carlos Brandão – e empreenderam estudos muito especiais e respeitosos, aprendendo com as culturas populares tradicionais (rurais, camponesas, migrantes) e contemporâneas (misturas, miscigenações, formas urbanas), resultando em novas compreensões do “popular”, como as de Victor Valla. Uma terceira fase se deu com a aproximação às formas culturais produzidas pelos grupos periféricos urbanos, rurais e por outros movimentos sociais. A visão da educação popular está sempre se ampliando, mudando para incorporar a complexidade do mundo. E se alguma missão nos legou Paulo Freire foi a de não copiá-lo, mas recriar sempre seu pensamento e suas percepções.

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

Um exemplo: Victor Valla gostava de dizer que os profissionais viviam em *crise permanente*. Uma crise que causava sofrimento e raiva, mas que também nos colocava em um lugar simbólico separado da população... Que nos afastava e, aparentemente, nos protegia de erros ou gafes cometidos. Os profissionais sentem que têm a razão, que possuem um saber tecnicamente superior que os legitima. Essa crise é a de não compreender, não entender, nem escutar os saberes da população: uma *crise de interpretação*. Segundo este educador em saúde, sempre que nos aproximamos da população partimos da nossa visão de mundo. E a partir dela julgamos o outro como inferior, alguém que é “menos do que nós”. Isso impede qualquer diálogo verdadeiro; e levaria a impasses, distanciamentos, e diversas formas de afastamento que impossibilitam não somente processos de educação, mas também convivências terapêuticas e a efetividade dos profissionais e do serviço como um todo (Valla, 2014).

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

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

Muitas e muitas coisas poderiam ser escritas sobre como a educação popular lida com as várias culturas em um determinado território. Mas nem tudo cabe em textos. Mais importante é refletir em grupo e pesquisar o mundo ao redor. E muito mais valioso é percorrer o território, visitar, observar, conversar, dar

risada, se emocionar ou se revoltar com as dores e sofrimentos das pessoas, junto com elas.

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

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

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

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

Referências bibliográficas

- ALVES, Rubem. *Educação dos sentidos e mais*. Campinas: Verus, 2005.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *A educação como cultura*. Campinas: Mercado das Letras, 2002.
- _____; ASSUMPÇÃO, Raiane. *Cultura rebelde: escritos sobre educação popular ontem e agora*. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009.
- _____. *História do menino que lia o mundo*. São Paulo: Expressão Popular, 2014.
- BURKE, Peter. *Cultura popular na Idade Média*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2010.
- CANCLINI, Néstor García. *Culturas híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade*. São Paulo: Edusp, 2013.
- DAMATTA, Roberto. *Carnavais, malandros e heróis*. São Paulo: Rocco, 1997.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- _____. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. Rio de Janeiro–São Paulo: Paz e Terra, 2015.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- KOTTAK, Conrad Phillip. Cultura. In: _____. *Um espelho para a humanidade: uma introdução à antropologia cultural*. São Paulo: McGraw-Hill–Penso, 2013. Cap. 2: Cultura, p. 43-67.
- MARTÍN BARBERO, Jesús. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- OSOWSKI, Cecília Irene. Cultura. In: STRECK, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (org.). *Dicionário Paulo Freire*. 2. ed. ampl. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 98-101.
- STARN, Orin. *Reflexiones sobre rondas campesinas, protesta rural y movimientos sociales*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1991.
- VALLA, Victor Vincent. Procurando compreender a fala dos setores populares. In: VALLA, Victor; ALGEBAILLE, Eveline; GUIMARÃES, Maria Beatriz (org.). *Classes populares no Brasil: exercícios de compreensão*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. p. 91-104.
- _____. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 35-48.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

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

Julio Alberto Wong Un

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

Espírito e espiritualidade. Religião e religiosidade. Fé e confiança. Esperança e espera. Amor, ternura e afago. Nada é mais humano do que o invisível. Fechar os olhos e beijar longamente. Sentir que o tempo para ou fica lento, como nos efeitos visuais dos filmes. Receber no colo a filha recém-nascida, embrulhada em panos suaves, se mexendo apenas, quietinha, quentinha. Emocionar-se. E, tão somente piscar e já vê-la fazendo 13 anos: sentir a bondade da vida nos agradecer. Ver o filho conduzir um coral e sentir que, impertinentes, os olhos começam a se molhar de orgulho, emoção e alegria. Ler no fim do dia, já de volta para casa, um poema do Thiago de Mello ou da Cora Coralina e sentir que as dores e desgastes da nossa longa jornada como profissionais e cidadãos vão se acalmando, aliviando. Ver nosso time jogar com alma e alegria, como faz tempo não víamos. Pegar a caneta para escrever para nós mesmos, depois de ter ninado e colocado para dormir as filhas adolescentes, com a certeza de que, a cada dia, elas – e nós – mudamos sem parar; mas que algo permanece, como o encantamento inicial, aquele do dia do primeiro encontro, poucas horas depois de terem chegado ao planeta, respirado, e já começado a transformar profundamente, como por alquimia ou magia, o entorno, o nosso mundo todo. Ou então, refletir de forma leve e alegre com os amigos e colegas sobre nosso cotidiano, seus desafios, as opressões e maldades, e as formas de contorná-las... Transformar o mundo do sonho na ação e o da ação no sonho. Ainda, conversa de bar, conversa de caminhada pelas montanhas ou pelos parques... Subir e descer ladeiras com quem se ama, jogar conversa fora e sonhar e sorrir juntos. Ou também, roda ou círculo de estudantes sentados na grama, acreditando, se encantando, mudando o mundo, sem sequer pensar em cargos, conchavos, negociações: instantes da juventude que irão gerar nostalgia eterna. Ou, no nosso trabalho, sentir a beleza de ter consolado, cuidado, apoiado; ou ter sofrido junto, e ter se solidarizado com as pessoas das comunidades e dos territórios que procuramos servir.

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

Imagens. Somente imagens. Algumas. Você deve ter muitas mais, e diferentes. São exemplos e possibilidades do invisível que também somos nós mesmos e, óbvio, que faz das pessoas que acom-

panhamos e cuidamos, seres complexos, feitos de muitas formas de viver, pensar, acreditar, sentir, querer e fazer. Nosso cotidiano no mundo da saúde é assim: no mínimo, um imenso desafio.

É essa a vida do Espírito Humano. Nossa vida. Espírito inquieto, sempre querendo ser mais – com *vontade de ser mais*, como gostava de dizer Paulo Freire (2002b). Ir além de nós mesmos, do que hoje somos, da nossa circunstância, dos nossos problemas, deficiências e desafios. Com essa fome e sede que nunca cessam. Não se conformando com as opressões, nem com as paralisias, nem com as formas congeladas e cruéis que destroem e matam. Mesmo reconhecendo que o sistema global de opressão e produção de sofrimento social é muito poderoso e implacável, produzindo consumidores cegos e sem crítica, criando e fortalecendo a maldade e a crueldade que significa lucrar e ter poder produzindo sofrimento, roubando e sendo corrupto, a educação popular em saúde opta pela humanidade criativa, justa, que se projeta em um mundo menos injusto e mais equitativo.

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

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

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

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

A experiência do espiritual humano, tão ampla como sugerida aqui pelas imagens mencionadas no começo, é possibilidade e direito de todos e todas. É como o direito de sonhar e fazer acontecer. As pessoas podem compreender e experimentar a *espiritualidade* de tantas maneiras... Muitas das quais poucos compreenderão. Temos uma tendência a separar, afastar ou rejeitar aquilo que não entendemos, as formas de viver o invisível que não se encaixam perfeitamente naquilo em que acreditamos, nas nossas convicções. E como profissionais da saúde, e mais ainda trabalhando e convivendo com a população nos próprios territórios em que habitam, na atenção básica, é imperativo trabalhar para ampliar nossos sentidos, percepções e compreensões – tanto do cultural quanto do espiritual.

A educação popular aposta nisso, e, diariamente, vão se construindo aproximações e diálogos entre as diversas formas de ver e viver esse mundo de invisíveis tão presentes no nosso cotidiano e que, com certeza, influenciam nosso trabalho, suas lógicas, os resultados e mesmo situações tão controversas nas quais a “qualidade” é medida pela “produção”.

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

Há uma tradição na educação popular que relaciona a espiritualidade não somente às formas culturais de vivência e expressão da dimensão religiosa - chamada *religiosidade popular* ou *fé popular*, mas também aos movimentos sociais, pastorais e religiosos considerados *populares* (no sentido de “opção pelos pobres” na concepção da cultura rebelde, como mencionado no texto **3.2 As dimensões culturais e a educação popular em saúde**, ou de manifestações de grupos subalternos/populares). A dimensão espiritual tem acompanhado a caminhada de mais de sessenta anos da educação crítica freiriana pelo mundo.

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

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

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

Acolher, sinceramente, as formas como as pessoas experimentam o que aqui amplamente chamamos espiritualidade humana é abrir um conjunto de portas para melhorar nossa atuação e nossa compreensão. E é abrir a possibilidade, sempre valiosa, de aprendermos com a população, com seus sentimentos e sabedorias, mas também com suas contradições e sofrimentos. Via de mão dupla: transformamos e somos transformados. O *quanto* e o *como* dessas transformações dependerá de como somos, vivemos e interagimos. Não há regras únicas nem padrões simples.

Viver a nossa espiritualidade no trabalho em saúde não significa tentar impor nossas ideias e crenças, ou convencer os outros que nossa visão das coisas é a melhor, ou é superior, ou é mais próxima da

verdade – seja ela religiosa ou não. É aprendermos a ser inclusivos, é aprendermos com os outros no simples cotidiano, no tempo sem brilho, com aquilo que normalmente passa despercebido.

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

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

Referências bibliográficas

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

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

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

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

Julio Alberto Wong Un

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

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

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

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

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

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

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

Vale lembrar que as artes, como sugerido no texto **3.2 As dimensões culturais e a educação popular em saúde**, podem fazer também parte de máquinas de produção de dinheiro, orquestradas

pelas grandes corporações, impondo produtos para consumo rápido e descarte. As artes muitas vezes estão ao serviço das opressões, das formas autoritárias ou ditatoriais, bajulando, elogiando ou mesmo escondendo conflitos e contradições. A arte – seja qual for sua expressão – marca e é marcada pela política e pelas formações econômicas e culturais.

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

Em contraposição, para a educação popular, as artes em todas as suas formas não são apenas a expressão da nossa necessidade fundamental da experiência da beleza, do lazer e da alegria. As artes produzem saberes e verdades por caminhos diferentes, tão valiosos e politicamente transformadores como seriam outras formas de conhecimento – como a política, a ciência e as práticas cotidianas. Nesse sentido, a arte tem um papel cultural e político que pode fortalecer as lutas pela cidadania, além de estimular desenvolvimentos pessoais e coletivos que permitem enxergar iniquidades, desrespeito a direitos, ou, ainda, valorizar os fatos e feitos positivos de uma população, suas lideranças e seus artistas. Arte, então, é também uma forma de construir cidadania e lutar pelos nossos direitos.

As artes por todas as partes

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

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

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

O encontro clínico – de cuidado, cura ou consolo – pode ser considerado arte (Stewart et al., 2010). Arte de fazer e de criar. O encontro pedagógico, cuidadoso, pleno de escuta e de diálogos verdadeiros, também. Antigamente, todos os fazeres podiam ser vistos como artes. Por isso a expressão “artesão”, ou “artes e ofícios”. Cozinhar, construir moradias, fazer móveis, construir instrumentos musicais, fa-

zer brinquedos e bonecos, entre outras atividades, tudo era arte. Afinal, viver, amar, construir futuros, tudo tem, ou deveria ter, uma dimensão de arte. *Poiesis*, origem da palavra poesia, quer dizer criação, fabricação. Os marceneiros, por exemplo, eram poetas, criadores de móveis.

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

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

O escopo das artes

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

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

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

O certo é que a arte nos acompanha em todos os instantes das nossas vidas. Seja nas *artes de fazer* (nossas vivências como cidadãos, profissionais, membros de uma comunidade ou vizinhança), seja nas artes mais reconhecidas: fazer música, pintar, fazer parte de um grupo de teatro, cantar em um coral, alimentar um blog, entre outras. A arte pode estar presente ainda quando ninamos nossos

filhos com uma música tão antiga que, talvez, nossas mães cantassem para nos fazer dormir. Muito frequentemente, ela também nos acompanha enquanto consumidores de artes: leitores, ouvintes, expectadores, cantores amadores, cantarolando sozinhos pela rua ou em casa.

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

Por que fazer arte?

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

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

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

Os processos de criação

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

das, românticas. E tudo aquilo produzido pelas “lentes” da arte cairia na esfera da mentira, da ficção.

Entretanto, como bem sabe todo aquele que aprende qualquer arte (as *artes do cuidado* incluídas aqui), a técnica (a velha *tekné* grega) faz parte importante do aprendizado e do exercício das artes – treinamento, repetição, procedimentos, técnicas específicas para resultados especiais. E ainda, planejamento, lidar com os erros e fracassos. Lembremos a imagem do mestre artesão formando seus aprendizes. Eles aprendem fazendo, desde as tarefas mais simples até as mais complexas. Arte é prática, treino e repetição, uma forma de afirmar que a partir da habilidade – manual, mental, imaginativa e intuitiva – se pode empreender a tarefa da construção e constituição de belezas. Essa é a dimensão social das artes – constituídas culturalmente e historicamente, em relação a processos econômicos e sociais, feitas por grupos de pessoas que convivem entre si, em processos de aprendizagem. Temos que considerar também a singularidade de cada artista, o gênio inesperado, a grande arte revelada – como um Mozart de 5 anos, ou um Cartola quase analfabeto produzindo harmonias e versos maravilhosos, ou muitos outros. Nem as ciências sociais nem as humanidades – e menos ainda a economia ou a política explicam e circunscrevem as artes. Arte é também *voar fora da asa, ser inusitado, inesperado, ave* (Barros, 2010).

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

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

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

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

As artes na educação popular em saúde – manual de uso

Este subtítulo é uma *pegadinha*, uma piscadela brincalhona. Como você já deve ter percebido, na educação popular não há manuais nem receitas. Há atitudes éticas, políticas e estéticas que guiam o fazer cotidiano. Há respeitos e indignações (aspectos éticos); vontades de ir além da condição humana atual e de transformar o mundo (aspectos políticos); e uma centralidade no fazer baseado nos afetos e ternuras, no compartilhamento de vivências, na construção diferenciada de relações com as pessoas, sejam colegas, pacientes, vizinhos, e na aproximação sensível, intuitiva e poética ao fazer cotidiano em saúde (aspectos estéticos).

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

Mesmo expressões rejeitadas por alguns grupos sociais podem ser objeto de formas criativas e críticas no trabalho da educação popular. Por exemplo, o *funk* ostentação, a música tecnobrega, os

quadrinhos eróticos, os grupos de *rock* pesado, ou expressões da cultura *pop* muito sexualizadas e machistas, entre outras. Com base nelas, em diálogo crítico, podemos também empreender processos de educação e mudança social, mesmo que esta afirmação pareça descabida.

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

Concluindo

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

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

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

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

Referências bibliográficas

- BARROS, Manoel de. *Poesia completa*. São Paulo: Leya, 2010.
- CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- FREI BETTO. *A obra do artista*. São Paulo: Ática, 2003.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- STEWART, Moira et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010.



EIXO IV

Território, lugar de história
e memória

4.1 História e memória coletiva

José Mauro da Conceição Pinto

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

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

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

Caros educadores e educandos, vocês conseguem se lembrar de algum fato da sua história local, recente ou antigo, no qual o povo comum, a população em geral, tem seu papel diminuído, ou sequer é mencionada? Com base nesta breve reflexão, como vocês explicariam este fenômeno?

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

Entende-se história como a explicação (narração) de um acontecimento, fenômeno, evento ou fato. Essa narrativa é feita por alguém. Assim, o que se apresenta não é exatamente o ocorrido, mas uma seleção, simplificação, organização para explicar o ocorrido. Desse modo, você deve ficar bem

atento, pois a narrativa que se lê é sempre o olhar de alguém sobre um fato selecionado, simplificado e organizado por esse alguém que, mesmo tendo vivido o fato/acometimento, não possui a compreensão de sua totalidade. Seja devido à distância dos fatos, seja por sua proximidade, uma narrativa será sempre incompleta e terá a visão do narrador sobre o fato em questão.

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

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

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

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

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

Introdução ao conceito de memória

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

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

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

A memória individual se desenvolve por meio do convívio do indivíduo com os vários grupos com os quais mantém relações ao longo da vida. Essa memória apoia-se em um passado vivido

pelo grupo com o qual o indivíduo se identifica, mesmo que ele próprio não o tenha vivido. Desta relação indivíduo-grupos surge a construção de uma narrativa sobre o passado, feita pelo indivíduo (memória individual).

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

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

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

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

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

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

Para tornar mais fácil perceber a disputa política entre história e memória coletiva, sugerimos que assistam ao filme *Narradores de Javé*. O filme se passa em um povoado fictício chamado Javé, que está prestes a ser inundado para a construção de uma hidrelétrica. Para mudar o fim trágico de sua cidade, os moradores de Javé resolvem buscar uma solução. Eles elegem emissários que devem ir à capital a fim de saber o que podem fazer para salvar a cidade. Com base na resposta recebida, resolvem escrever sua história, a fim de transformar o local em patrimônio histórico a ser preservado. O único

adulto alfabetizado de Javé, Antônio Biá, fica incumbido de recuperar a história e transpor para o papel de forma “científica” as memórias narradas pelos moradores. O filme se desenrola com Biá tentando o impossível: construir uma história a partir de cinco versões diferentes sobre o mesmo fato, o surgimento de Javé. Educadores e educandos, fiquem atentos para o modo como Biá, que representa o historiador, age com relação à produção da história: diante de tanta impossibilidade, ele só consegue, ou pensa conseguir, cumprir sua encomenda, após o abandono da cidade e a busca por uma nova paragem. Nesse momento, Biá encontra o caminho para escrever a história de Javé, pós-inundação, o marco inicial de uma história que estará começando.

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

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

Referência bibliográfica

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

4.2 Território: lugar onde a vida acontece

Maurício Monken

Grácia Maria de Miranda Gondim

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

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

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

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

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

Desde então, os sistemas e a rede de serviços de saúde se organizaram, progressivamente, em base territorial, tendo lógicas e ordenamentos espaciais bastante diferentes. É somente com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, que se consolida a reflexão sobre o funcionamento e a organização dos serviços de saúde e de sua base territorial de atuação junto à população, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação territorial para a saúde (Gondim et al., 2008).

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

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

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

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

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

O território possui diferentes dimensões ou formas de uso. Ao analisarmos esses espaços para compreender a saúde e a doença, é fundamental observar o que ocorre nas esferas jurídico-política, ambiental, social, cultural, econômica e até mesmo na esfera subjetiva ou dos sentimentos que se desenvolvem no território. É a dimensão jurídico-política que dá suporte à lógica do Estado-nação, efetuando sua ligação com a sociedade e com o território, por meio de relações de poder.

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

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

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

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

As regras, leis e os estilos de vida são formas de se viver no dia a dia e fazem parte da vida da população. São códigos e valores compartilhados que afetam a conduta das pessoas criando inclusive, culturas de comportamento que vão dizer o que se pode ou não fazer, o que se deve vestir e em que hora do dia, em quais espaços públicos as crianças podem brincar, em que lugar do território se pode ir sem correr riscos de qualquer tipo, e outras diversas formas de condutas do cotidiano (Monken, 2008).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências bibliográficas

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

MONKEN, Maurício. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desen-

volvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (org.). *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 141-164. (Saúde e Movimento, 6).



EIXO V

Participação social e
participação popular no
processo de democratização
do Estado

5.1 Participação popular ou participação social: qual é a diferença?

Ronaldo dos Santos Travassos

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

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

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

A participação tem sua origem nos movimentos sociais populares

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

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

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

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

Com o golpe militar de 1964, o país viveu 21 anos de regime militar, período que se denominou “os anos de chumbo”, com o desaparecimento daqueles que a ele se opunham. Chamado pelos militares de “Revolução de 64”, o regime não produziu nenhuma mudança na política econômica ou social em

benefício das classes populares. Pelo contrário, comprometeu todo um processo de identidade social brasileira e interrompeu com a violência das armas o diálogo entre governo e sociedade civil.

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

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

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

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

Participação popular como “pedagogia participativa”

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

Nas “pedagogias participativas”, a participação popular, em sua ação, contribui para a aprendizagem do indivíduo de forma direta. A participação é fundamental para a construção de novos saberes. “A participação e a autonomia compõem a própria natureza do ato pedagógico” (Gadotti, 2014, p. 1). Então podemos considerar que formar para participação só faz sentido no ato de participar.

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

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

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

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

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

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

Foi uma conquista das classes populares que resultou na institucionalização da saúde como “direito de todos e dever do Estado” garantida pela Constituição Federal de 1988.

A participação popular não é instituída por governos. Ela é uma conquista das classes populares na defesa de seus direitos e objetiva a mudança social para a construção de uma nova sociedade, mais justa e igualitária.

Participação social como princípio da gestão democrática

Nos anos 1990 proliferou, no âmbito das políticas públicas, o discurso da participação. Diversos atores e setores sociais reivindicavam a participação. Tanto a sociedade quanto o Estado estavam convictos de que a gestão democrática e o controle social podiam se realizar por meio de parcerias entre o Estado e a sociedade civil.

Para estabelecer as parcerias foram criados espaços institucionais e formas de organização e atuação da participação social, como conferências, conselhos, ouvidorias, audiências públicas, entre outras. Na gestão pública a participação social se dá nos espaços e mecanismos de controle social.

Essa forma de atuação da sociedade civil organizada é fundamental para o controle, fiscalização, acompanhamento e a implementação das políticas públicas, bem como para o exercício do diálogo e de uma relação mais rotineira e orgânica entre os governos e a sociedade civil. (Gadotti, 2014, p. 2)

Sem dúvida que participar da gestão pública leva a conflitos de interesses entre as classes populares e o governo. Defender os interesses coletivos da população significa também participar nos espaços de definição e acompanhamento das políticas públicas. Significa questionar o papel do Estado como o gestor maior da coisa pública.

Vale ressaltar que a participação social não é suficiente para mudar o quadro de tantas desigualdades e investimentos precários de recursos públicos na área social em benefício das classes populares em nosso país. Ou seja, é impossível uma gestão democrática sem uma distribuição de renda mais equitativa. Apesar disso, a participação social se apresenta como uma necessidade para a reconfiguração do próprio Estado.

A formação política e o conhecimento da função do Estado são os maiores aprendizados da participação social. A construção de espaços públicos para o controle social, sem intervenção estatal, amplia a gestão participativa e cria canais de comunicação direta entre Estado e sociedade civil. Este é um processo pedagógico da participação social para as classes populares.

Como estabelecer a relação entre a participação popular e a participação social

Em primeiro lugar é preciso que o diálogo entre participação popular e participação social preserve a autonomia e a independência dos movimentos sociais populares, evitando as práticas de cooptação, subordinação, fragmentação e dissolução das lutas populares. Não é suficiente criar mecanismos de participação e de controle social das políticas públicas sem criar condições favoráveis à participação. Muitas vezes a população é convocada para discutir detalhes técnicos e não políticos. Limitar o debate às questões tecnocráticas esvazia a participação.

A participação popular e a participação social têm que ser uma constante na relação do Estado com a sociedade civil; portanto, devem constituir práticas permanentes nas definições das políticas públicas. Deve ser um modo de governar. No campo da saúde a participação não pode ficar restrita às unidades de saúde. É necessário o acesso às informações sobre recursos públicos disponíveis, critérios de distribuição, execução orçamentária e as definições das metas locais para embasar a participação direta da sociedade civil.

A população informada sobre o funcionamento do Estado, das instâncias de poder (executivo, legislativo, judiciário), da organização dos órgãos públicos pode criar mecanismos de participação direta como o orçamento participativo, os fóruns sociais e as plenárias nas instituições públicas. Desse modo, as classes populares se educam pela participação e com autonomia são capazes de decidir seu próprio destino.

Estas são instâncias fundamentais para a conquista e defesa de direitos. Entretanto, compreendemos que a participação popular deve extrapolar os espaços instituídos, alimentando-os com as demandas identificadas pelos movimentos sociais populares, na perspectiva de construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 29 mar. 2016.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 25 ago. 2016.

GADOTTI, Moacir. *Gestão democrática da educação com participação popular no planejamento e na organização da educação nacional*. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2014. (Educação Cidadã, Cadernos de Formação, 6). Disponível em: http://conae2014.mec.gov.br/images/pdf/artigogadotti_final.pdf. Acesso em: 29 mar. 2016.

5.2 O fato e a notícia: diferentes enfoques

Cátia Corrêa Guimarães

O fato e a notícia

É comum, mesmo entre aqueles que não se dedicam a estudar o campo da comunicação, a ideia de que a imprensa e a mídia em geral, pelo papel importante que assumiram nas sociedades modernas, influenciam opiniões e ajudam a formatar comportamentos sociais. Mas, afinal, os meios de comunicação, e a imprensa em particular, reproduzem (divulgam, expõem, noticiam) os fatos reais ou podem também “criar” fatos e realidades?

Recentemente, não foram poucas as situações em que, questionados sobre a cobertura jornalística que faziam da crise política brasileira, veículos de comunicação afirmaram que têm cumprido seu papel de “informar” à população a verdade dos fatos. Um exemplo pode ser visto no pronunciamento, lido pelos apresentadores do Jornal Nacional no dia 12 de março de 2016, como justificativa para negar o pedido de direito de resposta do ex-presidente Lula a uma reportagem que tratava das acusações contra ele na Operação Lava Jato. “A emissora não é parte nas investigações a que está sujeito o ex-presidente. Cumpre apenas a sua missão de informar o povo. Respalhada pela Constituição, continuará a fazê-lo, com serenidade, e sem nada a temer”, diz o texto.

Os estudos do campo da comunicação, e do jornalismo em particular, no entanto, reconhecem um processo chamado *agenda setting* (ou teoria do agendamento), que sugere que essa relação pode se dar de forma invertida, ou seja, que os meios de comunicação, na verdade, ajudam a estabelecer uma agenda de interesses para a sociedade.

Agenda setting ou agendamento é um tipo de efeito social dos meios de comunicação a longo prazo que envolve a seleção, incidência e disposição de notícias sobre temas que a opinião pública falará e discutirá. Algumas notícias ou temas são mais pautados do que outros nos veículos de comunicação, criando uma espécie de horizonte de eventos, ou seja, alguns fatos, ao serem selecionados e dispostos de forma mais enfática, serão encarados pelo público como temas ou problemas de legítima relevância ou pertinência. (Ferreira e Teixeira, 2009, p. 19-20)

O que isso significa? Diferentemente do que acontece com uma obra de ficção, como um filme ou uma novela, a promessa do jornalismo é informar as pessoas sobre o que acontece no mundo real. Porém, é simples perceber que nem todos os atos, eventos e problemas que vivenciamos ou que nos atingem indiretamente no dia a dia se tornam notícia. Tudo é realidade, tudo é fato: mas o que é reverberado nos jornais, rádios ou telas de TV se torna, de alguma forma, um “problema” ou “solução” mais coletivo, mais compartilhado, mais importante. Como se fosse mais real do que as outras “realidades”. Uma música de Chico Buarque narrando brevemente a história de uma mulher que tentou se matar por amor ilustra poeticamente esses limites: “A dor da gente não sai no jornal”, diz a letra.

Poesias à parte, o que importa é que o fato que vira notícia tem mais capacidade de circular entre diferentes grupos da população, de se tornar assunto de debate entre amigos, de desafiar as pessoas a tomarem posição. Quer um exemplo? O que a sociedade discute mais: o grande número de jovens assassinados todos os dias nas periferias ou o assassinato (igualmente grave) de um médico de classe média na lagoa Rodrigo de Freitas, zona nobre do Rio de Janeiro, amplamente noticiado em todos os veículos de comunicação? Olhemos também para o campo da saúde: com grande destaque na imprensa, o *crack* tem sido apontado nos últimos anos como um sério problema de saúde pública em vários estados brasileiros, sem que isso reflita, necessariamente, a hierarquia de problemas (e busca de soluções) reconhecidos pelas pesquisas e serviços de saúde pública. É verdade que houve um aumento dos usuários dessa droga em vários lugares e que isso traz novos desafios para o campo da saúde. Mas não seria exagero dizer que a “epidemia” de *crack* – assim, com esse nome mesmo – foi criada nas páginas e telas dos grandes jornais. E se tornou tão real que, além de provocar debates na sociedade, incentivou até a formulação e o financiamento de políticas públicas...

Em resumo, a partir de uma observação atenta do discurso da mídia e de outros “aparelhos” que contribuem para a nossa formação cotidiana, é possível (e fundamental) problematizar o que se costuma chamar de “interesse público”: como ele é formado? Se, por um lado, o que se reconhece como o “interesse médio” de um público amplo, que refletiria o conjunto da sociedade, é o que orienta a escolha do que vira notícia, por outro, esse interesse não seria também o *resultado* das escolhas sobre o que sai ou não no jornal? E, se é assim, será que os atores dessas escolhas – profissionais, meios, grupos empresariais – representam todos os segmentos dessa sociedade? Afinal, quais são as influências a partir das quais formamos o que reconhecemos como nossas opiniões e convicções sobre o mundo? A que estamos nos referindo, então, quando falamos em “opinião pública”?

Estratégias de diferenciação das realidades descritas, apresentadas e eventualmente produzidas nos meios de comunicação de massa

Além de influenciar na decisão sobre a “agenda” do que é socialmente relevante, os meios de comunicação de massa podem também influenciar nossa leitura e julgamento sobre os fatos que viram notícia. Isso pode se dar de muitas formas, mais ou menos diretas. Como comentamos brevemente, os meios de comunicação apresentam diferentes gêneros de informação: jornalismo, ficção, propaganda... Cada uma dessas áreas tem sua “legalidade” (regras) e linguagens próprias. Vejamos o caso do jornalismo, que promete lidar com a verdade e a realidade concreta. Para isso, ele precisa reproduzir os fatos, com o máximo de objetividade e imparcialidade, mesmo que se reconheça hoje que a imparcialidade absoluta não é possível.

No comentário a seguir, percebemos como o simples foco na atualidade e na imediaticidade dos fatos como critério do que é notícia pode jogar luz sobre alguns acontecimentos pontuais e isolados e colocar na sombra outros, cujo “interesse” pode ser até mais estrutural:

Uma reportagem ilustrada sobre o assassinato de uma criança é suscetível de levantar a opinião pública pequeno-burguesa num movimento de condenação ao ato brutal, mas um estudo que demonstre, com dados estatísticos, que, no Nordeste do Brasil, morrem anualmente dezenas de milhares de crianças em consequência da subnu-

trição seria incapaz de suscitar maiores comoveções. Do mesmo modo, o telespectador-padrão, que se emociona até às lágrimas ante os sofrimentos morais de uma personagem de novela vulgar, geralmente demonstra a mais espantosa indiferença ao ser informado de que no Vietnã ou no Laos milhares de homens, mulheres e crianças são queimados com bombas napalm. (Costa, 1974, p. 89 apud Marcondes Filho, 1986, p. 18)

Essa concepção do que merece virar notícia representa um recorte, uma influência sutil no modo de apresentar a realidade. Mas existem outras mais diretas. A forma como as informações são apresentadas mostra enfoques diferentes, dependendo do que se quer destacar, e isso se expressa em elementos tão variados (e pouco conhecidos do público em geral) como: o espaço que a chamada e a própria notícia ocupam no jornal, as palavras utilizadas, o tempo verbal, entre outros.

Alguns exemplos:

- 1) Em duas notícias publicadas na mesma edição do jornal *O Estado de S. Paulo* sobre denúncias da relação de empresas investigadas na Operação Lava Jato com políticos brasileiros percebem-se algumas estratégias que garantem enfoque diferente nas duas informações, embora ambas estejam sendo noticiadas e com espaço semelhante.



2) A seguir, duas chamadas sobre ações policiais de apreensão de drogas publicadas no Portal G1. O mesmo crime, “agentes” distintos. No primeiro, “jovens de classe média”, de um extrato social explicado na própria chamada; no segundo, “traficante”.



27/03/2015 10h21 - Atualizado em 27/03/2015 20h29

Polícia prende jovens de classe média com 300 kg de maconha no Rio

Eles foram presos num estacionamento de um prédio na Tijuca. Delegado tenta identificar outros integrantes da quadrilha



17/03/2015 08h58 - Atualizado em 17/03/2015 08h58

Polícia prende traficante com 10 quilos de maconha em Fortaleza

Polícia encontrou R\$ 10 mil em cédulas de R\$ 2 e uma pistola 380. Ele foi autuado em flagrante por tráfico de drogas e porte ilegal de arma.

Os exemplos são muitos e podem ser encontrados todos os dias no noticiário de rádio e TV, nos jornais impressos e mesmo nas peças de entretenimento produzidas pelos meios de comunicação de massa, como novelas e programas de auditório. O que importa é que, a partir dessas reflexões, podemos sugerir que, mais do que apenas reproduzir os fatos, a imprensa e os meios de comunicação de massa ajudam a “criar” realidades, atuando no sentido de construir uma “agenda” do que é mais valorizado e destacado socialmente. E isso é fundamental para entender, por exemplo, como os diferentes segmentos da população se reconhecem e o que eles compreendem como necessidades de saúde.

Essa desigualdade no acesso à informação e, mais ainda, a dificuldade de pautar o que deve ser socialmente relevante dificulta uma postura ou atitudes mais críticas, e facilita a formatação de modelos de comportamento.

Toda a fragmentação própria do discurso midiático tem o intuito de fazer o indivíduo acreditar que ele, o vizinho ou o colega de trabalho são a causa do seu próprio insucesso e da sua própria desgraça. Que o problema é individual e que a vida social é apenas a soma das atitudes individuais. Dessa forma, ao contrário de se suscitar crítica e revolta contra o sistema socioeconômico que marginaliza a maioria, o sujeito individualiza o problema, ora se subestimando e desvalorizando, ora culpando outros companheiros trabalhadores, vítimas da mesma estrutura desigual.

A sociedade é mostrada como homogênea, sem distinção de classes, e como todos são iguais e têm os mesmos direitos, ela representaria um espaço no qual é possível então derivar um “interesse”

e uma “opinião” comuns, como se os interesses de exploradores e explorados não fossem estruturalmente opostos. Ao serem convencidas de que são cidadãs de um país no qual todos são tratados igualmente, as pessoas não reconhecem a exploração da qual são vítimas, por não se perceberem a partir daquilo que as unifica: a condição de trabalhadores.

Quanto mais as classes populares desenvolverem seus meios e formas de comunicação, criados por elas segundo suas potencialidades, interesses e visão de mundo, mais poderão avaliar de forma crítica as notícias veiculadas pela grande mídia. Quanto mais criarem a sua cultura, que parta das suas raízes, da sua realidade, descolonizada, mais claramente poderão desmascarar a assimetria de interesses, muitas vezes expressa inclusive como manipulação explícita, que a grande mídia tenta esconder, criando sua própria “verdade” dos fatos. Só a partir de um projeto político próprio terão como caminhar para a construção de um mundo novo. Com a palavra, um dos maiores militantes da comunicação popular no Brasil:

Se quisermos disputar a hegemonia, do ponto de vista da comunicação, há duas coisas a fazer: primeiro, perder as ilusões com a mídia da outra classe. Segundo, parar de choramingar e fortalecer a nossa mídia. A mídia da nossa classe. (Giannotti, 2014, p. 75)

Referências bibliográficas

FERREIRA, Wilson Roberto Vieira; TEIXEIRA, Ana Paula de Moraes. Agenda Setting. In: MARCONDES FILHO, Ciro (org.). *Dicionário da comunicação*. São Paulo: Paulus, 2009. p. 19-20.

GIANNOTTI, Vito. *Comunicação dos trabalhadores e hegemonia*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo–Núcleo Piratininga de Comunicação, 2014.

MARCONDES FILHO, Ciro. *O capital da notícia: jornalismo como produção social da segunda natureza*. São Paulo: Ática, 1986.

5.3 A luta popular em defesa do SUS

Grasiele Nespoli

Por que defender o SUS?

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é uma grande conquista da sociedade brasileira, é um projeto que mostra tanto a importância quanto a possibilidade de se constituir um sistema público de saúde. O SUS é uma referência para muitos países, visto que o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público e gratuito (Portal Brasil, 2015).

Vale destacar que o SUS é fruto de um projeto democrático de Estado que precisa ser mantido, e que qualquer ameaça à democracia no país é uma ameaça ao SUS. Um dos marcos do movimento de Reforma Sanitária foi o documento publicado em 1979 pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) denominado *A questão democrática na área da saúde*, que parte da constatação da grave situação de saúde que o Brasil vivia na época. O contexto do final da década de 1970 era marcado pela crescente mobilização contra a ditadura militar e contra o desemprego, os baixos salários e as péssimas condições de vida da população. O movimento sanitário, desde sua origem, lutou contra a mercantilização da saúde, afirmando a importância de se defender a saúde como um direito que deve ser garantido pelo Estado, pelo poder público, e não como uma mercadoria que tem sua oferta regulada pelo mercado.

O movimento de Reforma Sanitária não era homogêneo em sua origem. Havia à época diferentes perspectivas. Alguns grupos defendiam a estatização imediata do sistema de saúde, outros a estatização progressiva, pois a imediata significava incorporar a lógica biomédica, que prevalecia na organização dos serviços e no trabalho na saúde. Como sabemos, o modelo biomédico foi duramente combatido pelo movimento de Reforma Sanitária. Sabia-se que o modelo biomédico não dava conta de atender as necessidades de saúde da população, uma vez que é orientado por uma lógica assistencialista, hospitalocêntrica e curativista. Na disputa, venceu a perspectiva de constituição de um sistema misto. O SUS articula tanto a rede pública quanto a rede privada de saúde, a chamada rede suplementar. No capítulo sobre a saúde da Constituição Federal (1988), o artigo 199 afirma que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Essa é uma das fissuras que compromete até hoje a universalidade do sistema público.

Como fruto de um processo democrático, o SUS teve muitos avanços, um deles foi a constituição de espaços de participação social. A lei nº 8.142, de 1990, mesmo com todos os limites impostos pelo presidente Collor na época, implementou os conselhos e as conferências de saúde. Enquanto os conselhos, nas diferentes esferas de governo (nacional, estaduais e municipais) são instâncias permanentes e deliberativas, as conferências acontecem a cada quatro anos,

[...] com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. (Brasil, 1990)

As duas instâncias reúnem representantes de gestores, trabalhadores e usuários para debaterem sobre os problemas, as necessidades e as políticas de saúde.

Outro grande avanço diz respeito à capacidade e amplitude que o SUS alcançou em termos de acesso à rede de serviços. Atualmente, o SUS comporta uma vasta e complexa rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, públicos e privados, que funcionam com diferentes lógicas e dispositivos de gestão. Enquanto o sistema suplementar cobre cerca de 41 milhões, o SUS “é a única possibilidade para mais de 140 milhões de brasileiros” (Paim, 2009, p. 85). Os avanços do SUS também são evidenciados pelo crescimento do número de procedimentos realizados, e pelo aumento de cobertura dos serviços de saúde decorrentes do processo de descentralização e municipalização. São significativos os avanços promovidos pela expansão da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família que atua como um importante dispositivo de reversão do modelo biomédico de atenção e cuidado.

As informações sobre a saúde da família – tomada como exemplo para mostrar os avanços do SUS – indicam que atualmente cerca de 129 milhões de pessoas são atendidas por agentes comunitários de saúde, uma cobertura de 66% da população; e 123 milhões de pessoas são atendidas por equipes de saúde da família, cerca de 63% de cobertura populacional. Hoje são mais de 40 mil equipes de saúde da família em todo o Brasil (Portal da Saúde, 2016).

Para não falarmos apenas da atenção básica, o que pode reforçar a lógica de que o SUS deve se destinar somente a atender as necessidades primárias de saúde, é preciso informar que em 2014 o SUS realizou cerca de quatro bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhões de consultas médicas e 11,5 milhões de internações (Portal Brasil, 2015). O Brasil também possui o maior sistema público de transplantes de órgãos e tecidos, com cerca de 95% dos procedimentos e cirurgias feitos com recursos públicos (Portal da Saúde, 2014). Possui também um dos melhores programas de imunização e de controle do HIV/Aids. Isso não é pouco. Não há dúvida de que, sem o SUS, uma grande parte da população ficaria sem atendimento, sem atenção, sem cuidado e, com isso, haveria um aumento da morbidade e da mortalidade em todo o país.

Além dos avanços em termos de cobertura da atenção básica, do quantitativo de procedimentos de média e alta complexidade, da redução significativa da mortalidade por doenças infecciosas, o SUS implementou um conjunto de políticas públicas que visam à redução da iniquidade. Essas políticas são muito importantes e dirigem-se à população em situação de rua, aos povos do campo e da floresta, à população negra, aos povos indígenas, às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Em um país de dimensão continental, com uma população de mais de 200 milhões de habitantes, a situação de saúde é caracterizada por uma significativa desigualdade no padrão de adoecimento e morte. Diante desse cenário é fundamental a organização de um sistema público de saúde e a implantação de políticas públicas que visem à redução das iniquidades.

Sobre a questão da participação social, com o tempo, percebeu-se que os conselhos de saúde, em particular, não são suficientes para garantir a participação social que se deseja. Isso reforça o problema da democracia representativa como um todo, e a importância de se promover mecanismos e estratégias que privilegiem a participação social. Com isso, em 2007 foi implantada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa que, entre outras coisas, afirma a importância de se valorizarem diferentes mecanismos de participação popular e controle social, bem como o protagonismo da população na luta pela saúde.

É importante compreender que os avanços aconteceram em função da luta política e da pressão popular pelo direito à saúde, pois, desde sua origem, o SUS enfrenta inúmeras dificuldades. Podemos considerar que todas elas derivam da disputa com a lógica privada, mercadológica, que defende políticas sociais residuais mínimas para a população, e o crescimento da oferta de serviços pelo mercado.

Desde o início do SUS, portanto, a implantação do direito universal à saúde teve de conviver e competir com os interesses do mercado privado, que vê a saúde como um negócio a ser explorado, seja na prestação de serviços, seja através da venda de seguros privados e serviços de saúde. Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram historicamente de políticas e recursos públicos, que são mantidos até hoje. (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014, p. 3)

○ problema do subfinanciamento do SUS

O SUS, historicamente, sofre com o subfinanciamento, com a permanência de uma racionalidade normativa e gerencialista, com a alta carga burocrática de trabalho, com a precariedade das condições de trabalho, com um modelo de formação profissional que reforça a lógica biomédica, especializada, que promove um cuidado fragmentado e não integral. São muitos os problemas que impedem o funcionamento ideal do SUS. Mas, ao contrário do que se imagina, que o “SUS não serve para nada”, que o SUS é deficitário, é preciso mostrar como ele é um projeto de resistência dos trabalhadores da saúde, sintetizando muitas conquistas ao longo das últimas décadas.

Entre as principais dificuldades que ameaçam o SUS destaca-se o problema do subfinanciamento ou o “desfinanciamento”, que se torna mais evidente a partir de 2008. Com a suspensão da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 2007 e a rejeição da proposta de emenda popular Saúde + 10, que defende o investimento de 10% das receitas brutas da união na saúde, houve um comprometimento do financiamento do SUS. Hoje o gasto com a saúde equivale a aproximadamente 8% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que, dessa porcentagem, o setor privado gasta mais que o setor público (Portal Brasil, 2015). O gasto com a saúde no Brasil é menor do que o de outros países com sistema público universal e seria preciso dobrar os gastos para chegarmos ao mesmo patamar de países como o Reino Unido, França, Canadá e Espanha – seria preciso que os 8% do PIB fossem totalmente destinados à saúde pública.

A questão do financiamento se agrava mais ainda no atual contexto da chamada “crise fiscal”, que apresenta uma série de justificativas para os cortes em investimentos sociais. Tudo isso ameaça a universalização do direito à saúde, uma vez que o problema do financiamento, *grosso modo*, aumenta os demais problemas, pois com cortes no orçamento e no investimento em projetos sociais, e na saúde em particular, será difícil investir na ampliação da atenção básica, será difícil investir em processos de gestão e em projetos formativos condizentes com a reorganização do modelo de atenção e das práticas de cuidado. O SUS pode se tornar um mecanismo que garante um padrão mínimo de saúde para que a população continue a se submeter à ordem capitalista hegemônica geradora de doenças e agravos.

O desfinanciamento gera graves consequências, uma delas é o desmantelamento do SUS, o que justificará, para as forças políticas e econômicas que objetivam a mercantilização da saúde, sua privatização. Por isso, é fundamental compreender que o SUS é um projeto em disputa, que sua construção enfrenta muitos desafios, e que o contexto político e econômico neoliberal é o principal obstáculo para a real constituição da saúde como um direito. A lógica mercadológica reforça o modelo biomédico e a medicalização excessiva da vida. Se o SUS é um sistema misto que envolve parcerias públicas e privadas, é preciso pensar, como tem ressaltado o professor Jairnilson Paim (2009), em como realizar essa articulação considerando e fazendo prevalecer o interesse público.

A intensificação da lógica privatista na saúde

São várias as formas e iniciativas de privatização da saúde, a maior delas se dá pelo mercado de seguros de saúde, seguida da contratação de prestadores de serviços do setor suplementar. Outra forma de investimento no setor privado são as renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos e indústrias farmacêuticas. Além disso,

[...] não se pode esquecer que todos os principais fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos são privados e se beneficiam do fato de o SUS constituir um dos maiores mercados compradores dos seus produtos em todo o mundo. (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014, p. 8)

De modo geral, a privatização acontece nas iniciativas em que o Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e dá abertura para o mercado privado atuar atendendo aos interesses do capital econômico, das grandes indústrias e de empresários, nacionais ou internacionais (Correia e Santos, 2015).

Atualmente, a questão da privatização tem assumido contornos cada vez mais difíceis. Existe um conjunto de projetos e iniciativas que atinge diretamente esse ponto. Em 2015 foi aprovada a lei nº 13.097, que prevê uma abertura maior ainda do capital estrangeiro no setor saúde brasileiro. Com essa lei, empresas e capitais estrangeiros poderão investir em hospitais gerais, filantrópicos, especializados, policlínicas, entre outros. Também poderão realizar pesquisas e serviços de planejamento familiar, e serviços de saúde mantidos por empresas para atendimento de funcionários (Brasil, 2015).

Outra ameaça foi feita pela Agenda Brasil, apresentada no final do ano de 2015, que prevê a possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS. Essa proposta sofreu muitas críticas e na ocasião foi recusada, mas continua sendo uma ameaça se considerarmos a conjuntura política do país. A Agenda Brasil também apresentou a proposta de regulamentar a terceirização, o que vai ao encontro da lei nº 4.330, de 2004, que se transformou no projeto de lei da Câmara nº 30 (PLC 30), com aprovação em 2015. Essa lei permite que a terceirização seja estendida também às atividades fim, como a assistência à saúde.

A terceirização tem como consequência a transferência de recursos públicos para empresas privadas e também a precarização do trabalho. Isso vem acontecendo por meio da contratação de organizações sociais (OSs), que são entidades privadas sem fins lucrativos. Importante salientar que quando se passa a gestão dos serviços para as OSs, o Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde (Correia e Santos, 2015). Em nome de uma maior eficiência, agilidade, flexibilização e da maior governança, o poder público institui um processo de transferência da gestão para as entidades privadas. Isso significa não só a transferência de recursos públicos, mas a passagem para uma lógica que não tem como referência (e não considera) a finalidade pública de serviços como os da saúde. Passa a prevalecer uma lógica gerencialista e empresarial, na contramão do que se prima nas políticas públicas de saúde: uma gestão democrática e participativa. Além disso, esses novos arranjos e modelos de gestão ferem o que está previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde: que a rede privada seja complementar ao SUS, e não substitutiva. Existem processos que acusam a inconstitucionalidade das OSs e estudos que indicam que os gastos aumentaram sem melhorar a qualidade

dos atendimentos e serviços prestados (Correia e Santos, 2015). Outro grave problema é que as OSs podem ser contratadas sem licitação, o que facilita favorecimentos e clientelismo.

Com o modelo gerencialista e empresarial, com a lógica privada, o problema toma outras proporções. Gerir serviços públicos é bem diferente de gerir serviços privados. O SUS é fundamentado em princípios e diretrizes que não podem ser perdidos de vista. Na lógica gerencialista foram introduzidas práticas como remuneração por desempenho, o que significa cumprir metas que nem sempre estão de acordo com as necessidades da população. Assim, prevalece a lógica da produtividade e não da atenção e do cuidado, objetivos maiores do SUS. Além disso, a vinculação dos trabalhadores não acontece mais por concurso público, não há garantia de planos de cargos e carreira para os trabalhadores que, precarizados, se sentem vulneráveis. Nessa perspectiva, uma maior governança parece passar também pelo poder de “despedir os maus funcionários”, o que é igualmente contrário às políticas de gestão do trabalho do SUS, que priorizam a educação permanente de seus trabalhadores, fazendo-os sujeitos críticos capazes de organizar o trabalho de forma contextualizada. Essa vulnerabilidade gera rotatividade, o que, por sua vez, quebra os vínculos estabelecidos entre o trabalhador e o usuário, outro princípio fundamental para se construir a atenção e o cuidado.

Vale destacar que um poderoso agente no ataque ao SUS é a mídia. Os grandes meios de comunicação investem incessantemente na construção de uma imagem negativa do SUS, sem nunca mostrar seu real valor, sua importância, seus avanços. Ao contrário, a grande mídia apresenta o SUS como um sistema deficitário, desqualificado e, logo, desnecessário. Busca-se, com isso, justificar a privatização da saúde. E, como sabemos, o que está por traz disso, ou diretamente relacionado a isso, é a força do capital, os interesses econômicos.

A imperiosa necessidade da luta em defesa do SUS

Pelo exposto anteriormente, diante da força neoliberal e conservadora que se acirra no Brasil, não podemos nos abster da luta. A disputa pelo direito à saúde acontece dentro do Estado, pois existem diferentes grupos, organizados em partidos políticos, que apresentam projetos distintos e representam classes sociais também distintas. Por isso, no contexto atual, é fundamental o fortalecimento dos movimentos sociais. A qualidade do programa de controle do HIV/Aids deriva da luta do movimento LGBT, a questão do parto humanizado e natural deriva do movimento de mulheres, as políticas de redução da iniquidade também resultam da força dos movimentos sociais. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) é um grande exemplo de mobilização e organização social que, por sua vez, é constantemente criminalizado sem que, muitas vezes, nos apercebamos da compreensão real de seu significado político. Os processos de ocupação de terras postos em prática pelo MST sinalizam para novos modos de organização da produção ao desenvolverem estratégias que potencializam outros modos de ser e estar no mundo, atuando na contramão das tecnologias que degradam a vida e a natureza, como no caso do uso extensivo dos defensivos químicos (os chamados agrotóxicos) e de transgênicos, com seus impactos na saúde dos trabalhadores do campo e da população em geral. Em suma, o MST e tantos outros movimentos sociais do campo e da cidade nos ensinam que para nos mantermos vivos é preciso lutar.

Temos muito a aprender com os movimentos sociais, em todas as suas dimensões. Suas lutas são uma constante fonte de aprendizado. Além dos movimentos sociais que têm caráter nacional, existem movimentos locais, nas comunidades, nas favelas, nas periferias, no campo... Essas lutas devem se somar àquelas dos próprios trabalhadores da saúde.

O movimento de Reforma Sanitária no Brasil se ergueu no contexto de luta pela democracia e de defesa da saúde como um direito, mas, até hoje, não conseguimos implementar um SUS completamente universal e de qualidade, visto que enfrentamos continuamente os interesses do capital. Por isso, podemos afirmar que a reforma sanitária deve ser um projeto permanente e contrário à mercantilização da saúde e da vida, e que, nesse sentido, o SUS é um projeto de resistência que deve ser ampliado até que a saúde, de fato, seja um direito de todos.

Referências bibliográficas

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 25 ago. 2016.
- _____. Presidência da República. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 22 ago. 2016.
- _____. _____. *Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015*. Reduz a zero as alíquotas da contribuição para o PIS/Pasep, [...] e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm. Acesso em: 22 ago. 2016.
- _____. Senado Federal. *Agenda Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/presidencia/noticia/AgendaBrasil_1208.pdf. Acesso em: jun. 2016.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *A questão democrática na área da saúde*. Documento apresentado pelo Cebes Nacional no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara Federal, em outubro de 1979. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- _____. *Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio* Rio de Janeiro: Cebes, 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf. Acesso em: 22 ago. 2016.
- CORREIA, Maria Valéria; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSs) em questão. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). *A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Faperj, 2015. p. 33-39.
- PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PORTAL BRASIL. *Ministro destaca SUS como modelo em evento internacional*. Portal Brasil, abr. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/ministro-destaca-sus-como-modelo-em-evento-internacional>. Acesso em: 28 ago. 2016.

_____. *População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano*. Portal Brasil, jun. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. *Gastos com saúde alcançaram 8% do PIB em 2013*. Portal Brasil, dez. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/12/gastos-com-saude-alcancaram-8-do-pib-em-2013>. Acesso em: 15 jun. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. *Sobre o Sistema Nacional de Transplantes*. Portal da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. *Histórico de cobertura da saúde da família*. Portal da Saúde, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 9 jun. 2016.



EIXO VI

O território, o processo
saúde-doença e as práticas
de cuidado

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

Bianca Borges da Silva Leandro

Ao falarmos de processo saúde-doença, estamos falando da vida. O processo saúde-doença acontece em diferentes dimensões, desde o nível celular até o social, envolvendo também questões planetárias, tais como as alterações climáticas (um dos exemplos disso é o aquecimento global). Essas diferentes dimensões relacionam-se umas com as outras e não são independentes: por exemplo, o aquecimento global é produzido por todos nós, sendo fortemente influenciado pelo modo de vida *capitalista*. Em cada uma dessas dimensões, dependendo de quem olha e interpreta, a doença pode ser entendida de uma forma, desde uma alteração celular, um sofrimento, uma representação cultural ou um problema de saúde pública (Sabroza, 2007).

Ao trabalharmos com esse conceito (processo saúde-doença), queremos que vocês entendam que saúde e doença são aspectos da vida humana que estão relacionados de modo dinâmico com as condições de vida das pessoas e dos grupos sociais – não são, necessariamente, faces opostas de uma mesma moeda. O processo saúde-doença acontece ao longo da vida e é influenciado pela lógica de produção econômica, pelos aspectos históricos, sociais, culturais e biológicos, pela forma como se entende a saúde e a doença e pelo desenvolvimento científico da humanidade (Sabroza, 2007). Para tentar ilustrar essa definição vejam, a seguir, o processo saúde-doença da hanseníase nos diferentes níveis de organização da vida humana.

Hanseníase

A hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença milenar. Nos livros de história, há registros de casos antes de Cristo na Índia, China e Egito, e também na Bíblia. A concepção religiosa considerava a hanseníase como um castigo de Deus para os pecadores. As pessoas que tinham essa doença deveriam ser afastadas do convívio social. Pela medicina moderna (científica), foi classificada como uma doença infecciosa crônica, sendo "descoberta" em 1873.

No nível molecular e celular ocorre por conta de uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae*, que ao entrar no organismo inicia uma luta com o sistema imunológico (sistema de defesa) do indivíduo. A transmissão se dá por meio do convívio contínuo com o doente não tratado.

No nível individual a doença torna-se visível por meio de manchas na pele. A pessoa apresenta perda de sensibilidade, perda de pelos e ausência de transpiração. Quando algum nervo é lesionado, há dormência e perda de força muscular na área, podendo causar deformidades nos membros. Muitas dessas situações causam sofrimento para as pessoas adoecidas, principalmente por causa das deformidades no corpo e do preconceito vivenciado no dia a dia.

No nível dos grupos sociais as pessoas acometidas por essa doença vivenciaram, durante muito tempo, diversos preconceitos e foram afastadas do convívio social. Hoje, no Brasil, há um movimento social importante que luta pela reinserção das pessoas acometidas pela hanseníase, conhecido como Movimento de Reintegração dos Portadores de Hanseníase (Morhan).

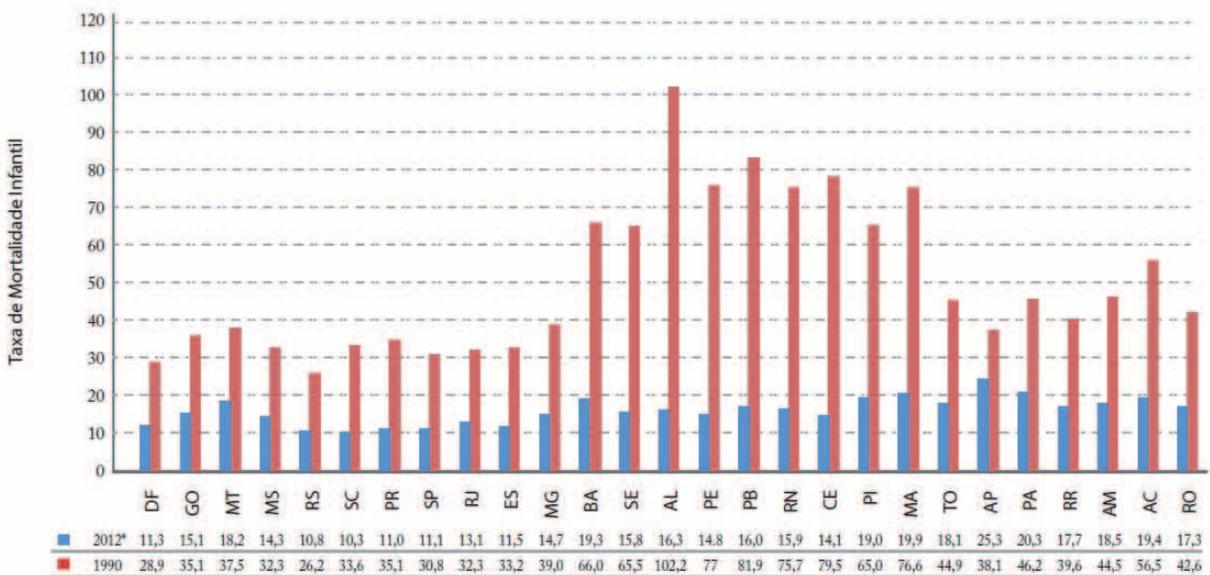
Na sociedade, é identificada como um problema de saúde pública, sendo considerada um indicador importante para se encontrar desigualdades sociais.

Em termos globais é uma preocupação em todo o mundo. Por isso, o tratamento é oferecido gratuitamente em muitos países. Os países com maiores incidências são os menos desenvolvidos ou com condições precárias de higiene e superpopulação.

Sabemos que todos os dias milhares de pessoas adoecem e morrem no mundo. As doenças do aparelho circulatório, seguidas do câncer e das causas externas (principalmente a violência e os acidentes de trânsito) são as principais causas de morte da população brasileira. Essa é uma tendência nacional, mas o cenário saúde e doença no Brasil é diverso e desigual. As taxas de mortalidade mudam de acordo com as regiões, estados, cidades, classe social, etnia/raça, sexo e idade. Por exemplo, apesar da importante queda da mortalidade infantil no Brasil, as regiões Nordeste e Norte são as que apresentam os maiores números, e não é por acaso. Essa situação tem fortes raízes no processo histórico de exclusão dessas duas regiões dos avanços sociais e econômicos em nosso país.

O gráfico a seguir mostra os valores da *taxa de mortalidade infantil* para cada estado do Brasil. Observem que mesmo com a importante queda entre 1990 e 2012 ainda há muitas diferenças entre os estados. Vejam os valores para os seus estados e pensem em possíveis explicações para essa realidade.

Gráfico 1. Taxa de mortalidade infantil por unidades da federação – Brasil, 1990 e 2012.



Fonte: Saúde Brasil, 2013.

Hoje, com o avanço tecnológico, vivemos mais. Porém, também sofremos mais com os efeitos prejudiciais que a organização do capitalismo produz na vida planetária. Ainda que tenhamos melhorado, de modo geral, nossos indicadores de saúde, vivemos e morremos de forma desigual. Morrem mais pobres que ricos, morrem mais jovens negros do que jovens brancos.

As causas de morte e de adoecimento possuem seus próprios fatores, mas todas elas estão relacionadas ao modo como organizamos nossa vida, à nossa alimentação, ao nosso local de moradia, ao sedentarismo, ao estresse derivado do trabalho ou da falta de trabalho, à degradação ambiental, à ansiedade produzida na correria do dia a dia, à insegurança diante do desemprego, à violência, à preocupação em relação ao futuro de nossos filhos, ao tempo que dispomos para cuidar de nós e dos outros, e também às tecnologias de saúde que prolongaram a vida. Hoje, a vida da maioria das pessoas está organizada para a necessidade de um consumo excessivo, orientado por um sistema econômico e produtivo que objetiva o acúmulo de riquezas para alguns (poucos) e que tem como efeito a produção de muitos *problemas de saúde* para a população em geral. Um sistema econômico e produtivo que vem tornando a vida cada vez mais desigual.

Desigualdade social

"Pela minoria o mundo é dominado, que vive do lucro, do povo explorado, e tem a sua vida, com luxo e mordomia. O pobre passa fome, e não tem moradia. No mundo capital, é só exploração. Não sustente a burguesia, com sua escravidão. Desigualdade social, desigualdade social, desigualdade social."

Rebitantes

Por isso, ao se discutir o processo saúde-doença, achamos importante refletir sobre o conceito de *problema de saúde*. O problema de saúde pode ser definido como um "incômodo" que ocorre em diferentes âmbitos: individual ou social – que difere de acordo com a visão da pessoa e com a situação que está sendo vivida. O problema de saúde é relativo, o que é problema de saúde para um, pode não ser para outro. Como exemplo, vejam o pequeno relato do município fictício de Tupi:

Tupi

Um grupo de estudantes ao percorrer o pequeno município Tupi de, aproximadamente, 10 mil habitantes perguntou ao Secretário Municipal de Saúde qual era o problema de saúde da região. Ele mencionou que era a escassez dos recursos financeiros para a saúde e a dificuldade de executar o pouco que se tinha. Ao perguntar para a enfermeira do posto de saúde, ela disse ser a quantidade alta de hipertensos e diabéticos que ela deveria atender. Ao perguntar para a professora da escola municipal, ela citou a baixa educação sanitária da população, principalmente em relação ao descarte do lixo. Os idosos do município disseram ser a falta de médicos. Os adolescentes mencionaram as ruas sem asfalto e a ausência de um espaço para lazer e diversão.

Qual seria o principal problema de saúde para cada um de vocês nas suas comunidades? Seria o mesmo para os seus amigos e familiares? O relato acima mostra como varia a percepção sobre o que gera incômodo em saúde em um mesmo município, para diferentes pessoas e grupos sociais. Essa mesma história também mostra que nem sempre o que se considera um problema de saúde é uma doença. Apesar de, muitas vezes, os problemas de saúde se manifestarem nos indivíduos de forma imediata em doenças, agravos, sofrimentos e mortes, eles também são determinados socialmente, isto é, por fatores políticos, sociais e econômicos.

Hoje, compreendemos que a doença (enquanto um possível problema de saúde) não é só um dano físico ou uma alteração celular, mas está fortemente relacionada com as condições de vida e trabalho dos indivíduos e populações. Foi com base nessa perspectiva que em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde foi definida como

[...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1987)

A lógica dos programas de saúde

Apesar da discussão social sobre a saúde, ainda hoje nas Secretarias de Saúde os serviços são organizados por meio de programas específicos de enfrentamento de doenças, tais como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras.

Tendo em vista este entendimento, a análise do processo saúde-doença precisa considerar: a nossa vida pessoal, o ambiente, a forma de cultivo dos alimentos, a organização do espaço urbano e, de maneira geral, a organização do trabalho – elemento fundamental de estruturação da vida humana. Entender a determinação social da saúde, observando os fatores que resultam em saúde ou em doença, é um passo fundamental para a compreensão dos problemas de saúde de uma sociedade.

A conferência de Alma-Ata

Esta conferência ocorreu no Cazaquistão em 1978 e teve como tema a atenção primária à saúde. Nesse encontro, a saúde foi discutida de forma ampla, e não somente como a ausência de doença. Seu lema foi: *Saúde para todos no ano 2000*, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção da saúde para todos os povos do mundo.

Após a conferência de Alma-Ata, o debate sobre a determinação social em saúde aumentou, por causa da discussão sobre as iniquidades em saúde e a necessidade de reduzi-las. Na música dos Rebitantes, aparece o termo “desigualdade social” e, agora, utilizamos o termo “iniquidade em saúde”. Vocês sabem por que a saúde criou esse conceito? Veja a explicação a seguir:

Iniquidades em saúde

São as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 2000). Segundo Paulo Freire (2001) podem ser entendidas como injustiças desumanizantes. Um exemplo é o maior número de morte materna entre as mulheres negras.

Com esse pano de fundo, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde definiu os determinantes sociais em saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

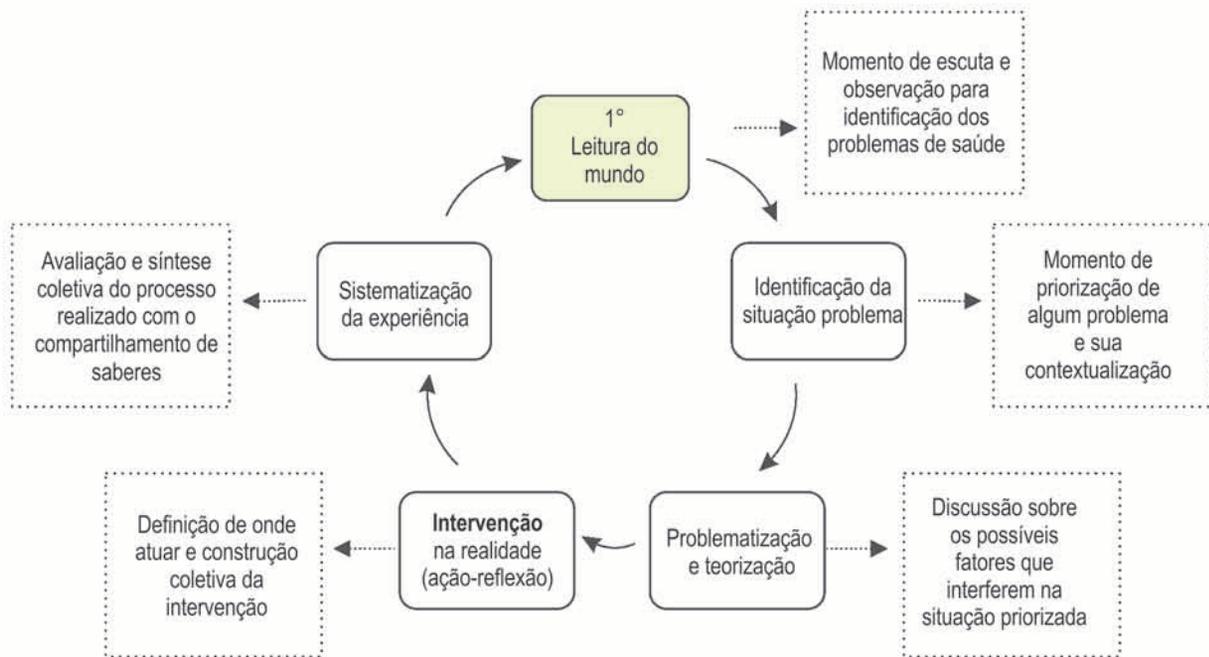
Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

Foi criada em 2006, com o objetivo de promover estudos sobre os determinantes sociais em saúde, recomendar políticas para a promoção da equidade em saúde, mobilizar setores da sociedade para o debate e posicionamento em torno desse tema e para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Esta comissão trabalhou por dois anos, e alguns dos resultados podem ser vistos em: <http://dssbr.org/site/>.

Para entender esses fatores (os determinantes), é necessário estabelecer uma hierarquia (uma ordem) entre eles. Ou seja, identificar os mais gerais, de natureza social, econômica e política, e os mais individuais, ligados a aspectos biológicos e comportamentais. Apesar dessa definição, é importante entender que a determinação social em saúde não é a simples listagem de fatores que interferem no processo saúde-doença, nem o somatório de todos os determinantes (fatores) identificados. Não é uma simples relação direta de causa e efeito, por exemplo: não é porque uma pessoa é pobre e da raça/cor negra que terá tuberculose. Ou seja, há diversas outras interferências no processo de adoecimento relacionadas com a lógica de organização do modo de vida e da produção econômica. Por isso, os fatores individuais devem ser observados e avaliados em conexão com os outros, a fim de que as pessoas não sejam culpabilizadas por suas doenças. Apesar de semelhanças biológicas entre os corpos das pessoas, a doença e a saúde ocorrem de modo distinto nas diferentes sociedades e nas diferentes classes e grupos sociais (Albuquerque et al., 2014). A vida humana é influenciada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive na da saúde. Nesse sentido, a compreensão da *determinação social em saúde* é importante, pois o ser humano é também um ser produtivo que está submetido a condições determinadas e contextualizadas com as relações sociais que estabelece. Em geral, ninguém fica doente porque quer. Dessa forma, não podemos esquecer que há múltiplas relações que estão por trás do processo saúde-doença (a determinação social da saúde).

Sobre o conceito de determinação social da saúde, é importante saber que ele foi um dos pilares essenciais do pensamento crítico da saúde na América Latina na década de 1970, tendo como dois dos principais estudiosos Jaime Breilh, no Equador, e Sérgio Arouca, no Brasil. Esse conceito foi importante para a fundação da saúde coletiva e a fundamentação do projeto de Reforma Sanitária brasileira que originou o Sistema Único de Saúde – SUS (Moreira, 2013).

Diversos autores tentaram e ainda tentam compreender, por meio de modelos, o processo de determinação social da saúde (Buss e Pellegrini-Filho, 2007). É importante destacar que os modelos (dos mais simples aos mais complexos) sempre possuem limitações, mas são importantes para esquematizarmos explicações e possíveis intervenções sobre a *realidade concreta* – um conceito de Paulo Freire (2007). Neste texto, não queremos fazer uma lista exaustiva de todos eles, mas estabelecer uma ponte com a discussão da educação popular em saúde, trazendo para reflexão o *método Paulo Freire* como uma possibilidade de se entender a determinação social em saúde e identificar os fatores que interferem na saúde. Afinal, segundo o próprio Paulo Freire (2001), temos que ver o mundo como um todo e não somente um pedacinho fechado dele. Observem o esquema síntese a seguir:



No esquema anterior, observem em destaque a palavra *intervenção*. Não é à toa. Trata-se de um conceito que aparece tanto na educação popular, quanto na discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença. Os autores da determinação social defendem a ideia de que os fatores que levam ao adoecimento podem ser alterados por meio de *ações baseadas em informações (intervenção)* (Buss e Pellegrini-Filho, 2007). Nesse sentido, pensar em intervenções significa identificar os pontos por meio dos quais é possível minimizar os fatores que levam às iniquidades em saúde para os indivíduos ou populações. É, nesse ponto, que a *educação popular* torna-se *estratégica*.

Como dito, o conceito de *intervenção* também é abordado por Paulo Freire (2001) em seus escritos. Ele entende que as pessoas são sujeitos políticos, que não são determinados totalmente pela realidade, mas condicionados, influenciados por ela, e, por isso, individualmente ou em coletivo, podem se tornar protagonistas de uma mudança. Nesse sentido, a *intervenção* é entendida como uma *ação política*. De acordo com Paulo Freire, o contrário da intervenção é a adequação, a acomodação com a realidade, sem contestá-la:

Se sonharmos com uma sociedade menos agressiva, menos injusta, menos violenta, mais humana, o nosso dever deve ser o de quem, dizendo não a qualquer possibilidade em face dos fatos, defende a capacidade do ser humano de avaliar, de comparar, de acolher, de decidir e, finalmente, de intervir no mundo. (Freire, 2001, p. 323)

E, complementamos, com a possibilidade de entender, refletir, avaliar e intervir no processo saúde-doença, enquanto usuário do SUS, profissional de saúde ou indivíduo.

É por isso que defendemos que as intervenções devem ser elaboradas *junto com a população* e não *para* a população, buscando a autonomia dos indivíduos e grupos. Compreender o processo de saúde-doença de um grupo social para saber como intervir, significa, em primeiro lugar, ouvir esse grupo e problematizar a realidade. Os conceitos e ideais da educação popular em saúde devem servir de refe-

rência para as intervenções a serem elaboradas. Por exemplo, no nosso município fictício de Tupi, se tentássemos delimitar o problema de saúde no qual desejaríamos intervir, além de coletarmos dados oficiais e ouvirmos os representantes da comunidade, seria importante propiciarmos momentos de encontro entre eles. Poderíamos aproveitar os espaços de encontro já existentes para que os membros da comunidade dialogassem entre si, aprendendo a estar com o outro, a fazer a análise crítica e, juntos, definir o melhor caminho a ser seguido. Afinal, “não há saber mais ou saber menor, há saberes diferentes” (Freire, 1987, p. 68).

Diante de todo problema de saúde, por mais complexo que seja, existe alguma forma de agir. A forma de entender e atuar sobre o processo saúde-doença deve ser dialogada e territorializada, não há uma receita pré-determinada de como agir.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf. Acesso em: 2 set. 2016.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2015.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. Carta do direito e do dever de mudar o mundo. In: SOUZA, Ana Inês. *Paulo Freire: vida e obra*. São Paulo: Expressão Popular, 2001. p. 317-326.
- _____. Pacientes impacientes. Apresentação de Ricardo Burg Ceccim. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 32-45. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 29 ago. 2016.
- MOREIRA, Márcia Chaves. *Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira*. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/>

10923/5569/1/000452446-Texto%2bCompleto-0.pdf. Acesso em: 29 ago. 2016.

SABROZA, Paulo. *Concepções sobre saúde e doença*. Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Saúde. Educação a distância. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=141&ext=.pdf&titulo=Concep%E7%F5es%20sobre%20Sa%FAde%20e%20Doen%E7a. Acesso em: 29 ago. 2016.

WHITEHEAD, Margaret. *The concepts and principles of equity and health*. EUR/ICP/RPD 414, 7734r. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

Referências filmicas e sonoras

DESIGUALDADE social. Composição: Rebitantes. Música, 2'2". Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/rebitantes/desigualdade-social.html>. Acesso em: 29 ago. 2016.

ENSINAR exige o reconhecimento de ser condicionado - Capítulo 2.2. Pedagogia da autonomia. Direção: André Azevedo da Fonseca. Vídeo, 8'52", color., son. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aukGk88kqKQ>. Acesso em: 29 ago. 2016.

6.2 Cuidado, autonomia e emancipação

Ronaldo dos Santos Travassos

Quem cuida de quem?

Cuidar, cuidar de si e ser cuidado são atividades inerentes à vida, sendo indispensáveis para a sobrevivência do ser humano e da natureza. O ato de cuidar, portanto, favorece e contribui para tudo que mantém a vida do indivíduo e da coletividade.

O ser humano é um ser de cuidado; O ser nasce com este potencial, portanto, todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam, igualmente, de serem cuidadas. (Waldow, 2008, p. 89)

A relação estabelecida entre o cuidador e quem é cuidado é que define o processo de cuidar. O processo de cuidar tem intencionalidades e objetivos variados dependendo do momento, da situação e da experiência de cada um, consistindo em uma forma de viver, de ser, de se expressar. O ato de cuidar é um compromisso com o *estar no mundo*, de contribuir com o bem-estar geral, com a dignidade humana e com a nossa espiritualidade; é contribuir com a construção da história, do conhecimento, da vida (Coelho, 2005, p. 216). Assim, durante toda a vida e até mesmo quando não houver qualquer enfermidade, o cuidado humano estará sempre presente na forma de viver e na maneira das pessoas se relacionarem.

Outro modo de cuidar – promovendo a autonomia

Determinadas formas de cuidar submetem os indivíduos à dependência de iniciativas técnicas que não promovem a autonomia e os reduzem a corpos biológicos, sem considerarem os aspectos socioculturais. Neste enfoque, os sujeitos sociais são vistos em uma única dimensão, que restringe o espaço do cuidado a aspectos individuais, o que dificulta qualquer iniciativa de relacionar o individual com o coletivo.

Um modo diferente de cuidar requer a compreensão de que a responsabilidade de cuidar do outro precisa valorizar as características dos sujeitos sociais em relação a seu contexto, sua história, sua cultura, visando estimular a iniciativa e a tomada de decisões das pessoas, fortalecendo a promoção do autocuidado. Portanto, o cuidado deve ser orientado por uma postura que respeite o modo como as pessoas vivem e que permita que os sujeitos possam também se responsabilizar pelo seu próprio cuidado.

Educação popular em saúde: uma proposta de autonomia para o ato de cuidar

Na educação em saúde são frequentes as orientações que recomendam mudanças de comportamento para lograr uma vida saudável. Esse tipo de prática educativa é geralmente autoritária, baseada em critérios técnicos selecionados pelos profissionais de saúde. A informação apresentada, embora aparentemente promova a autonomia individual pela

[...] escolha informada, acaba reduzindo em demasiado as possibilidades da independência pretendida, porque emergem carregadas de “verdades” da ciência, que são difíceis de contrariar. (Oliveira, 2011, p. 186)

Muitas vezes os determinantes sociais e culturais da saúde são negligenciados, individualizando os processos de adoecimento (Oliveira, 2011).

Viver bem se tornou uma exigência hoje, mesmo com os novos riscos que surgem com o desenvolvimento de um mundo cada vez mais complexo. A visão comportamental da educação em saúde concebe o sujeito como alguém que nada sabe sobre a vida saudável, e que não busca saídas. Desta maneira são intensificados os cuidados físicos para viver bem, para se manter saudável, desprezando os saberes e as experiências acumuladas durante a vida. Ser autônomo nesta perspectiva é se cuidar pelas orientações técnicas, o que significa que a responsabilidade por estar bem é do próprio sujeito ao se proteger contra um estado de risco, seguindo a orientação dos profissionais de saúde a fim de estar em intensiva vigilância com o cuidado do corpo. Podemos perguntar, considerando esta prática: estamos diante de uma prática educativa em saúde de promoção do cuidado, ou os sujeitos estão sob os ditames dos padrões de comportamentos considerados saudáveis?

Para uma educação em saúde que busque o protagonismo do sujeito é necessária a escuta do outro, que é o sujeito do cuidado. Em uma prática de cuidado reflexiva entre quem cuida e quem é cuidado, ambos se tornam conhecedores sensíveis de seus desejos e podem neste ato se colocar um no lugar do outro (Oliveira, 2011), conforme o princípio da amorosidade que orienta a educação popular em saúde.

A convivência com *amorosidade* pressupõe a valorização do afeto como elemento estruturante da busca pela saúde e leva a um vínculo, uma compreensão mútua e uma solidariedade. [...] reafirmando a autonomia e ressignificando o cuidado em saúde. A prática da *amorosidade* pode estabelecer relações de confiança e acolhimento entre as pessoas, possibilita o conhecimento de dimensões importantes para a estruturação dialogada de práticas de cuidado que incorporam aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população. (Bornstein et al., 2013, p. 43-44; grifos nossos)

O ato de cuidar, orientado pelo princípio da amorosidade, será, portanto, construído de forma compartilhada pelos interesses comuns entre quem cuida e o sujeito do cuidado, como forma de pro-

mover a autonomia do sujeito com vista à sua emancipação, conforme os princípios que orientam a Política Nacional de Educação Popular em Saúde:

A emancipação é um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e dos grupos no sentido da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência, que ainda separam o país que temos do que queremos. Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos radicalizam o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde na perspectiva do inédito viável. (Bornstein et al., 2013, p. 45; grifos nossos)

Assim, na educação popular em saúde o ato de cuidar está intrinsecamente relacionado à promoção da autonomia, à valorização do pensamento crítico, à reciprocidade e ao encontro entre quem cuida e o sujeito do cuidado.

Referências bibliográficas

- BORNSTEIN, Vera Joana et al. Educação popular em saúde e o protagonismo dos sujeitos sociais. In: SANTOS, Simone Agadir; WIMMER, Gert (org.). *Curso de Educação Popular em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2013, p. 36-47.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia Liedens Corrêa. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-188, jan.-fev. 2011.
- COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar.-abr. 2005.
- WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. *Aquichan*, Chía, Colômbia, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008.

6.3 O cuidado em saúde

Grasiele Nespoli

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Cuidar, de forma geral, significa atenção, zelo, responsabilidade. É uma ação fundamental para os laços afetivos que ligam uma família e/ou uma comunidade. Podemos considerar que o cuidado também é marcado por características sociais e históricas, uma vez que é a partir do que entendemos por saúde e por doença que organizamos nossas práticas de cuidado. Processos de adoecimento e práticas de cuidado sempre estiveram presentes nas comunidades humanas. As formas como são entendidos, no entanto, variaram no tempo e no espaço de acordo com as formas de vida e cultura de cada comunidade.

Uma pesquisa rápida em livros sobre comunidades antigas ou mesmo recentes, mas inseridas em culturas diversas da nossa, pode mostrar como distintos povos constroem variadas formas de entender o que é saúde e também produzem, conseqüentemente, diferentes formas de lidar com seus problemas de saúde. É claro que este entendimento recebe a influência dos modos como cada população constrói seu conhecimento e, portanto, não se assemelha aos significados próprios da ciência moderna, que são típicos da nossa cultura ocidental moderna.

Assim, por exemplo, os povos primitivos explicavam a doença com base em uma concepção que hoje chamamos mágica: o doente é vítima de demônios e espíritos malignos e compete ao feiticeiro ou xamã curá-lo, o que nesse contexto significa reintegrá-lo ao universo total do qual ele é parte (Scliar, 2005). No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia, e ainda segue, um percurso diferente, cujo ponto principal são as forças vitais que existem no corpo: essas forças,

[...] quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga) têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia (“chi”, na China; “prana”, na Índia) no corpo. (Scliar, 2007, p. 33)

Essas e outras concepções estão presentes em nossa sociedade. Por sua grande heterogeneidade e complexidade, as sociedades ocidentais atuais convivem com várias formas de entender a saúde e a doença e, conseqüentemente, várias formas de atuar sobre esta última. Entretanto, essas não constituem a forma principal com que lidamos com o processo saúde-doença em nossa cultura. O mundo ocidental tem, hoje, na metodologia científica, sua principal forma de construção e legitimação do conhecimento, e é nela que baseamos nosso entendimento e nossos modos de intervir sobre o adoecimento ou para a manutenção da saúde. A metodologia científica sustenta a concepção de saúde biomédica, que acaba sendo a concepção que dirige a organização e os procedimentos de cuidado nos nossos serviços de saúde.

Nesse sentido, o cuidado, no campo da saúde, acabou sendo circunscrito como uma ação que acontece especialmente em função da doença. Por isso, é comum atribuímos o cuidado aos profissionais da medicina, da enfermagem, da odontologia ou da psicologia, por exemplo. Ainda que o cuidado seja uma prática que extrapole o espaço da clínica e das terapêuticas médicas, é muito importante com-

preender que, mesmo nesses espaços, distintas concepções de saúde e doença organizam diferentes formas de se cuidar. Com isso, queremos agora refletir sobre algumas concepções de saúde e doença que orientam as práticas de saúde, para assim percebermos que existem disputas nos modos como organizamos o cuidado.

A medicina científica e o modelo biomédico

Como nos mostra Scliar (2007), na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve o entendimento da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. O cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas que administravam, inclusive, o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes.

Depois do período sombrio da Idade Média, marcado pela epidemia da peste negra (a peste bubônica) que dizimou cerca de um terço da população europeia, houve o movimento de renascimento das cidades, das artes e das ciências. Com isso, a partir do século XIV, a concepção cristã medieval foi questionada, e a medicina, por meio da observação do corpo, isto é, do estudo da anatomia, ressignificou as formas de explicação das doenças. A medicina moderna passou a afirmar que a doença tem uma causa física (natural) e não transcendental. É no corpo que a doença se manifesta, alterando sua forma (morfologia) e seu funcionamento (fisiologia); e é sobre o corpo que a medicina deveria atuar, buscando uma intervenção que pudesse minimizar ou acabar com a patologia, entendida como uma anomalia.

Nesse contexto, o hospital deixou de ser um lugar de asilo e passou a ser um lugar de estudo e de intervenção médica. Os médicos entraram no hospital e começaram a separar os indivíduos de acordo com suas características: aqueles que tossiam deveriam ocupar a mesma ala, aqueles com feridas na pele deveriam ocupar outra ala, aqueles que possuíssem alguma deficiência física deveriam permanecer juntos, em outra ala. Com isso, a medicina moderna passou a classificar as doenças, e logo os indivíduos, de acordo com seus sintomas e sinais. O que era semelhante deveria ser agrupado, o que era diferente deveria ser separado. O hospital passou a ser então uma instituição terapêutica: espaço privilegiado de intervenção da clínica médica que, cada vez mais, se especializou.

Por sua vez, com o crescimento das cidades e do trabalho fabril, observou-se que as doenças também possuíam causas externas, relativas à forma como organizávamos o espaço físico e social. Aglomerados de casas, falta de rede de saneamento, lugares úmidos e sem ventilação, como as fábricas da época, passaram a ser considerados mais perigosos e insalubres. Nesse sentido, era preciso intervir também no corpo social.

Assim como as funções do corpo precisam ser integradas, também devem ser integradas as funções sociais, o que é papel do Estado. Cabe a ele prover os bens e serviços necessários para toda a sociedade. Entre esses serviços, está o cuidado da saúde pública. (Scliar, 2007, p. 47)

A saúde e o controle da população passaram a ser um problema para o fortalecimento do Estado e o saber médico tornou-se um importante aliado na busca de se intervir sobre essas questões. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgiu, por exemplo, o controle de informações relacionadas à saúde, organizando o campo de estudo quantitativo das doenças na população, a epidemiologia. Nesse contexto, a medicina passou a considerar os aspectos econômicos,

sociais e culturais envolvidos no processo saúde-doença da população, intervindo via autoridade governamental, não só sobre os ambientes urbanos, mas também sobre os costumes das famílias.

Com a ascensão do conhecimento científico e o desenvolvimento do olhar epidemiológico, esse processo deu aos médicos o direito de dizer a todos como devem se comportar. Além disso, o desenvolvimento das pesquisas biológicas permitiu a identificação de fatores etiológicos das doenças (os agentes que as causam) dando segurança às intervenções curativas dos médicos.

Podemos sublinhar três características importantes do saber médico que passaram a ser a base das ações de saúde tanto no corpo dos indivíduos, quanto no corpo social:

- 1) Em função da forma como se organiza a metodologia científica, focada na explicação da doença em sua dimensão puramente biológica, a saúde é reduzida a um funcionamento mecânico e o corpo é tratado em partes cada vez menores. Como consequência inevitável do aprofundamento no conhecimento dos pedaços do corpo, aparecem as superespecializações, tornando cada vez mais difícil para o médico ter uma visão integral dos pacientes;
- 2) A partir de dados estatísticos, são delimitadas situações de risco à saúde e constroem-se protocolos de atendimento comuns para cada tipo de doença ou agravo, ignorando-se os contextos sociais e as singularidades dos sujeitos;
- 3) As bases tecnicistas do saber médico fortalecem a dependência tecnológica nos processos de cuidado, do diagnóstico à terapêutica, descaracterizando o exame clínico e a relação médico-paciente. Além disso, favorecem o complexo médico-industrial da saúde e sua lógica eminentemente capitalista.

Com isso, o cuidado no âmbito das práticas médicas modernas se reduz a uma intervenção física ou química sobre o corpo, como uma cirurgia ou a prescrição de um medicamento, ou a uma intervenção sobre o espaço, como a abertura de uma rua ou a retirada de cortiços, cemitérios e matadouros, lugares considerados insalubres e perigosos, do centro de uma cidade. O modelo biomédico, ao longo do tempo, fortaleceu a medicalização da vida e uma lógica que intensifica o uso de tecnologias nos processos de cuidado. Além disso, é caracterizado por ser um modelo curativista e hospitalocêntrico que age, muitas vezes, quando a doença já está avançada e por meio de tecnologias que elevam o custo do sistema de saúde.

As práticas tradicionais e os saberes populares

Entre os índios Sarrumã, que vivem na região da fronteira entre Brasil e Venezuela, o conceito de morte por causa natural ou mesmo por acidente praticamente inexistente: sempre resulta da maldição de um inimigo. Ou, então, conduta imprudente: se alguém come um animal tabu, o espírito desse animal vingava-se provocando doença e morte. (Scliar, 2005, p. 14)

Diferentemente do saber da medicina científica moderna, que se caracteriza por uma forma sistemática de produção de conhecimento que busca explicar, por métodos controlados, as causas dos

fenômenos da saúde e da doença, os saberes e práticas tradicionais e populares de cuidado nascem de forma espontânea, com base em experiências que organizam formas de cuidado. Os saberes e práticas de cuidado são tradicionais e populares porque se originam em culturas de diferentes povos, comunidades e grupos sociais.

Existem muitas medicinas mundo afora, para além da hegemônica, como a medicina tradicional chinesa, a medicina indiana Ayurveda, a medicina Unani do sul asiático, a homeopatia e as diferentes medicinas indígenas. Cada medicina tem seus próprios fundamentos e filosofia, isto é, seu próprio sistema de compreensão e de atuação sobre os problemas de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a medicina tradicional se refere às práticas, abordagens e crenças que incorporam produtos de origem vegetal, animal e mineral, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados isoladamente ou em combinação e que visam tratar, diagnosticar e prevenir doenças ou manter o bem-estar.

No Brasil, conservamos saberes e práticas que possuem origem na medicina tradicional indígena, mas também misturamos saberes oriundos de outras culturas, africanas e europeias, gerando o que podemos chamar de práticas populares de cuidado. Podemos considerar que as práticas de medicina popular resultam

[...] de uma enorme mistura de informações, especialmente sobre as virtudes dos produtos naturais e inúmeros procedimentos de cura que foram se incorporando no conhecimento da população ao longo do tempo e que representam um conhecimento disseminado e impossível de ser reconhecido quanto a sua origem. (Di Stasi, 2007, p. 60-61)

Rituais de cura como rezas, feitiços, benzeduras, simpatias e uso de plantas medicinais são comuns em nossas populações. Quem nunca tomou ou ouviu falar da eficácia do chá de erva-doce para aliviar a cólica, ou de quebra-pedra para acabar com o cálculo renal? Ou colocou arruda em casa para “espantar maus olhados”? Ou orou para a saúde de uma pessoa querida? Ou ouviu falar de uma simpatia para acabar com as verrugas?

As práticas populares consideram que o processo de adoecimento possui dimensão física, social e espiritual, e mostram que o cuidado não é próprio dos profissionais de saúde, e sim uma prática que acontece na relação entre os homens – homens que vivem em diferentes territórios, como os caiçaras da Mata Atlântica, os ribeirinhos do Norte, os quilombolas, os assentados e acampados do movimento de trabalhadores sem-terra que se espalham pelo país.

Um conhecimento comum nas práticas tradicionais e populares de cuidado é o uso de recursos naturais nos processos de tratamento e cura das doenças, especialmente o uso das plantas. O saber sobre as plantas se consolidou com as experiências com a natureza “realizadas pelo homem em seu próprio corpo” (Di Stasi, 2007, p. 64). Pela experiência o homem associou o sabor amargo ao remédio (Scliar, 2005) e soube que a dose é o limite entre o remédio e o veneno; em excesso as plantas podem se tornar tóxicas e danosas.

Outra prática popular importante foi preservada, por séculos, pelas parteiras e pelos índios: o parto natural. É impressionante como prevalece hoje, especialmente no Brasil, o parto por cesariana. O resultado da pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, publicada em 2014, mostrou que 98% dos partos acontecem em hospitais e que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, embora o parto devesse ser tratado como um acontecimento natural da vida. A pesquisa

afirma que esse tipo de parto é muitas vezes desnecessário e expressa a hipermedicalização da maternidade. A medicina científica desnaturalizou o parto. Hoje o ato de nascer está cercado por procedimentos técnicos e equipamentos usados supostamente para aumentar a segurança da mãe e do bebê, mas antes da hegemonia da medicina científica, o parto fazia parte do cotidiano das famílias e eram as parteiras, geralmente mulheres, que cuidavam do nascimento.

O quantitativo de cesarianas que acontecem no Brasil e o uso excessivo de medicamentos sintéticos, isto é, produzidos artificialmente em laboratórios, revelam a hegemonia da medicina científica que se consolidou na segunda metade do século XX. Nesse contexto, as práticas populares foram duramente combatidas e interpretadas pelos médicos como charlatanismo ou fruto da ignorância das classes pobres. Seus praticantes, chamados genericamente de bruxos e feiticeiros, foram perseguidos e criminalizados, principalmente nas grandes cidades.

A medicina científica tentou retirar esses saberes da população e disseminar hábitos e práticas próprios de sua racionalidade tecnológica e hospitalar, reservando o exercício das práticas de tratamento e cura aos médicos formados e reconhecidos pelo Estado. Porém, as práticas populares de saúde resistiram porque são valorizadas pela população por seus efeitos benéficos para a saúde e por estarem integradas à vida comunitária.

A ciência, todavia, passou a investigar e a explicar os mecanismos de funcionamento e os efeitos dessas práticas no processo saúde-doença. Enquanto pajés, curandeiros e benzedeiros elaboram explicações mágicas e religiosas sobre seus rituais, cientistas os interpretam como fenômenos que operam por mecanismos *psicológicos* (como a indução hipnótica ou a autossugestão), *bioquímicos* (como aqueles decorrentes do uso de plantas medicinais), e/ou *físicos* (como o banho de sol, o uso de águas minerais ou determinado exercício corporal). Com o tempo, houve uma alteração da visão sobre os saberes tradicionais e populares e alguns passaram a ser reconhecidos e incorporados pela medicina científica, o que inclusive assegurou sua legitimidade perante a população (Carvalho, 2005).

Decerto, a medicina científica se mantém hegemônica, mas as práticas populares de cuidado ocupam um lugar importante e possuem valor inestimável, por isso, precisamos reconhecê-las. Reconhecer os saberes tradicionais e populares é uma forma de retomar a relação do homem com a natureza e com todos os demais aspectos que organizam a vida nos territórios. Os índios têm muito a nos ensinar sobre as plantas medicinais e seus rituais de pajelança. As parteiras muito a nos dizer sobre a experiência do nascimento. Os benzedeiros e raizeiros, sobre rezas e raízes. Os religiosos, sobre como a experiência espiritual ajuda a construir sentidos e significados para a vida e como mobiliza os sujeitos para a “difícil tarefa de reorganização do viver exigida para a conquista da saúde” (Vasconcelos, 2009, p. 325).

Práticas integrativas e complementares de saúde

Um movimento importante de valorização das práticas tradicionais de cuidado foi inaugurado no final dos anos 1970, quando a OMS instituiu o Programa de Medicina Tradicional que propunha a integração das práticas tradicionais e complementares nos sistemas de saúde. Nesse momento, a OMS reconheceu que

[...] grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, tendo em vista que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos

seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas. (Brasil, 2006, p. 11)

Vale lembrar que o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, registrou o discurso sobre a importância de se introduzirem as práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, “possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (Brasil, 1986, p. 11).

O processo de reconhecimento e valorização das medicinas tradicionais teve como importante marco a publicação, em 2002, da Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (Pnspi), que prevê a “adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde” (Brasil, 2002, p. 6). A Pnspi considera que:

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde. (Brasil, 2002, p. 17)

Nesse sentido, os trabalhadores da saúde não devem simplesmente transferir conhecimentos e tecnologias biomédicas, e sim reconhecer e integrar os saberes dos povos indígenas na organização dos serviços e ações de saúde, como “o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional” (Brasil, 2002, p. 18).

Outro avanço aconteceu em 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que

[...] atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia. (Brasil, 2006a, p. 4)

A PNPIC contempla sistemas complexos e recursos terapêuticos de medicina tradicional e complementar. Esta última “se refere ao conjunto de práticas de cuidado em saúde que não são parte da tradição própria do país e não são integradas dentro do sistema de saúde dominante” (Brasil, 2012, p. 18). Esses sistemas primam por uma “visão ampliada do processo saúde-doença” e voltam-se para “a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (Brasil, 2006a, p. 13).

Práticas integrativas e complementares

Medicina tradicional chinesa

Caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso e a observação da face e da língua, em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

Homeopatia

Sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C., a homeopatia foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da arte de curar* e *Doenças crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoît More em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Fitoterapia

É uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal" (Brasil, 2006a). O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para o tratamento de diferentes doenças.

Termalismo

Compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

Crenoterapia

Consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Medicina Antroposófica (MA)

Apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do parecer nº 21/1993 do Conselho Federal de Medicina, em 23 de novembro de 1993. Entre os recursos que acompanham essa abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrada ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

Fonte: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (2006 a).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, publicada também em 2006, incentiva o uso de plantas medicinais oriundo de saberes populares, com o objetivo de

[...] garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. (Brasil, 2006b, p. 20)

A política afirma que o Brasil possui rica biodiversidade e um amplo potencial para pesquisas capazes de gerar conhecimentos e métodos terapêuticos para a solução de muitas doenças. De suas diretrizes, ressalta-se a de “promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros” (Brasil, 2006b, p. 28).

Na sequência, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em 2008; uma lista que reúne 71 espécies que possuem potencial terapêutico, em 2009; e a Farmácia Viva,¹ em 2010, que

[...] no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, realizará todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos. (Brasil, 2012, p. 31)

O desafio do SUS agora é implementar essas políticas e integrar as práticas tradicionais e populares de *cuidado* no cotidiano dos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de assistência, como uma forma de minimizar o processo de medicalização e tecnificação produzido pela biomedicina, recuperando a relação do homem com as práticas naturais de cuidado.

A importância da educação popular para repensar o cuidado em saúde

Um dos fundamentos da educação popular em saúde é o reconhecimento do valor dos saberes populares – e para reconhecer é preciso antes conhecer. Conhecer não significa simplesmente assimilar e aceitar, mas estranhar, questionar e, se possível e necessário for, transformar. Porém, transformar construindo junto outros saberes e não trazendo outros saberes prontos e ditando formas de comportamento. Para Paulo Freire:

A sabedoria parte da ignorância. Não há ignorantes absolutos. Se num grupo de camponeses conversarmos sobre colheitas, devemos

¹ “As Farmácias Vivas foram concebidas há quase três décadas como um projeto da Universidade Federal do Ceará (UFC), a partir dos ideais do professor Dr. Francisco José de Abreu Matos de promover a assistência social farmacêutica às comunidades, baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), com ênfase àquelas voltadas aos cuidados primários em saúde, e diante da observação de que boa parte da população do Nordeste do Brasil não tinha acesso aos serviços de saúde, utilizando plantas da flora local como único recurso terapêutico” (Brasil, 2012, p. 99).

ficar atentos para a possibilidade de eles saberem muito mais do que nós... O saber se faz através de uma superação constante. O saber superado já é uma ignorância. Todo ser humano tem em si o testemunho do novo saber que já anuncia. Todo saber traz consigo sua própria superação. Portanto, não há saber nem ignorância absoluta: há somente uma relativização do saber ou da ignorância. (1979, p. 15)

Nesse sentido, as ações de educação popular devem promover relações entre os saberes científicos, tradicionais e populares, de forma a compreender cada um no seu contexto de uso e experimentação. É fundamental fortalecer o cuidado como uma prática integrativa. Todo saber deve ser conhecido, questionado e reconhecido na medida em que promove cuidado. Nessa perspectiva, a educação popular deve ser considerada

[...] uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular. [...] Neste sentido, a educação popular tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo na superação do biologicismo, autoritarismo do doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais, que dominam na medicina atual. É, assim, um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população. (Vasconcelos, 2009, p. 326-327)

Além disso, devemos considerar que as práticas integrativas e complementares podem enriquecer a dimensão do cuidado nos processos terapêuticos, elaborando outras leituras sobre as doenças e as formas de se promover saúde. Essas leituras podem ser incentivadas pelas ações de educação popular nos territórios, nos quais podemos promover a integração das práticas de cuidado.

Vale pensar, principalmente, o cuidado como uma prática que deve ser estendida para todo o território. O cuidado não pode ser uma resposta somente às doenças, é preciso compreendê-lo como uma ação cotidiana que envolve todos os trabalhadores da saúde. O cuidado acontece em diversos espaços: nas visitas domiciliares, nas praças, nas ruas, nas igrejas, centros comunitários... Não é uma ação restrita ao espaço do consultório. Enquanto trabalhadores da saúde, devemos cuidar do outro, de nós e de tudo o que nos envolve.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 29 mar. 2016.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Funasa, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalidade e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo – 1950 a 1980*. São Paulo: Editora Unesp, 2005.
- DISTASI, Luiz Claudio. *Plantas medicinais: verdades e mentiras*. São Paulo: Editora Unesp, 2007.
- FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Traditional medicine*. Genebra: WHO, [s.d.]. Disponível em: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/. Acesso em: 30 ago. 2016.
- SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social – trajetória da saúde pública*. São Paulo: Editora Senac SP, 2005.
- _____. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- VASCONCELOS, Eymard. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Caderno Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009.

Biografias:

Bianca Borges da Silva Leandro

Sanitarista, bacharel em Saúde Coletiva (UFRJ), técnica de nível médio em Gestão em Serviços de Saúde (EPSJV/Fiocruz) e Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Atualmente é tecnóloga em saúde pública na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e pesquisadora-colaboradora do Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos da Ensp/Fiocruz.

Cátia Guimarães

Jornalista, especialista em Comunicação e Saúde, Mestre em Comunicação e Cultura e Doutora em Serviço Social. Servidora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Atua no setor de comunicação, com jornalismo público.

Elomar Castilho Barilli

Bióloga, Mestre em Engenharia Biomédica (Coppe/UFRJ) e Doutora em Sistemas Computacionais em Engenharia (Coppe/UFRJ). É especialista em Gestão do Conhecimento e Inteligência Empresarial (Crie/Coppe/UFRJ) e em Planejamento e Gestão de Educação a Distância (UFF/UAB). Foi responsável pelo Núcleo de Avaliação e Pesquisa do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdPopSus), realizado em parceria com o Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e a Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Atualmente é pesquisadora titular em Saúde Pública da Fiocruz, atuando na Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância e como docente do curso de pós-graduação stricto sensu em saúde pública, coordenando a disciplina Introdução às Práticas Docentes em Saúde Coletiva na Ensp/Fiocruz. É parecerista da revista Trabalho, Educação e Saúde (EPSJV/Fiocruz) e da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (Fapema).

Etel Matielo

Educadora popular, cozinheira e aromaterapeuta, com graduação em Nutrição, especialização em Saúde da Família e mestrado em Saúde Pública (Universidade Federal de Santa Catarina). É tecnóloga no Ministério da Saúde, educadora e apoiadora do Coletivo de Saúde do MST e da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde desde 2003.

Gracia Maria de Miranda Gondim

Arquiteta Urbanista, Doutora em Ciências da Saúde (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora em Saúde Pública na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Docente do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (EPSJV/Fiocruz), e pesquisadora convidada da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como docente, reflete e escreve sobre: território e saúde, territorialização em saúde, vigilância em saúde e modelos de atenção.

Grasiele Nespoli

Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e em Comunicação em Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj) e Doutora em Educação em Ciências e Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (Nutes/UFRJ). Pesquisadora em Saúde Pública do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss/CNPq).

Ieda Barbosa

Enfermeira e Obstetra pela Universidade do Rio de Janeiro, e Mestre em Políticas Públicas e Formação Humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Atualmente é tecnologista da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Tem experiência na área de Ciência Política, com ênfase em Políticas Públicas, atuando principalmente na coordenação, ensino e formação de técnicos na área de saúde.

Irene Leonore Goldschmidt

Farmacêutica Bioquímica, com especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e mestrado em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), trabalha com formação de trabalhadores técnicos de saúde desde 2002. Participou da coordenação estadual do EdPopSUS 1 no Rio de Janeiro e agora integra a coordenação nacional do EdPopSUS 2.

Islany Costa Alencar

Nutricionista, graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas

de cuidado, pela UFPB/Cefor/SES-PB. Mestranda em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, na linha de pesquisa em Educação Popular da UFPB. Coordenadora da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop).

Julio Alberto Wong-Un

Médico. Mestre e Doutor em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde e Sociedade, da Universidade Federal Fluminense (UFF). Idealizador do Blog Rua Balsa das 10. Coordenador do Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Abrasco.

Luanda de Oliveira Lima

Socióloga (IFCS/UFRJ) e Mestre em Sociologia e Antropologia pelo PPG-SA/UFRJ; especialista em Gênero e Sexualidade pelo IMS/Uerj. Participou do Núcleo de Avaliação e Pesquisa do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdPopSus), realizado em parceria com o Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/ Fiocruz) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/ Fiocruz). Atuou como professora do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde da EPSJV/Fiocruz. Trabalhou como avaliadora educacional na Gerência de Pesquisa e Avaliação do Senac/DN. É integrante da Aneps-RJ e coordenadora estadual do EdPopSUS II no Estado do Rio de Janeiro.

Márcio Sacramento

Biólogo, com doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente. Atualmente é pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e professor da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro. Tem experiência nas áreas de Educação e Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e Meio Ambiente.

Maurício Monken

Geógrafo (Uerj), Especialista em Impactos Ambientais (Coppe/UFRJ), Mestre em Planejamento Urbano e Regional (Ippur/UFRJ) e Doutor em Ciências da Saúde (Ensp/Fiocruz). Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Pedro Cruz

Graduado em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com mestrado e doutorado em Educação, ambos na linha Educação Popular da UFPB. Professor Adjunto-A do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Coordenador do grupo de pesquisa em Extensão Popular - Extelar (CNPq/UFPB) e do grupo de pesquisa Inéditos Viáveis em Educação Popular (GIV), sendo ainda membro do grupo de pesquisa Educação Popular em Saúde (CNPq/UFPB). É associado da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), na qual é membro do grupo de trabalho de Educação Popular em Saúde. Trabalha na coordenação do programa de extensão Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (Pinab), do DPS/CCM e DN/CCS da UFPB. A ênfase de sua atuação se dá na área de educação popular, promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional em comunidades, bem como na extensão popular e formação universitária em saúde. Tem experiência na área de Extensão Universitária e Nutrição em Saúde Pública, com ênfase em educação popular e saúde.

Ronaldo dos Santos Travassos

Pedagogo, especialista em Educação em Saúde Pública. Mestre e Doutor em Educação. Professor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e coordenador nacional do Ed-PopSUS 2.

Vera Joana Bornstein

Assistente Social, Mestre em Administração em Saúde, Doutora em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Professora-pesquisadora na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Coordenadora nacional e membro do comitê gestor do EdPopSUS 2. Participante da Aneps-RJ, do Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Abrasco e da Rede de Educação Popular em Saúde.

Este livro foi impresso pela WalPrint Gráfica e Editora, para Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em outubro de 2016. Utilizaram-se as fontes Lido STF CE e Handlee na composição, papel Offset LD 90g/m² para o miolo e Triplex LD 250 g/m² para a capa.

ISBN 859876888-X



9 788598 768885



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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE