

Tijolo por tijolo... Telha por telha... Lajota por lajota... É encaixando peça por peça, misturando alguns materiais e dando tempo ao tempo – respeitando os momentos e o lugar no espaço-tempo que cada parte tem na constituição do todo – que o processo de uma construção se dá. Por vezes, alguns muros precisam ser quebrados, para serem reconstruídos lugares outros que, ao invés de divisar os espaços e limitar fronteiras, possam compor paisagens de encontros polifônicos, transformando muros em jardins. É sobre estes processos de (re)construção dos saberes e fazeres no mundo da saúde que esta coletânea se detém, colocando em debate o papel da Educação Popular em Saúde no SUS.

A Coletânea Educação Popular em Saúde buscou incentivar a produção técnico-científica e a análise dos processos relacionados à educação popular como referencial teórico-metodológico para a (re)orientação da formação, participação social, atenção à saúde na perspectiva da integralidade e valorização dos usuários e suas necessidades como elemento central para o fortalecimento e consolidação do SUS. Conheça os seus outros dois volumes:

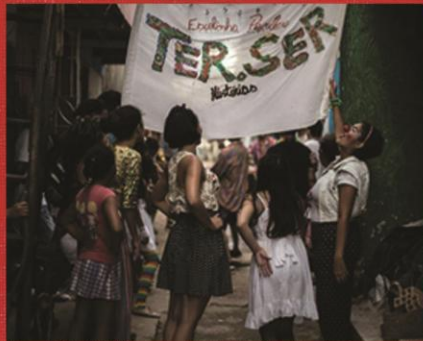
- Volume 1: Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras
- Volume 3: Educação Popular e a (re)construção de poéticas políticas no fazer saúde



COLETÂNEA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

VOLUME 2

Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras



Neste volume da Coletânea Educação Popular em Saúde, congregamos textos que abordam a Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras. Enquanto dimensão fundamental da vida humana, cuidar parte de um projeto de felicidade e de humanidade, que exige uma postura de alteridade com o outro. Neste contexto, as produções que aqui se apresentam trazem a perspectiva popular em diálogo com os serviços de saúde.

César Augusto Paro
Marcos Aurélio Matos Lemões
Renata Pekelman
Organizadores

Grupo Temático de Educação Popular e Saúde
da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco

COLETÂNEA
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE
Educação Popular e a (re)construção de
práticas cuidadoras

Volume 2

Editora do CCTA
João Pessoa/PB
2020

Copyright © 2020 dos organizadores.
Todos os direitos reservados à Editora do CCTA.
Depósito legal efetuado.

Autorizada a reprodução total ou parcial desde que citada a fonte.
O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Realização: Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - GT EdPopSaúde/Abrasco

Organização: César Augusto Paro, Marcos Aurélio Matos Lemões e Renata Pekelman

Programação visual e projeto gráfico: André Sampaio e César Augusto Paro

Diagramação e revisão ortográfica: César Augusto Paro

Fotografias da capa e contracapa: acervo pessoal de Gilberto Guimarães, com os direitos de imagem cedidos para os organizadores do livro. Nas imagens, registros dos cortejos do Projeto “Escolinha Popular Ter.Ser Histórias”, em Belém/PA.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P257c Paro, César Augusto
Coletânea Educação Popular em Saúde – Volume 2: Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras / César Augusto Paro, Marcos Aurélio Matos Lemões, Renata Pekelman (organizadores). – João Pessoa-PB: Editora do CCTA, 2020.
305 p. : il.
Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5621-061-2

1. Educação Popular. 2. Educação Popular em Saúde. 3. Integralidade em saúde. 4. Serviços de saúde. 5. Saúde Pública. I. Lemões, Marcos Aurélio Matos. II. Pekelman, Renata. III. Título.
CDU 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE COMUNICAÇÃO, TURISMO E ARTES

REITORA

Margareth de Fátima Formiga Diniz

VICE-REITORA

Bernardina Maria Juvenal Freire de Oliveira



DIRETOR DO CCTA
José David Campos Fernandes

VICE-DIRETOR

Ulisses Carvalho da Silva



Editoria do
CCTA

CONSELHO EDITORIAL

Carlos José Cartaxo

Gabriel Bechara Filho

José Francisco de Melo Neto

José David Campos Fernandes

Marcílio Fagner Onofre

EDITOR

José David Campos Fernandes

SECRETÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL

Paulo Vieira

COORDENAÇÃO DO LABORATÓRIO DE JORNALISMO E EDITORAÇÃO

Pedro Nunes Filho



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO

Presidência: Gulnar Azevedo e Silva (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Vice-presidentes: Antônio Boing (Universidade Federal de Santa Catarina), Bernadete Perez Coelho (Universidade Federal de Pernambuco), Guilherme Werneck (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade do Estado do Rio de Janeiro), José Ivo Pedrosa (Universidade Federal do Piauí), Marcio Florentino Pereira (Universidade Federal do Sul da Bahia), Mario César Scheffer (Universidade de São Paulo), Naomar de Almeida Filho (Universidade Federal do Sul da Bahia e Universidade Federal da Bahia), Reinaldo Guimarães (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Rosana Onocko Campos (Universidade Estadual de Campinas) e Tatiana Engel Gerhardt (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Conselho Deliberativo: Ana Paula Muraro (Universidade Federal de Mato Grosso), Anaclaudia Fassa (Universidade Federal de Pelotas), Cristiani Vieira Machado (Fundação Oswaldo Cruz), Deivisson Vianna (Universidade Federal do Paraná), Edna Araújo (Universidade Estadual de Feira de Santana), Eli Iola Gurgel Andrade (Universidade Federal de Minas Gerais), Luis Eduardo Batista (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), Luis Eugenio Portela de Souza (Universidade Federal da Bahia), Luiza Garnelo (Fundação Oswaldo Cruz), Marília Louvison (Universidade de São Paulo) e Regina Flauzino (Universidade Federal Fluminense)

GRUPO TEMÁTICO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

Coordenação: Luanda de Oliveira Lima (Fundação Oswaldo Cruz), Renata Pekelman (Universidade do Vale do Rio dos Sinos) e Vera Lucia de Azevedo Dantas (Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza)

Membros: Carla Pontes de Albuquerque (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro), César Augusto Paro (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Eymard Mourão Vasconcelos (Universidade Federal da Paraíba), Grasielle Nespoli (Fundação Oswaldo Cruz), Helena Maria Scherlowski Leal David (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), José Carlos da Silva (Universidade Federal de Pernambuco), José Ivo dos Santos Pedrosa (Universidade Federal do Piauí), Marcos Aurélio Matos Lemões (Universidade Federal de Pelotas), Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará), Maria Waldenez de Oliveira (Universidade Federal de São Carlos), Muna Muhammad Odeh (Universidade de Brasília), Osvaldo Peralta Bonetti (Fundação Oswaldo Cruz), Paulette Cavalcanti de Albuquerque (Universidade Federal de Pernambuco), Pedro Cruz (Universidade Federal da Paraíba), Reinaldo Matias Fleuri (Universidade Federal de Santa Catarina), Sônia Acioli (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira (Universidade Tiradentes) e Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul)

“Cataram um por um os espinhos da água
Restaurar nos homens uma telha a menos
Respeitar e amar o puro traste em flor”

Manoel de Barros

Dedicamos esta obra aos(as) trabalhadores(as), estudantes(as), professores(as) e pesquisadores(as) que se dispuseram a compartilhar suas vivências, experiências e reflexões, para a construção de novos saberes e fazeres no cuidado em saúde e na construção de um SUS humanizado, resolutivo e participativo. Ao povo, comunidades, vilas, bairros e movimentos sociais que acolhem, criam, mobilizam e estabelecem processos de diálogos e saberes que possibilitaram os trabalhos desta coletânea.

Agradecemos aos(as) pareceristas, em especial aos(as) integrantes do GT de Educação Popular e Saúde da Abrasco, que avaliaram, sugeriram e contribuíram para a qualificação da publicação.

Agradecemos à Abrasco, na figura de sua presidência e secretaria executiva, que contribuiu na formulação e publicação do edital, assim como na divulgação do produto final da coletânea.

CANÇÃO DO ÓBVIO

Escolhi a sombra de uma árvore para meditar
no muito que podia fazer enquanto te esperava
quem espera na pura esperança
vive um tempo de espera qualquer.

Por isso enquanto te espero
trabalharei nos campos e dialogarei com homens, mulheres e crianças
minhas mãos ficarão calosas
meus pés aprenderão os mistérios dos caminhos
meu corpo será queimado pelo sol
meus olhos verão o que nunca tinham visto
meus ouvidos escutarão ruídos antes despercebidos
na difusa sonoridade de cada dia.

Desconfiarei daqueles que venham me dizer
à sombra daquela árvore, prevenidos
que é perigoso esperar da forma que espero
que é perigoso caminhar
que é perigoso falar...
porque eles rechaçam a alegria de tua chegada.

Desconfiarei também daqueles que venham me dizer
à sombra desta árvore, que tu já chegaste
porque estes que te anunciam ingenuamente
antes te denunciavam.

Esperarei por ti como o jardineiro
que prepara o jardim para a rosa
que se abrirá na primavera

Paulo Freire

SUMÁRIO

- 15 APRESENTAÇÃO
Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras
*César Augusto Paro, Marcos Aurélio Matos Lemões e
Renata Pekelman*

Vivências pulsantes no território: uma atenção primária participATIVA

- 31 O agir ético e afetivo no cotidiano de trabalho da Atenção Primária à Saúde: uma análise integrada à educação popular
*Camila Marques da Silva Oliveira, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Ana Suelen Pedroza Cavalcante e
André Ribeiro de Castro Júnior*
- 51 Grupo Inclusivo de Autocuidado na Atenção Básica: um encontro entre ensino, serviço e comunidade
Ailza Gomes Bispo dos Santos, Flávia Rodrigues Pereira, Jordelina Moreira dos Santos e Maria Gabriela Parenti Bicalho
- 65 A Educação Popular em Saúde como método para a reunião de equipe na Atenção Primária à Saúde
Vilson Limirio Junior, Matheus Cesar Vieira Barros, Aline de Cássia Nogueira Simão, Leticia da Silva Alves, Matheus Ladir Pereira Vieira de Moraes e Danilo Borges Paulino

Aprendendo a cuidar com os “saberes de experiência feito”

- 85 Aprender com Dona Flor: períneo íntegro é saúde integral.
O cuidado de parteiras tradicionais
Juliana Floriano Toledo Watson e Muna Muhammad Odeh
- 113 Cano Furado:
uma viagem para além dos muros da universidade
*Juan Valente Martins, Gabriela Pires da Rosa e
Edson Eustáquio de Lima Júnior*

Desmanicomializando a vida: ação-reflexão-ação na saúde mental

- 135 Saúde Mental e Educação Popular: possíveis diálogos
João Vinícius dos Santos Dias e Paulo Amarante
- 155 Roda de conversa sobre alimentação e oficina de horticultura
e plantas medicinais como ferramentas para educação
popular em saúde: vivenciando a extensão universitária em
Centro de Atenção Psicossocial
*Camila de Jesus França, Gabriela Nunes Santana, Patrícia Baier
Krepesky e Vivian Carla Honorato dos Santos de Carvalho*
- 175 Diálogos entre o movimento antimanicomial
e a educação popular: possibilidades na construção da
participação em saúde mental
*Ronaldo Rodrigues Pires, Maria Rocineide Ferreira da Silva,
Alexsandro Batista de Alencar, Núbia Dias Costa Caetano e
José Jackson Coelho Sampaio*
- 191 Terapia Comunitária Integrativa:
ferramenta de fortalecimento dos princípios do SUS
*Aline de Oliveira Souza, Brunna Santos de Oliveira e
Patrícia Souza Fortuna*

Forjando “inéditos viáveis” para a igualdade de gênero

- 201 Entre a espera e a reflexão: (re)construindo conceitos de gênero com a Educação Popular em Saúde no SUS
Caterina Beatriz Grassi, Letícia Nastulevitie de Oliveira Leonardi, Wallisen Tadashi Hattori, Gustavo Antonio Raimondi e Danilo Borges Paulino
- 221 Educação popular em saúde no combate à violência de gênero: a visão de mulheres
Tatiana Carvalho Reis Martins, Luís Paulo Souza e Souza, Lucinéia de Pinho, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Kleyde Ventura de Souza e Maisa Tavares de Souza Leite

Reflexões para pensar o cuidado a partir do popular

- 251 Epistemologias do Sul e Educação Popular: alguns diálogos a partir do pensamento de Frantz Fanon e Paulo Freire
João Vinícius dos Santos Dias
- 261 Educação Popular em Saúde: espaço coletivo de luta
Marta Alves Santos e Mônica de Castro Maia Senna
- 285 SOBRE O GRUPO TEMÁTICO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
- 287 BIOGRAFIAS DOS ORGANIZADORES
- 291 BIOGRAFIAS DOS PARECERISTAS
- 301 SUMÁRIOS DOS DEMAIS VOLUMES

APRESENTAÇÃO

Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras

César Augusto Paro
Marcos Aurélio Matos Lemões
Renata Pekelman

Tijolo por tijolo... Telha por telha... Lajota por lajota... É encaixando peça por peça, misturando alguns materiais e dando tempo ao tempo – respeitando os momentos e o lugar no espaço-tempo que cada parte tem na constituição do todo – que o processo de uma construção se dá. Por vezes, alguns muros precisam ser quebrados, para serem reconstruídos lugares outros que, ao invés de divisar os espaços e limitar fronteiras, possam compor paisagens de encontros polifônicos, transformando muros em jardins.

Construir jardins, que, por vezes, exige a quebra de muros que antes impediam a circulação das diferentes vozes, tem sido a tarefa cotidiana de tantas mulheres e homens no campo da saúde, fazedoras(es) e refazedoras(es) do Sistema Único de Saúde (SUS). É sobre estes processos de (re)construção dos saberes e fazeres no mundo da saúde que esta coletânea se detêm, colocando em

análise o papel que a Educação Popular em Saúde (EPS) tem tido para este processo.

A EPS tem se constituído como uma práxis político-pedagógica orientadora da (re)construção dos processos da garantia do direito à saúde por meio de um agir ético crítico-reflexivo, comprometida com a participação cidadã dos indivíduos nas questões relativas à saúde e à vida da população (BRASIL, 2013). Inspirados no legado de Paulo Freire (1921-1997), profissionais de saúde iniciaram na década de 1970 um movimento de integração às experiências informais da igreja católica promovidas pelas Comunidades Eclesiais de Base com a teologia da libertação nas periferias das grandes cidades e zonas rurais, assim como de multiplicação de serviços de atenção primária à saúde, o que possibilitou que a educação popular se tornasse um instrumento de reorientação das práticas de saúde nestas experiências (VASCONCELOS, 2001).

De lá para cá, muito se avançou, muito se ocupou, muito se edificou, muito se cultivou, muito se floresceu, muito se construiu e muito se reconstruiu a partir da EPS no campo da Saúde Coletiva e na área da saúde como um todo. A própria criação do SUS a partir dos princípios da participação popular, da integralidade e da igualdade pode ser considerado como a principal construção, até hoje em processo.

Em termos da organização dos sujeitos-políticos, redes foram tecidas, fomentando uma grupalidade para gerar movimentos coletivos, tal qual a Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP), a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e o próprio Grupo Temático de Educação Popular e Saúde (GT EdPopSaúde) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), do qual fazemos parte.

No âmbito das experiências formativas, as universidades têm cada vez mais incorporado em suas atividades de ensino e de extensão a perspectiva popular. Nos serviços de saúde, a EPS tem norteado processos de educação permanente e educação em saúde com a população que têm permitido a análise crítica do cotidiano de produção de saúde. Além disso, tivemos pelo Brasil a fora milhares de agentes de saúde e sujeitos vinculados a movimentos sociais participando das duas edições do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS I e II), maior estratégia formativa em EPS da última década no contexto nacional, promovida por uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Além do EdPopSUS, também cria-se no plano político-programático o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, movimento que gerou a implantação destes órgãos consultivos

também em alguns estados e municípios. Em 2013, institui-se a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP-SUS), prevendo ações em quatro eixos: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais.

No cultivo deste jardim, houve também o reconhecimento de debates que vinham ocorrendo em diversos espaços de participação social da nossa política de saúde sobre a incorporação de práticas populares de saúde e terapias alternativas para complementar as ações de cuidado, culminando no florescimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS) em 2006.

No âmbito do cuidado, a Educação Popular têm sido solo fértil para diversas experiências no cotidiano dos serviços e das ações do setor saúde que revelam o componente comunitário da saúde – até porque é neste componente coletivo que se produz os sentidos para o saber, para a saúde e para a própria vida. Profissionais de saúde têm criado e recriado práticas em saúde articuladas aos saberes populares com base nos conhecimentos ancestrais e das comunidades tradicionais, nos conhecimentos construídos culturalmente de geração em geração, que passam por diversas oratórias, histórias e fatos que constroem tais saberes.

No plano da produção do conhecimento, a Educação Popular tem historicamente se constituído com base em vivências e ações que reconhecem e valorizam o saber popular e experienciam processualidades pautadas na reflexão-ação-reflexão com vistas à transformação social. Dentro da universidade, as atividades de extensão vêm gerando movimentos de quebra de alguns muros e problematizando a distância entre o saber produzido dentro das quatro paredes da academia com o resto da sociedade. A partir da extensão popular, discentes, docentes e pesquisadores foram identificando e mapeando outras produções do conhecimento originárias dos saberes e protagonismos populares, bem como criando processos de construção compartilhada do conhecimento com a comunidade. Para tanto, o desenvolvimento das ações de extensão tem sido integrada com os demais pilares universitários do ensino e da pesquisa, culminando no nascimento de múltiplas linhas e programas no ambiente acadêmico que tomam por base o popular.

Apesar de podermos ter projetado tantos inéditos viáveis e constituído atos-limites (FREIRE, 2016b) transformadores no cotidiano da saúde, não há uma linearidade nas conquistas: a cada passo dado nesta construção coletiva, confrontamos com outras tantas situações-limite, tantos outros muros aparecem. Ao mesmo tempo que nos tornamos cada vez mais fortes, que aprendemos a esperar e sonhar coletivamente e que temos afetado desde o

plano micropolítico até o macropolítico, convivemos com diversos retrocessos diários, com ataques aos valores democráticos, de justiça social e da solidariedade, advindos de um contexto político-econômico-social pautado pelo individualismo e pela objetificação das relações. A nossa mais recente “crise na saúde”, advinda do modo como tem se buscado responder o contexto pandêmico do COVID-19 neste início de 2020, revela o grande fosso que existe entre a condução das políticas públicas e um agir para a emancipação humana.

É por isso que, mais do que nunca, a EPS se faz necessária na construção de um futuro que possa superar as desigualdades sociais e todas as formas de discriminação, violência e opressão, para gerar autonomia e emancipação, ou seja, para criar um “mundo melhor, mais justo, menos feio, mais substantivamente democrático” (FREIRE, 2016a, p. 37). E, é a partir da dialeticidade freiriana da denúncia-anúncio, que este livro se constitui como um momento de refletir criticamente sobre o próprio campo da EPS, bem como analisar as experiências vividas, de problematizar o cotidiano da saúde, afinal, “é pensando a prática que aprendo a pensar e a praticar melhor” (FREIRE, 2016c, p. 108). Trata-se, portanto, de um momento de aprender com (re)construções feitas, com os inéditos-viáveis projetados, com as situações-limites ainda existentes. Um momento de olhar,

pensar, analisar, desvelar, apreender, compreender e reconhecer os jardins construídos e os muros que ainda nos cercam.

Por isso que nós do GT EdPopSaúde/Abrasco apresentamos aqui a vocês a **Coletânea Educação Popular em Saúde**, que teve como objetivo incentivar a produção técnico-científica e a análise dos processos relacionados à EPS como referencial teórico-metodológico para a (re)orientação da formação, participação social, atenção à saúde na perspectiva da integralidade e valorização dos usuários e suas necessidades como elemento central para o fortalecimento e consolidação do SUS.

Esta deriva de chamada pública, divulgada em dezembro de 2018, que recebeu 69 proposições e contou com uma equipe de 41 avaliadores que nos apoiaram no processo editorial de seleção e de aprimoramento do material, num quefazer formativo para todos os envolvidos.

Os 38 manuscritos que compõem os três volumes da coletânea congregam relatos de experiências, divulgação de pesquisas, ensaios teórico-conceituais e poemas. São textos escritos por 125 autores(as) – trabalhadores(as) de saúde, educadores(as) populares, militantes, estudantes, professores(as), pesquisadores(as), acadêmicos(as) –, que, num movimento (re)construtor, cultivam o bem viver: semeiam inéditos viáveis, regam com o esperar, adubam com pensamento crítico, esperam pacientemente impaciente os tempos de cada

processualidade e colhem/admiram as flores que emergem dali – as transformações cotidianas de si e do mundo.

Neste volume, congregamos textos que abordam a **Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras**. Enquanto dimensão fundamental da vida humana, cuidar parte de um projeto de felicidade e de humanidade, que exige uma postura de alteridade com o outro. Neste contexto, as produções que aqui se apresentam trazem a perspectiva popular em diálogo com os serviços de saúde.

Iniciamos com a atenção básica, na seção **Vivências pulsantes no território: uma atenção primária participATIVA**. Camila Marques da Silva Oliveira e colaboradores apresentam a pesquisa-ação desenvolvida em uma unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza/CE com o objetivo de analisar os processos de trabalho em saúde neste serviço implicados na produção de cuidado. O diálogo, a amorosidade e a ética foram tidas como ferramentas cruciais para a efetivação do vínculo entre os usuários e profissionais da saúde pelos sujeitos envolvidos nesta pesquisa. Para além de serem potentes para atividades de educação em saúde, devem estar articulados e serem transversais a todos os cuidados ofertados à população.

No relato de Ailza Gomes Bispo dos Santos e colaboradoras, há a experiência da criação do Grupo Inclusivo de Autocuidado na unidade básica de saúde Nossa Senhora das

Graças e Esperança do município de Governador Valadares/MG. Este grupo foi uma iniciativa de agentes comunitárias de saúde que participaram do EdPopSUS e gostariam de desenvolver atividades educativas por meio da EPS em um espaço grupal. Para além de qualificar o cuidado, o grupo foi cenário de formação prática de graduandos da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) e Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares (UFJF-GV) por meio de um projeto de extensão curricular.

É a partir de um projeto de extensão do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) que Vilson Limirio Junior e colaboradores propuseram a utilização da EPS enquanto método para trabalhar a reunião de equipe. Os autores reconhecem a limitação da experiência para provocar grandes transformações no processo de trabalho, mas conseguem identificar pequenas mudanças no cotidiano decorrentes do aprendizado mútuo e da sensibilização da equipe.

Na segunda seção, a abertura aos saberes tradicionais e que são provenientes do povo fez com que possamos estar **Aprendendo a cuidar com os “saberes de experiência feito”**. Os conhecimentos advindos do vivido e das tradições de como nossos ancestrais cuidavam-se devem ser identificados, compreendidos, valorizados e considerados no processo do cuidado.

É esse mote que fez com que Juliana Floriano Toledo Watson e Muna Muhammad Odeh dedicassem um texto para dar destaque à atuação da parteira Florentina Pereira Santos, conhecida como Dona Flor ou Mãe Flor. Essa mestra quilombola da comunidade Moinho em Alto Paraíso/GO ensina os cuidados com o períneo durante gestação, parto e pós-parto, com estatísticas que destoam dos dados gerais sobre parto: de 333 partos, nenhuma mulher teve lacerações nas quais fosse necessário realizar sutura ou corte. As autoras revelam a importância de preservar e valorizar estes conhecimentos e os(as) cuidadores(as) tradicionais, principalmente pelos benefícios para a saúde integral da mulher.

Já Juan Valente Martins e colaboradores, extensionistas do Projeto “Frente de Saúde Popular” da Universidade Federal Fluminense (UFF), puderam em suas andanças além dos muros da universidade, chegar a Cano Furado, comunidade de São Gonçalo/RJ. Comunicar-se com os moradores daquele território numa relação horizontal e ter a humildade para rever a sua atuação rotineiramente, fez com que fosse formada na comunidade a “Frente das plantas”, rodas de conversa semanais para as trocas de saberes sobre a temática, em que cada um contribuía a partir de seus saberes.

No âmbito do cuidado em saúde mental, a seção **Desmanicomializando a vida: ação-reflexão-ação na saúde**

mental aponta as possíveis articulações entre os campos da saúde mental e da EPS. João Vinícius dos Santos Dias e Paulo Amarante abrem a seção colocando em análise estas articulações, por meio de um ensaio teórico-conceitual. Revelam que a aproximação destes dois campos pode ser um importante caminho para a construção de uma perspectiva de cuidado emancipatória, principalmente pelo fato de que a interlocução dos diferentes saberes pode levar a práticas de saúde mais inclusivas, solidárias e comprometidas com a ampliação das possibilidades de produção de vida.

Dando continuidade nas reflexões sobre estas intercessões, Ronaldo Rodrigues Pires e colaboradores buscam identificar as articulações entre o movimento antimanicomial e a EPS, para indicar horizontes possíveis de reflexão e fortalecimento da participação de profissionais, usuários e familiares na política de saúde mental do SUS.

Camila de Jesus França e colaboradores apresentam experiências na condução de dois grupos distintos com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: roda de conversa sobre alimentação e oficina de horticultura e plantas medicinais. Optar pelo formato de rodas de conversa e de oficinas com uma postura pautada pela horizontalidade pode extrapolar a prática biologicista do cuidado, sem, contudo, excluí-la.

Explorar metodologias de EPS para saúde mental também foi preocupação de Aline de Oliveira Souza e

colaboradoras. Especificamente, as autoras se detêm sobre a Terapia Comunitária Integrativa, prática popular de cuidado criada no Ceará e que hoje se espraia para diversos contextos do nosso país. A caracterização dessa prática cotejada a partir dos princípios da PNEPS-SUS e do próprio SUS a coloca como uma ferramenta que pode fortalecer e promover tais princípios.

Na seção seguinte, **Forjando “inéditos viáveis” para a igualdade de gênero**, dois manuscritos tematizam a questão de gênero no cuidado em saúde. Caterina Beatriz Grassi e colaboradores relatam experiência desenvolvida em unidade básica de saúde de Uberlândia/MG com pais e mães, para sensibilizá-los nos modos como agem na criação dos seus filhos. Utilizar os aportes da educação popular para problematizar um tema ainda tão polêmico e sensível na nossa sociedade como gênero e sexualidade foi, na visão dos autores, profícuo, por proporcionar um espaço horizontal para se dialogar.

Em uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, Tatiana Carvalho Reis Martins e colaboradores buscaram compreender a visão de mulheres sobre práticas de EPS em um grupo operativo na abordagem da violência de gênero que eram realizados quinzenalmente em uma unidade de saúde, o “Café & Prosa com as Marias”. A partir de entrevistas com estas participantes, identificou-se que a abordagem dialógica utilizada nos grupos proporcionou a troca de experiência entre as mulheres,

estimulando o pensamento crítico e contribuindo para o “empoderamento”, tornando-as agentes da sua própria transformação, bem como agentes capazes de interromper o ciclo de violência. Portanto, tais mulheres transformam-se em promotoras de uma cultura de paz.

Por fim, na última seção, **Reflexões para pensar o cuidado a partir do popular**, dois ensaios teórico-conceituais exploram o ideário freiriano para o mundo da saúde a partir de diferentes perspectivas.

No primeiro deles, João Vinícius dos Santos Dias reflete algumas relações entre correntes de pensamento decolonial representadas pelas chamadas Epistemologias do Sul com a perspectiva da Educação Popular. Pondo em diálogo Frantz Fanon com Paulo Freire, revela-se a urgência de uma descolonização epistêmica, o que implica distanciamento dos referenciais eurocêntricos e a aproximação com as práticas e saberes formulados nas lutas cotidianas dos diferentes povos que historicamente tiveram seus conhecimentos negados ou mesmo aniquilados.

Já no segundo, Marta Alves Santos e Mônica de Castro Maia Senna, provocadas pelos desafios postos na atual conjuntura, debatem a educação popular no âmbito da saúde como espaço coletivo de luta. Para isso, a coletividade deve ser central nas

intervenções, em que estratégias de fortalecimento da mobilização e de participação dos usuários são prementes.

Enquanto produções advindas do campo da EPS, os textos aqui apresentados não são trabalhos acabados em si mesmos. Trazem escrituragens e reflexões prático-conceituais que requerem, além da leitura, que “o(a) leitor(a) entre e faça parte dele[s]” (FREIRE, 2014), ou seja, que se coloque em uma postura de diálogo com eles. Esperamos proveitosas leituras-diálogos que possam conectar o plano do refletir com o do querer e do agir. Que os jardins aqui apresentados possam ainda mais nos fortalecer nas quebras de mais muros rumo ao horizonte ético-político de sermos mais!

Boas leituras, diálogos, construções e reconstruções!

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)**. Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016a.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 62. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016b.
- FREIRE, P. **Professora, sim; tia, não**: cartas a quem ousa ensinar. 26. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016c.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001.

**Vivências pulsantes no território:
uma atenção primária
participATIVA**

O agir ético e afetivo no cotidiano de trabalho da Atenção Primária à Saúde: uma análise integrada à educação popular

Camila Marques da Silva Oliveira¹
Maria Rocineide Ferreira da Silva²
Ana Suelen Pedroza Cavalcante³
André Ribeiro de Castro Júnior⁴

Introdução

A história da saúde pública brasileira é marcada e construída com a contribuição da participação popular (ROQUAYROL; SILVA, 2013), tendo o cuidado em saúde se constituído na perspectiva da prática social e coletiva, sendo, portanto, permeado de relações entre os diversos atores que fazem a saúde. Acredita-se que é no cotidiano do trabalho em saúde que estas relações se manifestam em movimentos para geração de

¹ Enfermeira assistencial da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

² Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Graduação em Enfermagem e Pós-Graduações em Saúde Coletiva, em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, e em Saúde da Família da UECE.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE; bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

⁴ Enfermeiro. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE.

produções concretas de cuidado que podem movimentar grandes segmentos proponentes de estratégias para o campo da saúde.

Essa relação deve ser marcada pelo vínculo afetivo, pela dialogicidade e pela problematização das questões suscitadas nesse diálogo que é vivido em ato no cotidiano dos serviços de saúde e das comunidades em que estes estão inseridos. Assim, insere-se o modo ético de cuidar em saúde em que é preservada a singularidade de cada coletividade e indivíduo, considerando suas reais necessidades a partir do contexto em que estão inseridos (BATISTA; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada preferencial às redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que operacionaliza territorialmente o cuidado centrado na pessoa com a participação da comunidade, é viva e reflete o cotidiano dos territórios e dessas relações. Portanto, se faz necessário incorporar e reconhecer os saberes populares no processo de cuidado e de corresponsabilização.

Neste contexto e reconhecendo esses diversos saberes, insere-se a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS)-SUS, que orienta-se pelo diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Trata-se de uma das estratégias que pode ser utilizada na Atenção Primária à Saúde (APS) para reafirmar o

compromisso com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e buscar uma prática político-pedagógica a partir da dialogicidade entre os diversos atores do cuidado em saúde, valorizando, sobretudo, os saberes populares e as singularidades de cada sujeito assim como de sua comunidade (BRASIL, 2012).

Assim, a Educação Popular em Saúde é uma ferramenta estratégica que pode apoiar os processos de redução das desigualdades regionais e das iniquidades sociais e fortalecer as construções em prol das diversidades culturais e das possibilidades de estar e ser no mundo, de forma a reorientar as práticas em saúde, ampliando a participação social e a gestão compartilhada (BRASIL, 2014; PINHEIRO; BITTAR, 2016) por meio do diálogo entre os diversos saberes.

O processo de trabalho é entendido como o modo como os profissionais desenvolvem suas atividades, com peculiaridades individuais, resultando na transformação do seu objeto de trabalho em um produto útil a partir dos meios de produção (BELOTTI et al., 2017; FARIA et al., 2009; LITTIKE; SODRÉ, 2015).

O trabalho na ESF trespassado pelo conceito de APS em rede, trouxe uma série de interrogações pertinentes, naturais ao trabalhador submerso no exercício de suas funções, em que a produção do cuidado é a principal. A vivência do cotidiano do trabalho proporciona enxergar particularidades e minúcias, que tornam complexa a teia entre os saberes e as práticas envolvidos na

produção de saúde individual e coletiva que são necessárias para reflexões e para disparar estudos. Neste sentido, o objetivo deste estudo é analisar os processos de trabalho em saúde na APS implicados na produção de cuidado.

Itinerário metodológico

Trata-se de uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa permite suscitar conscientização dos participantes e mobilizá-los para desenvolvimento endógeno e, assim, é capaz de responder com maior eficiência aos problemas do pesquisador e, de maneira particular, formular diretrizes de ação transformadora daquela realidade (THIOLLENT, 2004).

Esta pesquisa foi realizada de agosto a setembro de 2015 no município de Fortaleza/CE, mais especificamente numa Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no bairro Bom Sucesso, que faz parte da área de abrangência geográfica da Secretaria Regional 3. Faz parte de uma dissertação intitulada “A boniteza e a fealdade da produção do cuidado no cotidiano da Atenção Primária à Saúde” apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

A opção por esse tipo de estudo ocorreu pela compreensão de que o coletivo de trabalhadores daquela UAPS constitui um movimento fortemente implicado e militante, comprometido com

a discussão da práxis e a aplicação de ações que visem à qualificação da atenção prestada, bem como à melhoria das suas condições de trabalho, com resultado direto na produção de cuidado.

Para a realização da pesquisa-ação utilizou-se o círculo de cultura (FREIRE, 2010), por acreditar que o círculo busca a compreensão de situações-limite e de potencialidades das realidades apresentadas e é um jovem e forte aliado na metodologia de pesquisa qualitativa, sobretudo no desenvolvimento desta pesquisa-ação. As informações obtidas a partir dos círculos de cultura foram anotadas em um diário de campo que serviu como instrumento de coleta dos dados.

Considerando esta forma metodológica de agir e tendo como norte o objetivo de nosso trabalho, realizamos três círculos de cultura com grupos de que variaram de nove a 15 participantes em cada encontro, sendo constituído por enfermeiros, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Uma representante da gestão local esteve presente no momento inicial da exposição dialogada, mas precisou se ausentar e, desta maneira, não pôde contribuir com a fala. No entanto, a mesma considerou até oportuna sua ausência, para não influenciar as discussões realizadas a partir de então.

Em cada círculo de cultura, foi abordado diferentes temas: no primeiro, foi solicitado os trabalhadores que falassem sobre as

palavras que lhe remetiam a produção do cuidado; no segundo círculo, se discutiu sobre as necessidades que os trabalhadores possuem para desenvolver seu trabalho com afetividade; e, no último círculo, foi discutido sobre ética no trabalho e como esse agir opera na produção do cuidado.

A fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, seus nomes foram suprimidos e as falas identificadas de maneira genérica pela letra T maiúscula. Esta letra foi pensada para fazer referência à palavra “trabalhador”. Para codificar o trabalhador que fizera esta fala, os organizamos por números, o que não faz referência à classificação de qualquer ordem. Além disso, as falas produzidas no primeiro círculo de cultura receberam a nomeação de C1, do segundo C2 e do terceiro C3.

A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE n. 42543015.3.00005534. Ademais, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para solicitar aquiescência dos participantes deste estudo.

Para a coleta das informações, além dos próprios círculos de cultura, optamos pela utilização de um diário de campo, a fim de permitir o registro das experiências vividas na feitura desta pesquisa, uma vez que nos percebemos na busca pelas concepções de nossos atores-sujeitos da pesquisa, extraídos da nossa própria

experiência de campo. As falas do grupo foram coletadas ainda por meio de gravação de voz e vídeo com três equipamentos dispostos em posições diferentes da sala de reuniões, a fim de que fosse reduzida a sobreposição das expressões e falas fossem perdidas.

A fase analítica foi pautada pela proposta de Bardin (2011) de se realizar uma análise temática de enunciação, e os dados foram discutidos a partir da literatura existente.

Resultados e discussões

Após a realização dos círculos de cultura emergiram as seguintes categorias de análise: “diálogo: uma ferramenta necessária para os encontros”; “amorosidade à comunidade”; e “a ética como ferramenta norteadora do processo de trabalho”.

Diálogo: uma ferramenta necessária para os encontros

O diálogo foi colocado como ponto imprescindível da estratégia dos encontros, sendo necessário que cada pessoa se sentisse confortável em falar ou silenciar em respeito à fala do outro. Durante o início do encontro, antes do disparo da conversa por meio de uma pergunta geradora, as conversas informais e entroncadas dos trabalhadores faziam referência à vontade de verbalizar “tudo aquilo que estava entalado na garganta faz é tempo”. Enunciavam de maneira livre que a falta de espaço para serem ouvidos era um elemento fortemente gerador de estresse e

frustração. Ressaltavam ainda que dispunham de liberdade para dialogar com a pesquisadora, visto que ela, outrora, sempre se mostrou disposta a ouvir demandas e sugerir soluções.

Para levantamento do universo vocabular, trouxemos tarjetas individuais, em que os participantes utilizaram para anotações acerca das questões disparadoras. Em seguida, realizamos a identificação das palavras geradoras que emergiram da observação e leitura destas tarjetas.

Olhando o que fora produzido, os trabalhadores puderam perceber expressões comuns e enxergaram as expressões-temas provocadoras, o que se traduziu no momento da problematização.

Amorosidade à comunidade

Explorar a dinâmica da produção de cuidado junto a estes trabalhadores nos fez seguir o rumo das trilhas afetivas que constroem, segundo eles próprios, o seu principal território de trabalho. Freire (2010) exaltaria as impressões dos trabalhadores a esse respeito porque, de acordo com ele, estariam se assumindo como seres históricos, pensantes, comunicantes, capazes de transformar, criar, realizar sonhos, de ter raiva e amar.

Durante os círculos de cultura desenvolvidos, os trabalhadores sistematizaram as discussões em cartazes e tarjetas por meio do estabelecimento de consensos a partir da mediação

dos pesquisadores, em uma construção coletiva de representação da realidade.

Em um dos cartazes produzidos pelas equipes, a palavra “amor” é circundada pela palavra “integração”, de onde se emanam setas cujas pontas sinalizam palavras que os trabalhadores acreditam ser essenciais ao trabalho em saúde.

Já na segunda produção, temos como centro a “comunidade”. Para a comunidade, apontam-se vetores cujas raízes verificamos algumas palavras parecidas, já que seriam aquelas que compõem condições ótimas para um bem-servir na área da saúde. Mesmo assim, encontramos algumas particularidades.

O amor não pode ser delimitado por barreiras físicas, ele precisa se expandir para produzir efeitos em todas as ações que permeiam o cotidiano da saúde. O profissional de saúde tem, como um de seus compromissos, assumir um pensar certo, um agir ético e coerente com seus esforços de trabalho. Por isso, a equipe elencou que o amor ao trabalho promove solidariedade, ética, paciência e o compreensão.

A PNEPS-SUS é uma estratégia que visa reafirmar os princípios deste sistema e suscitar a garantia dos direitos à saúde mediante a ampliação da participação popular nos processos decisórios e educativos no setor saúde. Entre os princípios teórico-metodológicos para efetiva implementação desta política, destaca-

se a amorosidade (BRASIL, 2012). A valorização da amorosidade implica a incorporação de trocas emocionais para ampliação da sensibilidade e do diálogo nas relações produtoras de cuidado.

A PNEPS-SUS considera que, por meio do afeto e da humildade, se fortalece o reconhecimento e o acolhimento do outro enquanto sujeito portador de direitos e construtor de saberes, cultura e história. Alerta-nos, ainda, que o princípio filosófico e ético da amorosidade não pode ser confundido com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Ao contrário, busca superar as situações de sofrimento e de injustiça.

À leitura de Silva (2012), podemos enxergar que as produções realizadas aqui neste estudo pelos trabalhadores quiseram construir territórios de trabalho afetivo para promover uma produção desejante do cuidado e para desterritorializarem-se daquilo que lhes causa sofrimento e indignação.

A Educação Popular em Saúde defende um olhar ampliado para as práticas de saúde e as relações construídas entre profissionais e comunidade, de forma a estimular uma relação dialógica e amorosa, e, assim, promover a construção compartilhada do conhecimento e do cuidado, a partir da autonomia e da consciência crítica dos sujeitos envolvidos na construção de processos sociais emancipatórios (PINHEIRO; BITTAR, 2016).

De acordo com a equipe de trabalhadores, a comunidade está dentro do coração de cada trabalhador, sendo o lugar espacial e temporal para onde todas as forças produtoras de cuidado se voltam. A assiduidade, o trabalho em equipe, a busca pelo conhecimento e a responsabilidade fazem sentido porque é na comunidade que se operam as ações promotoras de saúde. Adicionam que, mantendo com a comunidade boa comunicação, podem obter êxito na integralidade do cuidado, porque, inclusive, isso será produto de uma construção coletiva e compartilhada.

Como vimos, a comunidade é aquilo que dá suporte e sentido ao trabalho na ESF. Emanando o amor ao que faz e, em sentido contrário, concentrando na comunidade as palavras geradoras de sentido ético ao trabalho, os profissionais puderam expressar graficamente a consciência que detêm de seus modos de agir no trabalho.

A ética como ferramenta norteadora do processo de trabalho

As produções nos mostram e Freire (2010) nos ensina que já não é possível ao trabalhador (da educação, da saúde) existir sem assumir o direito e o dever de optar, de decidir, de lutar, de fazer política. Isto porque compreendemos que o trabalho em saúde é eminentemente ético e político:

“O amor (ao trabalho em saúde), não é aquele amor romântico, tolo não. É esforço, é

persistência, é luta; porque senão você desiste e não vai fazer bem o seu trabalho e a quem precisa do seu trabalho. Você precisa integrar todos esses elementos aqui que a gente colocou em volta pra fazer seu trabalho com competência, com amor verdadeiro” (T11 C2).

A trabalhadora acima percebe o trabalho em saúde eminentemente ético. Isto porque a trabalhadora entende que há opção, há decisão por pensar certo e agir certo no trabalho em saúde. Reflete que é preciso resistir ao platônico e insistir na luta pela dignidade de que precisa para trabalhar bem. Percebe que não deve se eximir da responsabilidade de esperar, mesmo em face de fatalismos. Assim como Paulo Freire, acreditamos, ela e nós, que a história se faz no cotidiano como tempo de possibilidades e não de determinismos (FREIRE, 2014).

Daí, faz-se necessário constantemente enfrentar o cruzamento de braços e despertar para a necessidade da descoberta de potências, frente a tantas situações limitantes dos movimentos de produção do cuidado. A solidariedade e a ética são tidas como dois valores para o exercício desta potência:

“Eu chego, trago (o paciente) a pé comigo, peço pro T6 levar de volta pra casa de moto! [risos] Chego na casa da pessoa, nem ela nem a cuidadora sabem ler? Aí eu mesma divido os medicamentos nas cumbuquinhas e explico. Eu sei que, quando eu voltar lá, vou ter que fazer tudo de novo. É assim mesmo. Mas eu faço de boa” (T10 C2).

“De potência mesmo que eu vejo é o fato de a gente agir sempre com ética, tratando todos com

direitos iguais. O SUS preconiza isso, que todos tenham direitos iguais” (T16 C2).

Agir com ética foi uma das formas de luta mais recorrentes na fala dos participantes destes círculos de cultura. Neste momento, os próprios participantes consideraram importante conceituar ética, a fim de que ficasse claro sobre o que se estava falando:

“A ética tem relação com direitos e deveres, da minha parte e da parte do paciente, da parte do colega que trabalha comigo também” (T6 C2).

“Eu acredito que ética seja aquilo que vai levar ao trabalho bonito, benéfico [...] nem melhor pra um e nem pior pra outro, mas agindo de acordo com a igualdade” (T7 C3).

Freire (2010) pauta seu modelo de educação popular na dialogicidade crítica e anti-hegemônica. Pelo diálogo problematizador, é possível disparar processos de tomada de consciência ético-crítica até a conscientização. Por isso, é necessário dar voz ao oprimido para que se perceba um ser construtor da sua própria história. Comprometido com esta prática, o autor teoriza que a ética da vida se realiza e se faz no mundo e com o mundo, com seres humanos protagonistas de seus destinos, na autonomia e na liberdade.

Nos estudos de Borges (2014), entendemos que a ética freiriana quer colocar as ações humanas no centro das decisões e, por isto mesmo, precisam ser fundadas na ética, no agir certo,

naquilo que vai ser bonito e benéfico, “nem melhor e nem pior” (T7 C3), ao mesmo tempo, para todos. É nessa relação dialógico-problematizadora que se sustenta a cidadania.

A ética que encontramos na perspectiva freiriana não está pautada em dogmatismos, nem em neutralidade. Ao contrário, é um ética engajada na comunhão com os oprimidos (BORGES, 2014). Lutas, alegrias, esperança, solidariedade e tolerância são alguns exemplos dos princípios fundamentais que emergem da ética freiriana e parecem estar mais fortemente vinculados à fala dos trabalhadores da UAPS:

“[...] é você procurar agir corretamente com o trabalho que te foi proposto” (T13 C3).

“Você tem que ter ética na abordagem do paciente. Às vezes a casa dele é mais humilde, não tem aquela higiene toda, eu não devo tratar diferente de uma pessoa que tem uma casa mais asseada. Eu tenho que ter cuidado igual” (T4 C2).

Os princípios do SUS referentes à integralidade e a universalidade mostram-se dinamizadores dos atos produtores de cuidado e imbricados de uma verdadeira atitude ética. A ética não é algo abstrato, toma forma na consciência da implicação e se torna concreta no agir certo. O princípio ético-crítico freiriano, também conhecido como práxis libertadora, é uma ação cultural voltada para a intervenção e modificação da realidade pela atitude ética, concebida no princípio do protagonismo dos sujeitos e

desenvolvimento de seus potenciais de autonomia (BORGES, 2014):

“Ética é ter compromisso. Mas aí tanto eu, profissional, quanto o paciente. É complicado porque às vezes o paciente tá naquela de esperar que a gente resolva todos os problemas dele e ele não vem em busca da solução. Mas aí a gente vem e orienta, educa no sentido de fazer ele se dar conta que ele é responsável pela saúde dele” (T5 C3).

O trabalhador compreende que a ética em seu trabalho está condicionada ao compromisso de estabelecer um diálogo problematizador e promotor de corresponsabilização. Esse sentido expresso de educar é aqui entendido como uma força capaz de ressignificar para o paciente a assistência à saúde de que precisa e que pode vir a conseguir, tornando-se, pois, autônomo e livre para pensar sua responsabilidade quanto à própria saúde.

Essa tendência à corresponsabilização entre os profissionais de saúde implicados e os pacientes já fora percebida em outras falas, outros momentos. Estreitar o diálogo é imperativo, até para dar ao conhecimento do paciente quando sua necessidade à saúde entre em conflito ético com as necessidades de saúde da coletividade:

“Tem paciente que tem um certo poder aquisitivo que quer ser atendido primeiro; isso é faltar com a ética a meu ver; essas pessoas mais esclarecidas que querem passar por cima do direito de todos” (T17 C3).

A trabalhadora percebe que o abuso da capacidade decisória do paciente de passar na frente de todos é promotor de conflito ético. Percebe também que há uma lógica entre o “poder aquisitivo” e o “esclarecimento”, ou que poderíamos interpretar como escolarização. Freire (2014) nos esclarece que a visão da trabalhadora está correta em assim criar esta relação porque as classes dominantes enriquecidas pelos ciclos econômicos históricos brasileiros tendem a emergir em escolaridade e a se constituírem como classe intelectualizada e, portanto, dominante. Como tal, essa classe dominante e esclarecida pela escolarização se percebe nobre e, como tal, se questiona “por que não ser atendida logo?”.

A trabalhadora tensiona a dificuldade da classe dominante em exercer a cidadania das coletividades. Essa consciência foi adquirida pela observação crítica da prática com que enxerga o entrar e sair de pacientes do consultório que ocupa. Essa fala também suscita a discussão sobre a equidade e sobre como oferecer cuidados em saúde a quem mais teve seus direitos historicamente negados, como forma de corrigir as iniquidades e promover a justiça social por meio do campo saúde.

Tão importante quanto o agir ético com o usuário do SUS é o agir ético também entre pares. Cuidar dos espaços de trabalho e acolher colegas de trabalho, desenvolvendo a necessária solidariedade entre eles, é um agir ético imprescindível para as atividades produtoras de saúde. Para cada trabalhador, é

importante perceber que é no grupo, por meio da dialogicidade, que se edifica um trabalho humanista e acreditador do serviço prestado.

O diálogo e a dimensão da amorosidade são elementos fundamentais para a aproximação entre os serviços de saúde e a população e, conseqüentemente, para a construção de vínculos com os usuários (PINHEIRO; BITTAR, 2016).

Aprendemos dessa categoria que assumir-se trabalhador da saúde é procurar comprometer-se com uma ética própria, particular, mas, ao mesmo tempo, geral, que prega o rigor na integralidade das ações de saúde e a promoção da dialogicidade, de modo que todos os implicados nesse processo sintam-se capazes de compreender e agir para a produção de cuidado como um dever de intervenção no mundo.

Conclusões

Este estudo permitiu que profissionais da ESF refletissem sobre o processo de cuidado que ofertam a população e evidenciou que o diálogo, a amorosidade e a ética são ferramentas cruciais para a efetivação do vínculo entre os usuários e profissionais da saúde. Tais ferramentas, princípios da PNEPS-SUS, devem estar articulados e serem transversais a todos os cuidados ofertados à população.

Além disso, o reconhecimento dos saberes populares na efetivação do cuidado e a ética no cotidiano do trabalho a partir da identificação das singularidades dos indivíduos e de suas comunidades são fundamentais para a promoção do cuidado em saúde. Promover a autonomia e a conscientização da população é primordial para a corresponsabilização das práticas de cuidado. Neste sentido, evidencia-se a necessidade de mais estudos que explorem a afetividade, a dialogicidade e a ética no processo de cuidado.

Referências Bibliográficas

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATISTA, P. S. S.; VASCONCELOS, E. M.; COSTA, S. F. G. Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular. **Interface (Botucatu)**, v. 18, suppl. 2, p. 1401-1412, 2014.
- BELOTTI, M. et al. Percepções sobre o Processo de Trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 1547-1557, 2017.
- BORGES, V. O princípio ético-crítico freiriano. **Revista Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 213-231, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: MS, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**. Brasília: MS, 2013.
- _____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 1.
- FARIA, H. P. et al. (Orgs.). **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2010. 148p.

_____. **Pedagogia da esperança**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. Arte do Improviso: O processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, 2015.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, v. 18, n. 1, p. 77-82, 2016.

ROQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família**: uma cartografia da micropolítica. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC, 2012.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2004.

Grupo Inclusivo de Autocuidado na Atenção Básica: um encontro entre ensino, serviço e comunidade

Ailza Gomes Bispo dos Santos¹
Flávia Rodrigues Pereira²
Jordelina Moreira dos Santos¹
Maria Gabriela Parenti Bicalho³

Para começo de conversa: o encontro entre a Estratégia Saúde da Família e a Universidade

Apresentamos uma experiência de articulação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Universidade, fundamentada nos princípios da Educação Popular em Saúde (EPS) e implementada como atividade de extensão curricular, a partir da iniciativa de algumas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Esta atividade tem seu marco inicial em 2016 quando três ACS, atualmente educadoras populares em saúde, integrantes das ESF Nossa Senhora das Graças e Esperança, do município de

¹ Agente Comunitária de saúde do município de Governador Valadares; Educadora Popular em Saúde.

² Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce; Enfermeira do Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais de Governador Valadares; Mestre em Gestão Integrada do Território pela Universidade Vale do Rio Doce; Educadora Popular em Saúde.

³ Professora do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares; Doutora em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Governador Valadares/MG, passaram pela formação da segunda edição do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) nos anos de 2016 e 2017. Este curso é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz e participantes do Grupo de Estudos em Educação Popular em Saúde (GEEPS) de Governador Valadares/MG.

O GEEPS tem o caráter de educação permanente de profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e membros da comunidade externa, que aderiram à proposta desde 2014. Objetiva instrumentalizar os seus participantes para implementarem os Grupos Inclusivos de Autocuidado (GIAC) locais, sob a abordagem metodológica da EPS. Parte do pressuposto de que neles cabem todos/todas usuários/usuárias de qualquer faixa etária e em qualquer situação/agravo de saúde (GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Por ocasião de uma das formações mensais do GEEPS em 2017, duas das ACS/educadoras populares em saúde manifestaram às docentes que também integram esse coletivo, o desejo de fortalecer as atividades educativas em saúde, sob a ótica da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2012).

Assim, iniciou-se o encontro entre a ESF e a Universidade, culminando com a implementação do GIAC Esperança/Nossa

Senhora das Graças que, atualmente, é composto de forma direta por seis profissionais, uma média de trinta usuários/usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), duas docentes universitárias e um número variável de estudantes universitários.

Ressalta-se a importância da adesão de alguns profissionais de saúde das unidades referidas, não só das ESF, mas também do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), por meio de encontros que precederam ao GIAC para a tessitura da proposta como extensão curricular.

A participação universitária efetivou-se a partir da interseção entre dois dos tripés do ensino superior, o ensino e a extensão, envolvendo o terceiro período do curso de enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), com as disciplinas “Saúde Coletiva 1” e “Epidemiologia Especial”. Ademais, também envolveu graduandos do segundo período do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares (UFJF-GV), com a disciplina “Bases Psicossociais do Trabalho em Saúde”.

Embora, a cada semestre letivo, o número de estudantes seja, entre 60 a 80 no total (em torno de 25 da Enfermagem 50 da Medicina), há uma divisão em grupos que se revezam na participação dos encontros mensais, sob a orientação das docentes.

Trata-se de uma atividade coletiva, contínua e em caráter de formação da equipe e de implementação do GIAC junto aos

usuários/usuárias, na perspectiva metodológica da EPS, ocorrendo mensalmente com os atores envolvidos citados, em datas e locais previamente definidos a cada semestre e de forma colegiada.

Essa aproximação entre ensino e serviço tem como pano de fundo o caminho da EPS no município de Governador Valadares, trilhado em passos lentos, mas constantes, bem como a vocação extensionista das duas Instituições de Ensino Superior (IES) envolvidas. Assim, busca-se com esse relato apresentar a experiência do grupo criado como reflexo das possibilidades de estreita relação entre extensão universitária e a EPS.

Diálogos do GIAC com a extensão curricular e a EPS

O GIAC Esperança/Nossa Senhora das Graças é hoje uma realidade sonhada e implementada. Nela, a possibilidade de participação dos cursos de graduação, iniciada em fevereiro de 2018, significa a ampliação das atividades desenvolvidas pelas docentes, que atuam no GEEPS como facilitadoras de educação permanente no município, integradas ao planejamento de ensino dos dois cursos envolvidos. Já para os estudantes, oportuniza a vivência com as equipes e usuários/usuárias das ESF e o desenvolvimento de habilidades de liderança, comunicação, educação permanente e atenção em saúde, condizentes com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Enfermagem e Medicina.

A operacionalização acadêmica dos encontros do GIAC acontece em momentos diferentes durante o semestre letivo, iniciados pela concentração, com discussões em sala de aula de conceitos pertinentes às disciplinas que se relacionam com os temas geradores que precedem os encontros mensais e a partilha das vivências experimentadas posteriores às suas realizações, provocando novas discussões e outras formas de análise dos conceitos teóricos.

Já no momento de dispersão, ambas as turmas participam de forma presencial, porém, em grupos divididos, garantindo, assim, a participação de todos conforme preconiza a extensão curricular e sob o acompanhamento das docentes e profissionais das duas unidades de saúde envolvidas.

Ao compreender e implementar a participação no GIAC Esperança/Nossa Senhora das Graças como atividade de extensão, é possível observar as relações entre essa forma de organização das atividades acadêmicas e o referencial teórico da EPS.

Essa convergência contempla em sua proposta os princípios da PNEPS de diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2012). Pressupõem-se, portanto, uma relação entre usuários/usuárias, profissionais de saúde, docentes e estudantes

universitários que considere os saberes como diferentes e igualmente importantes.

Há uma constante busca em considerar as necessidades dos/das usuários/usuárias como pontos de partida, reconhecendo a pertinência das estratégias utilizadas por eles/elas no enfrentamento das dificuldades. Para tanto, levamos em consideração as problematizações de Vasconcelos (2014, p. 34) de que:

[...] não basta querer se integrar. É preciso saber fazê-lo. O mundo popular é marcado por valores, interesses e modos de organizar o pensamento e a rotina de vida muito diferente daqueles que orientam a classe média, ambiente cultural de origem de grande parte dos profissionais de saúde.

Neste contexto, as dificuldades enfrentadas pelas ESF como adesão ao tratamentos e envolvimento em atividades de grupo e de participação popular/controle social, discutidas nos encontros de dispersão, são entendidas como importantes contrapontos às soluções apresentadas de forma teórica nas disciplinas da graduação.

Para além desses enfrentamentos, neste GIAC, o foco converge para o autocuidado⁴, o que Diógenes e Pagliuca (2003) referem como a atividade que os indivíduos praticam para manter

⁴ Isto também ocorre nos outros nove GIAC existentes no município, implementados a partir de uma organização sob a ótica da PNEPS-SUS e da formação mensal do GEEPS.

a vida, a saúde e o bem estar. E, nesse caso, há que se considerar o bem estar também experimentado na coletividade.

É assim, nessa troca de experiências em todo o ciclo que envolve as atividades realizadas a cada mês, de forma participativa e ativa, voltadas para a realidade da comunidade e despertando o seu potencial de empoderamento e autonomia, que o caminho de aproximação entre ensino, serviço e comunidade é desenhado por meio da extensão curricular.

Vale ressaltar que a extensão curricular ou curricularização da extensão, comumente conhecida, caminha para o cumprimento da Meta 12 do Plano Nacional de Educação (PNE), que, em sua estratégia 12.7, propõe:

Assegurar, no mínimo, dez por cento do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social (BRASIL, 2014, p. 74).

Tal meta oportuniza a aproximação das atividades de ensino e de pesquisa desenvolvidas nas IES com a realidade social e das necessidades de diferentes grupos. A observação dos impactos da participação nas atividades sobre a formação dos graduandos envolvidos remete-nos à caracterização da extensão universitária, no Plano Nacional de Extensão Universitária, como: “um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre

Universidade e outros setores da sociedade” (FORPROEX, 2012, p. 16).

Enfim, tomando as Diretrizes para as Políticas de Extensão da Educação Superior Brasileira, é importante observar os fundamentos teóricos do Marco Regulatório Legal Nacional da Extensão, que bem ilustra essa atividade desenvolvida e relata: 1) *indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão*, que considera a comunidade parte do eixo pedagógico, juntamente com o professor e o estudante, “em um processo que considera os saberes dos estudantes e da comunidade”; 2) *formação do estudante*, considerando que a participação em ações da sociedade deve resultar na “ampliação do universo de referência”, e 3) *transformação social*, que deve estar “voltada para os interesses e necessidades da maioria da população” (BRASIL, 2018, p.10).

Assim, em uma perspectiva social e acadêmica, a extensão universitária explicita o papel social da universidade e articula suas relações com a comunidade (VÉRAS; SOUZA, 2016), relação que pode ser iluminada pelos conceitos da EPS.

Vivências no grupo inclusivo de autocuidado

Desde fevereiro de 2018 até o momento atual, já são três semestres de trocas de experiências no GIAC. Isto inicia com o interesse das ACS e parceria firmada com as docentes, para, então, haver todos os procedimentos que antecederam o primeiro

encontro do grupo: pactuação com o município, ajustes de planos de ensino, conversa com a equipe e início com os convites para a comunidade.

Em todas essas etapas, estudantes, docentes e as seis profissionais da equipe participaram ativamente na formatação dos encontros que, de forma democrática, são pensados e propostos pelos participantes usuários/usuárias, exceto no primeiro, em que a proposta do grupo foi apresentada e pactuada (como local, dia e horário, além da abordagem metodológica).

Ao longo do ano de 2018, dois grandes temas foram trabalhados, sob a perspectiva de roda, de lanche compartilhado e de místicas e cantigas:

- 1) a construção da identidade do grupo, entre fevereiro e maio, com oficinas para aprendizado da técnica artesanal “fuxico” ministradas por uma usuária para a confecção do tapete, bem como um número maior de participantes no “encontrão” de junho, em que comunidade, equipe, docentes e estudantes se reencontraram; e
- 2) a implementação do projeto do jardim terapêutico, conduzida por uma das docentes, em que, desde o preparo dos potes até o plantio das mudas, foram executados ao longo do segundo semestre. No encontro de novembro, que marcou o final do semestre, a programação foi festiva: contação de histórias por dois usuários de uma das

unidades, dança circular e retomada do tema gerador autocuidado.

Os encontros mensais aconteceram na sala dos ACS das duas unidades que compartilham da mesma estrutura física, a cada terceira terça-feira do mês, às 8h30, com participação variável de dez usuários/usuárias e demais atores citados. Eram sempre iniciados com cantigas de roda e, durante as oficinas, os temas geradores eram discutidos e relacionados com o autocuidado. Para finalizar, havia a avaliação do dia, seguida da propositura da dinâmica do próximo encontro e a mística de encerramento.

Já no primeiro semestre de 2019, o GIAC cresceu e o novo local passou a ser a quadra da igreja católica, com a participação do grupo de atividade física do NASF, que se incorporou aos participantes iniciais, em atendimento ao pedido desses por terem ouvido falar da proposta, com a média de participação mensal de vinte usuários/usuárias.

No entanto, por ocasião das prévias da 16ª Conferência Nacional de Saúde, os temas geradores foram elencados a partir dos eixos temáticos do documento norteador e facilitados por todos os atores envolvidos (BRASIL, 2018). As oficinas continuaram com a confecção de tapetes individuais de retalhos, conduzidas por outra usuária participante do grupo.

Figura 1 - Oficina de fuxicos e “encontrão” do segundo semestre.



Fonte: os autores (2018).

Reiteramos que todas as reflexões dos encontros, por ocasião das dispersões, são retomadas com as profissionais da equipe envolvidas em fóruns virtuais e com os estudantes em sala de aula, buscando sempre atrelar teorias, evidências científicas, cultura e conhecimentos populares aos resultados que eles proporcionam em cada encontro.

E a conversa se finda por aqui... Por enquanto!

Constatamos que as experiências vivenciadas nos últimos meses com o GIAC Esperança/Nossa Senhora das Graças, por intermédio da extensão curricular, permitem perceber o protagonismo desempenhado pelas ACS, iniciado na formação do grupo e constantemente reafirmado, garantindo que o desenvolvimento das atividades permaneça ligado aos desejos e propostas dos/das usuários/usuárias participantes.

Os resultados gerados se apresentaram como positivos para todos os atores envolvidos, observados nas avaliações verbais e escritas realizadas, além da perspectiva de formação da equipe quanto à abordagem metodológica da EPS aplicada ao autocuidado e demais necessidades locais elencadas, a partir da criação e implementação do GIAC local.

A inserção do GIAC como atividade curricular dos dois cursos da área da saúde, no formato de extensão universitária, agrega aos processos formativos dos futuros profissionais de saúde aprendizagens ricas, que os mobilizam em reflexões acerca da saúde coletiva e educação em saúde.

O embasamento teórico da EPS, que orienta o planejamento e a implementação das atividades de forma dialogada, abre espaço para a complexidade das relações entre sujeitos com práticas e saberes diversos, propiciando docentes e estudantes a problematizar seu papel e suas estratégias no trabalho com as comunidades.

Assim, o diálogo entre a EPS e a extensão universitária mostra-se profícuo na promoção da saúde e na formação dos profissionais da área que considerem o SUS como uma oportunidade de experimentar o conceito ampliado de saúde a partir da integralidade, equidade e universalidade.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Lei n. 13. 005 de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jun. 2014.
- _____. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 608/2018. Diretrizes para as Políticas de Extensão da Educação Superior Brasileira. Brasília: MEC, 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: MS, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Documento Orientador de Apoio aos Debates**. Brasília: MS, 2018.
- DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 286-293, 2003.
- FORPROEX. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Manaus: FORPOEX, 2012.
- GOVERNADOR VALADARES. **Regimento do Grupo de Estudos em Educação Popular em Saúde-GEEPS**. Governador Valadares: GEEPS, 2014.
- VASCONCELOS, E. M. Introdução. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: MS, 2014.
- VÉRAS, R. M.; SOUZA, G. B. de. Extensão universitária e atividade curricular em comunidade e em sociedade na Universidade Federal da Bahia. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 7, n. 2, p. 83-90, 2016.

A Educação Popular em Saúde como método para a reunião de equipe na Atenção Primária à Saúde

Vilson Limirio Junior¹
Matheus Cesar Vieira Barros¹
Aline de Cássia Nogueira Simão¹
Letícia da Silva Alves¹
Matheus Ladir Pereira Vieira de Moraes¹
Danilo Borges Paulino²

Introdução

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) de 2013 defende uma perspectiva de educação horizontal, que valoriza o diálogo entre saberes populares e técnico-científicos, a fim de promover empoderamento individual e coletivo acerca dos determinantes do processo de saúde-adoecimento-cuidado. Além disso, reafirma o compromisso com os princípios do SUS e assume compromisso com a promoção de justiça social, democracia, solidariedade e diversidade.

¹ Curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS), que se organiza no âmbito do SUS através da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017), constitui cenário valioso na promoção da saúde e prevenção de agravos por meio de ações de Educação Popular em Saúde (EPS), pois, nela, há vínculo construído entre comunidade e equipe de saúde e conhecimento mútuo das realidades particulares de cada comunidade, que ultrapassam as barreiras rigorosas de evidências científicas (HORTON, 1999).

A formação médica no Brasil é orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), que apresentam como objetivo principal a formação de profissionais generalistas, humanistas, críticos, reflexivos e éticos, capazes de atuar em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde em âmbitos individuais e coletivos. Para isso, apresentam entre as áreas de competência da formação e da prática médicas a educação em saúde, cujas ações-chave incluem a identificação de necessidades de aprendizagem individuais e coletivas e a promoção da socialização do conhecimento.

É nesse contexto que, diante de recente reforma curricular, o Curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia propõe no Módulo Saúde Coletiva III (componente curricular obrigatório) a execução de ações de EPS, a princípio em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Uberlândia/MG

(PAULINO et al., 2018; SOUZA; OLIVEIRA; PAULINO, 2018). Ao final do componente curricular, cada grupo de estudantes construiria e conduziria, com o apoio das equipes de Saúde da Família do município, grupos pautados nos princípios da EPS e que pudessem atender às demandas de cada comunidade. Diante das diversas trocas ocorridas na interação com a equipe de saúde e a comunidade, destacamos neste texto a experiência de como apresentamos e utilizamos a EPS como método para a reunião de equipe, em um aprendizado mútuo e transformador não apenas do processo de trabalho, mas do cuidado em saúde na APS de nosso município.

Metodologia

Começamos o Módulo Saúde Coletiva III com atividades teórico-práticas, discutindo os conceitos de saúde a partir de situações-problema baseadas em acontecimentos reais, envolvendo encontros de usuários(as) do SUS com o cuidado em saúde em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Em seguida, foram feitas rodas de conversa e seminários acerca das políticas públicas, história e conceitos relacionados à promoção da saúde, prevenção de agravos e EPS, em contexto global e também no SUS (BRASIL, 2002, 2010, 2013).

Posteriormente, por meio de vivências no território adscrito a uma UBSF da cidade, cada grupo de aproximadamente

cinco estudantes tinha como objetivo realizar ações de EPS a partir da realidade do local em que esteve inserido. O Módulo Saúde Coletiva III, no semestre letivo aqui relatado, contou com a participação de 39 estudantes de medicina em Equipes de Saúde da Família de diferentes regiões da cidade. Assim, utilizamos a EPS como método para a reunião de equipe em oito equipes de Saúde da Família naquele semestre, ampliando o alcance dessa intervenção nos semestres seguintes. Este texto relata a experiência de um desses diversos grupos de estudantes e foi escolhida devido aos relatos da própria equipe ao explicitarem os impactos dessa proposta em seu processo de trabalho.

Diante das singularidades de cada unidade, as vivências ao longo do semestre letivo foram organizadas de acordo com a metodologia do Arco da Problematização de Magueréz (Figura 1), que consiste em um método de trabalho sequencial no qual partimos da observação da realidade, a fim de identificar problemas dessa realidade, levantar pontos-chave desses problemas, para guiar a teorização dos problemas e fomentar hipóteses de solução, que devem ser aplicadas à realidade observada (BERBEL, 1995).

Assim, uma mesma ferramenta (Arco de Magueréz) e um mesmo método (Problematização) permitiriam que cada equipe utilizasse dos recursos que possuía para enfrentar as suas

necessidades e as de sua população adscrita, levando em conta um contexto real e singular.

Figura 1 - Arco da Problematização de Maguerez.



Fonte: adaptado de Berbel (1995).

Resultados e discussão

A descrição e discussão dos resultados do trabalho serão apresentadas conforme as etapas da problematização.

Observação da Realidade

As vivências em cada unidade eram realizadas a partir de roteiros de observação participante. As orientações eram detalhadas, envolvendo desde a observação do espaço físico até as diferentes interações entre as pessoas dentro e fora do serviço de saúde.

Um dos aspectos relevantes do trabalho foi a valorização dos vínculos já estabelecidos entre alunos(as) e unidades de saúde, que já estavam em contato compartilhando outras experiências (como a territorialização) desde os módulos Saúde Coletiva I e II, ocorridos nos semestres anteriores. A intencionalidade nesse momento era compreender na rotina da UBSF a percepção dos conceitos e a prática da promoção da saúde, prevenção de agravos e educação em saúde, compartilhando as perspectivas de profissionais e usuários(as) do serviço. Assim, toda ação construída levaria em consideração a história, o processo de trabalho, o contexto e as necessidades de cada realidade.

Levantamento de pontos-chave

Neste momento, o objetivo era identificar os principais desafios encontrados na realidade, passíveis de serem transformados com as ações de EPS que seriam ali construídas.

Nossa observação da realidade mostrou que, embora houvesse compreensão teórica do conceito de EPS, as práticas de educação em saúde eram desenvolvidas de forma tradicional, em um processo de ensino-aprendizagem assimétrico e vertical, como um possível reflexo do modelo vigente da formação desses(as) profissionais (GOMES et al., 2009; MELLO; ALVES; LEMOS, 2014).

Observamos que as práticas de educação em saúde desenvolvidas aconteciam predominantemente na forma de palestras ou, quando em formato de grupos, com espaço de fala nitidamente concentrado nas experiências e conhecimentos do(a) profissional de saúde. Percebemos então que a disposição da equipe da UBSF em realizar ações educativas poderia ser potencializada com a EPS e que criar um espaço em que ela pudesse ser realizada e debatida seria muito importante.

Teorização

A partir dos pontos-chave, esta etapa visava construir saberes que fornecessem fundamentação teórica às ações de EPS construídas com a equipe da UBSF e a respectiva comunidade.

Com base na teorização, entendemos a Educação Popular em uma perspectiva libertadora, pois nela educador(a) e educando(a), em uma relação horizontal, buscam a práxis, composta por ação e reflexão sobre a realidade. Essa perspectiva se contrapõe à forma tradicional, chamada de “bancária”, na qual há uma relação vertical, em que o conhecimento, a reflexão e a percepção do(a) educador(a) se sobressai e é depositada sobre o(a) educando(a) (FREIRE, 2013).

Dessa forma, percebemos que os princípios da educação libertadora estão inseridos na EPS, pois essa almeja promover saúde por meio de reflexão crítica acerca de aspectos individuais e

coletivos do processo de saúde-adoecimento-cuidado, empoderando as pessoas, para que se tornem sujeitos ativos na construção de um projeto de sociedade e modelo de atenção e sistema de saúde (FREIRE, 2013; SOUZA et al., 2005).

Além disso, elencamos aspectos teóricos acerca de técnicas práticas para a execução das ações de EPS sobre como, por exemplo: realizar oficinas, rodas de conversas e escuta ativa; fazer perguntas que estimulam reflexões; e usar recursos estéticos que desencadeiam discussões (SILVA et al., 2013)

Hipóteses de solução

Diante do potencial da metodologia de EPS de empoderar e construir a troca de saberes necessária para que pessoas de diferentes realidades reflitam e atuem sobre os determinantes sociais de sua saúde, consideramos fundamental a utilização desse modelo nas ações de educação em saúde desempenhadas pela Equipe de Saúde da Família, em contraposição ao modelo observado na realidade. Dessa forma, tínhamos que propor um novo método de educação em saúde, mas fazê-lo sem reproduzir o método antigo. Vimo-nos diante de um desafio: propúnhamos uma mudança da postura de educador(a) que, inclusive, nos convidava a repensar a nossa história enquanto educandos(as) e educadores(as). Assim, deveríamos construir uma ação que fosse coerente com a teoria, a prática e as atividades propostas que

seriam desenvolvidas com a comunidade ao longo daquele – e dos seguintes – semestres letivos. Aliado a isso, percebemos o espaço potente da reunião de equipe para a educação permanente, diálogo entre os(as) profissionais e construção coletiva de intervenções a partir dos diagnósticos locais.

Identificamos, então, na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que é atribuição das pessoas que compõem a equipe de Atenção Básica:

participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho (p. 16).

Para isso, propusemos aos trabalhadores(as) conduzir uma reunião de equipe, com a temática de educação em saúde, apoiando-nos na EPS como método. Assim, não apenas apresentáramos uma forma diferente de construir práticas educativas com a comunidade, mas também um método para o processo de trabalho da própria equipe, promovendo o debate e integração de conhecimentos e percepções interdisciplinares do trabalho desenvolvido na unidade.

Entendemos que a ação com a equipe tem potencial de reverberar em sua prática profissional de cuidado em saúde e, conseqüentemente, impactar as condições de saúde da população usuária. Nos dispusemos então a realizar uma atividade que

poderia iniciar um novo ciclo de se praticar EPS no contexto da APS de nosso município.

Aplicação à realidade

Este é o momento da problematização em que, partindo das observações e da convivência direta na realidade da equipe de saúde da UBSF e da comunidade, após a imersão nos conteúdos teóricos apreendidos em textos e em sala de aula, retornamos à realidade com uma proposta de ação, na expectativa de gerar alguma transformação.

Na reunião de equipe, conduzimos uma roda de conversa, aplicando os princípios da EPS, em que todos(as) os(as) profissionais do serviço estiveram presentes: médica, enfermeira, assistente social, agentes comunitárias e técnicos(as) administrativos(as), de enfermagem e de serviços gerais, além de nós, cinco estudantes de medicina. O formato de roda permitia que todos(as) pudessem ver uns aos outros e a reunião teve início com a apresentação de duas imagens como recursos estéticos, disparadores da discussão: em uma imagem uma sala de aula tradicional, na outra uma roda de conversa semelhante à que nos encontrávamos. Em seguida um questionamento: “Como vocês veem sua prática de educação em saúde?”.

A despeito do desinteresse no início da discussão, aos poucos os(as) participantes da atividade foram percebendo que

não estavam lá apenas para ouvir e para aprender passivamente alguma coisa, mas também para falar, opinar, se posicionar e ensinar, uma vez que suas falas e experiências eram fundamentais naquela construção.

As falas que se sucederam confirmaram que os(as) profissionais do serviço tinham a mesma percepção do seu processo de trabalho que tivemos em nossa observação participante: as ações de educação em saúde refletiam um paradigma de educação verticalizada. Além disso, por suas falas percebemos que eles(as) não consideravam uma alternativa diferente. Entre os motivos, o principal a ser citado era o desinteresse da população para com as ações.

Então, em determinado momento da atividade, se aventou a hipótese contrária: e se os métodos tradicionais de educação levassem ao desinteresse da população? Mais do que isso, a atividade acabava de confirmar para as pessoas ali presentes essa hipótese: a expectativa de uma atividade de educação tradicional, como uma palestra, provocou o desinteresse inicial na participação do grupo e, à medida que a atividade provou valorizar e oferecer espaço aberto de fala e reflexão, os(as) profissionais da UBSF se interessaram em participar.

Por fim, ainda nessa reunião de equipe, a fim de cumprir o objetivo de realizar grupos de EPS com os(as) usuários(as), discutimos com a equipe sobre a população e o método de

realização desses grupos. Assim, conforme a epidemiologia local, identificamos como população alvo as pessoas portadoras de diabetes mellitus e gestantes. Além disso, devido ao feedback positivo do método utilizado para o grupo que estava em execução, decidimos seguir adiante com a metodologia utilizada.

Com o auxílio de alguns dos(as) profissionais, realizamos outros três grupos de EPS com a população: um para debater a experiência de adoecimento de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus, outro sobre amamentação e o último sobre cuidados com o recém-nascido. Ao fim dos grupos, otimizamos mais uma vez o momento da reunião de equipe, utilizando-a como espaço formativo e de discussão para expormos o resultado dos grupos com os(as) usuários(as) e discutirmos os sucessos e insucessos.

Após o término das atividades propostas no módulo, pudemos perceber com o feedback dos(as) profissionais que a experiência os(as) permitiu questionar e ressignificar alguns de seus conceitos acerca de sua própria prática profissional e dos problemas enfrentados, confrontando-os(as) com suas experiências vivenciadas, processo fundamental na formação de sujeitos autônomos.

Além disso, devido à experiência participativa de todos(as) os(as) profissionais debatendo os problemas encontrados no território da unidade, sem que o saber de um(a) profissional fosse

superior ao outro, pudemos perceber que a EPS pode ser um método potente para as reuniões de equipe na APS, uma vez que essas se assentam na integração de seus componentes no compartilhamento de ideias, troca de saberes e resolução de problemas, em harmonia e com objetivos definidos (BRASIL, 2009; GOMES; ANSELMO; LUNARDI FILHO, 2000). Essa perspectiva colabora para a inserção e consolidação dos princípios da EPS contidos na PNEP-SUS enquanto ferramenta para a corresponsabilização dos indivíduos no processo de enfrentamento de dificuldades contidas na realidade vivenciada pelos mesmos e compartilhamento de saberes e práticas que se complementam.

Santa Cruz et al. (2008) destacam o aprendizado de que as reuniões de equipe baseadas na horizontalidade das relações entre os(as) profissionais fortalecem a equipe, transformando os(as) participantes e o processo de trabalho, gerando motivações e apoio para lidar com os percalços do cotidiano. Destarte, ter a EPS como método para as reuniões de equipe na APS é importante, pois:

pode-se dizer que há uma aproximação entre as ações técnicas e a interação dos sujeitos que é apresentada pelos profissionais como tendo um caráter dinâmico, processual e conflituoso. Até porque convive, na cultura deste grupo, uma forte influência da razão instrumental na comunicação, ao mesmo tempo em que há a emergência de novos discursos, de novas possibilidades, representadas pela constituição de um espaço de troca e construção de consensos dentro da reunião

de equipe, e valores compartilhados, como o reconhecimento da própria precariedade e de que o sentido de determinada situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes (PEREIRA, RIVERA; ARTMANN, 2013, p. 337).

Dessa forma, acreditamos ter construído, durante a reunião de equipe, um momento consonante com as proposições de Furlan e Amaral (2010), que apontam a reunião de equipe como um espaço para analisar o trabalho, estudando a população atendida e propondo ações. Logo, constitui-se como essencial para planejar as intervenções necessárias a cada realidade. Essa importância contrasta com várias situações de desvalorização desse instrumento de gestão, também identificadas por tais autoras e justificadas pelas mais diversas razões, englobando desde a falta de temas relevantes até o excesso de demandas nas reuniões. Esses elementos foram identificados pelos(as) profissionais da equipe, durante o grupo por nós realizado, tanto na realização de suas reuniões de equipe habituais quanto na realização de atividades de educação em saúde com a população.

Conclusão

Foi possível identificar que as práticas de EPS sensibilizaram equipes de saúde e comunidades. Entretanto, a mudança nas posturas enquanto educadores(as) e cuidadores(as) não se consolida com apenas uma experiência, já que envolve rever

práticas, concepções e refletir sobre como transformar a forma de ensinar e cuidar. Percebemos que as mudanças foram aos poucos integrando-se ao cotidiano das equipes, como a mudança na forma de perguntar ao outro o que ele sabe sobre determinado assunto antes de apresentar uma resposta ou solução pronta ou até mesmo a mudança na disposição das cadeiras na sala de espera, que deixaram de estar enfileiradas e passaram a estar em formato circular. Assim, uma potencialidade do nosso trabalho é a de identificar e avaliar a longo prazo os desafios, sucessos e necessidades para a incorporação da EPS como método para as reuniões de equipes na APS.

Os desafios para a consolidação dessa experiência nos serviços de saúde perpassam o envolvimento de mais trabalhadores com a prática da EPS nos serviços de saúde – o que demandaria ampliar as oportunidades de formação e educação permanente nos municípios e, também, o envolvimento dos(as) trabalhadores(as) com a prática da EPS no cotidiano do cuidado em saúde –, além do desenvolvimento e execução de políticas públicas que viabilizassem isso, enfrentando, assim, os diferentes projetos políticos de saúde e educação (GOMES; MERHY, 2011).

Sendo assim, a experiência relatada exemplifica a importância da aproximação entre a universidade, os serviços da rede de atenção à saúde e a comunidade na superação desse desafio, uma vez que a universidade proporciona meios de

educação permanente e aperfeiçoamento das práticas de saúde. Por outro lado, a rede de atenção à saúde apresenta diferentes cenários de práticas e de formação dos(as) futuros(as) trabalhadores(as) dos serviços de saúde, alinhados com políticas públicas que promovem competências que valorizam a horizontalidade do cuidado no trabalho em saúde, os saberes populares e o engajamento na compreensão e transformação da realidade vivenciada (RAIMONDI et al., 2018).

Com as atividades do módulo Saúde Coletiva III e com diversas outras atividades ao longo da formação médica, sobretudo no internato³, pudemos perceber que a EPS constitui elemento a ser vivenciado frequentemente e dinamicamente por estudantes e profissionais da saúde, bem como pela população em geral, sempre com disposição constante para vivências com novas pessoas, novas realidades, novas equipes e novos processos de trabalho. A experiência relatada ilustra nosso contato com uma prática de educação em saúde democrática, que se consolida em nossas práticas de assistência (na relação médico-paciente) pelo seu potencial transformador, dando-nos suporte a cada novo desafio e aproximando-nos de uma rede de atenção à saúde aberta para

³ O internato corresponde ao período de treinamento prático e intensivo, sob a forma de estágio em instituição prestadora de serviço médico, sob a supervisão permanente de docente ou preceptor(a), geralmente nos dois últimos anos do curso, quando o aluno deverá assumir progressivamente a responsabilidade do cuidado pela saúde do paciente.

aprimoramentos nos seus processos de trabalho, de formação e de cuidado em saúde.

Referências Bibliográficas

- BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 16, n. 3, p. 9-19, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação nº 4: Equipe Saúde da Família**. 3. ed. Brasília : MS, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: MS, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.761**, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3**, de 20/06/2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, 2017.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 54. ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
- FURLAN, P. G.; AMARAL, M. A. do. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica. *In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 3-18.
- GOMES, E. S.; ANSELMO, M. E. O.; FILHO LUNARDI, W. D. L. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 3, p. 472-480, 2000.
- GOMES, L. B., MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

- GOMES, R. et al. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 433-440, 2009.
- HORTON, R. Evidence and primary care. **The Lancet**, v. 353, n. 9153, p. 609-610, 1999.
- MELLO, C. C. B.; ALVES, R. O.; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, 2014.
- PAULINO, D. B. et al. A Educação Popular em Saúde na formação e prática médica: ressignificando o cuidado com diálogo e amorosidade. *In*: BOTELHO, B. O. et al. (Orgs.). **Educação Popular no Sistema Único de Saúde**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 209-220.
- PEREIRA, R. C. A., RIVERA, F. J. U., ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013.
- RAIMONDI, G. A. et al. Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 73-78, 2018.
- SANTA CRUZ, M. L. et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psicologia Revista**, v. 17, n. 1/2, p. 161-183, 2008.
- SILVA, G. G. S. et al. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 4, p. 1000-1013, 2013.
- SOUZA, A. C. de et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.
- SOUZA, C. G., OLIVEIRA, B. C., PAULINO, D. B. Quando a medicina encontra a Educação Popular em Saúde: intersecções teórico-práticas que modificam o cuidado em saúde. *In*: BOTELHO, B. O. et al. (Orgs.). **Educação Popular no Sistema Único de Saúde**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 26-40.

**Aprendendo a cuidar com os
“saberes de experiência feito”**

Aprender com Dona Flor: períneo íntegro é saúde integral. O cuidado de parteiras tradicionais

Juliana Floriano Toledo Watson¹
Muna Muhammad Odeh²

Introdução

O modelo biomédico como única via de atenção à saúde hospitalizou e patologizou o parto. Em vez de observarmos uma política de assistência integrada ao parto entre o sistema de saúde e as parteiras tradicionais e populares, observamos um modelo que muito perseguiu e pouco integrou as parteiras. Ainda assim, muitas delas continuaram oferecendo seu dom no cuidado às gestantes e recém-nascidxs³.

A episiotomia foi por muitos anos uma prática rotineira na assistência hospitalar a todos os partos. As rupturas de períneo, ou

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UNB), doula e parteira aprendiz.

² Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde da UNB. Membro do Programa de Pós-Graduação em da Saúde Coletiva UnB. Bióloga.

³ O “x” será utilizado ao longo do texto como alternativa aos artigos definidores de gênero que hora apagam as mulheres da história através do masculino genérico, hora enquadram todos os seres em somente duas possibilidades: macho ou fêmea, masculino ou feminino. Tal estratégia já é bastante difundida, inclusive em meios acadêmicos críticos, como guerrilha linguística antipatriarcal que acolhe existências de mulheres e pessoas trans e não binárias. Outras estratégias também serão utilizadas ao longo do texto.

trauma perineal, podem ser classificadas em: laceração de primeiro grau, quando a lesão atinge somente a pele ou mucosa vulvo-vaginal; segundo grau, quando secciona a musculatura; terceiro grau, quando envolve os esfíncteres; e quarto grau, quando envolve o epitélio anal. Neste trabalho, chamamos de lacerações as rupturas espontâneas de períneo, e de episiotomia a incisão cirúrgica do períneo durante o parto vaginal (CARROLI; MIGNINI, 2012 apud SANTOS et al. 2018).

Hoje se considera um consenso que a episiotomia, por evidência, não é recomendada, a não ser em alguns casos excepcionais (BRASIL, 2017; OMS, 2018). O caminho das normas até as práticas costuma ser longo, e, no Brasil, a episiotomia ainda é uma prática bastante rotineira.

Tanto a recuperação da episiotomia como a recuperação de lacerações são fatores de grande desconforto durante o pós-parto, muitas vezes por longos períodos, e influem diretamente na saúde emocional, física e mental da mulher, sendo uma das principais queixas das mulheres sobre o parto e o pós-parto.

Florentina Pereira Santos, conhecida como Dona Flor ou Mãe Flor, é uma dessas parteiras que resistiu a muitas perseguições e humilhações, acompanhando gestantes e oferecendo rodas, cursos, oficinas e vivências para orientar gestantes e família, profissionais da saúde, doulas e parteiras. Essa mestra quilombola da comunidade Moinho em Alto Paraíso/GO ensina os cuidados

com o períneo durante gestação, parto e pós-parto, e ela mesma tem em seu histórico de atuação uma estatística que destoa dos dados gerais sobre parto: de 333 partos, nenhuma mulher teve lacerações nas quais fosse necessário realizar sutura, nem recebeu corte.

As práticas de dona Flor nos levaram a pesquisar na literatura um pouco mais sobre esses cuidados. Encontramos outras pesquisas que corroboram o uso de alguns cuidados tradicionais relacionados a um menor índice de intercorrências durante o parto, especialmente com relação ao períneo.

Neste manuscrito, pretendemos abordar como algumas práticas da parteira tradicional de cuidado com o períneo, muitas delas de educação em saúde durante a gestação, parto e pós-parto, têm efeitos benéficos para a mulher com relação a sua saúde integral física, emocional e espiritual, algo que reverbera para a saúde da família.

Contexto/justificativa

O parto, no contexto latino-americano, e na maioria das regiões do mundo, foi saindo da esfera doméstica para a esfera hospitalar, rompendo as redes comunitárias de cuidado da mulher e da/o bebê. As instituições oficiais de saúde buscaram definir o parto como “ato médico”, em que o profissional de saúde é quem “faz” o parto, destituindo a mulher do seu papel de protagonista.

Foi estabelecida a separação corpo/mente e a mulher foi colocada numa postura passiva e temerosa em relação ao seu parto (CARNEIRO; VILELA, 2003 apud BRASIL, 2010).

A caça às bruxas, maior feminicídio da história, teve como objetivos a institucionalização, masculinização e elitização do saber, processo que se deu através da dominação dos saberes locais pelas vias da invisibilização, apropriação, perseguição e destruição das condições para sua existência (GOMES, 2009; SHIVA, 2003). Este processo serviu também ao propósito de enfraquecer os laços sociais, fortalecer a misoginia entre mulheres e o machismo entre homens e mulheres, bem como demonizar o corpo da mulher (FEDERICI, 2010).

No campo do parto, isto é nítido: retiram a parteira da cena, principal alvo da caça às bruxas, e colocam o médico no topo da hierarquia de uma equipe de profissionais todxs letradxs (enfermeirxs, técnicxs, anestesistas, etc). Retiram o poder e a autonomia da própria mulher parir através da patologização, deixando subentendido, ou bem explícito, que ela é incapaz de realizar algo que, supostamente, é sua maior obrigação social, ser mãe. Ela precisa de um agente externo, masculino, doutor letrado, que vai “fazer o parto dela”. Esta mensagem ambígua é percebida pelas gestantes e reflete em suas gestações, partos e pós-partos, em sua saúde e na das/os bebês que estão por vir. Estas mulheres são desempoderadas de si e em sua família, o que influi diretamente na

qualidade do parto e na recuperação do mesmo, bem como no vínculo e cuidado com x bebê.

Séculos de colonização reprimiram conhecimentos de saúde de povos negros e indígenas, da utilização de ervas às práticas espirituais (GOMES, 2009). O racismo científico com suas estratégias epistemicidas (CARNEIRO, 2005) tentou pôr fim às práticas das parteiras, que resistem até os dias de hoje:

O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais ocorre, então, em situação de exclusão e isolamento, desarticulado do SUS [Sistema Único de Saúde]. A grande maioria das parteiras não recebe nenhuma capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho (BRASIL, 2010, p. 14).

A apropriação do parto se deu e continua se dando ao longo da história, desmantelando as redes tradicionais de mulheres que têm a Mãe (parteira) como cabeça da rede, mas que se apoiam mutuamente no cuidado da gestação, parto e do pós-parto. Segundo Segato (2014), a frente colonial, composta principalmente por Estado e mercado, exerce uma intrusão molecular no seio das comunidades que é difícil ser desemaranhada. Particularmente no caso do papel do Estado, são diversos fatores relacionados às ações ou omissões que contribuem para esse desmantelamento, ao se apropriar de estruturas onde gravita todo o ordenamento da vida. Assim, a retirada da parteira da cena do parto afeta toda a

rede ao redor da gestante e de sua família e influi diretamente na saúde física, emocional e espiritual das pessoas da comunidade.

Os conhecimentos tradicionais são aqueles acumulados transgeracionalmente e desenvolvidos pelos povos e comunidades indígenas, quilombolas e tradicionais sobre as propriedades, usos e características da diversidade biológica (SANTILLI, 2005). Os conhecimentos populares, embora tenham raiz em conhecimentos tradicionais, não estão necessariamente vinculados a uma comunidade identitária bem definida, e florescem em “culturas que resistem a tecnologia assimilacionista da modernidade que evidenciam o hibridismo cultural de sua condição fronteiriça” (GOMES, 2009, p. 47).

Ambos saberes tradicionais e populares se baseiam em princípios ancestrais e imateriais, partem de uma perspectiva do todo integrado, onde ciência, arte e magia não são elementos de campos distintos e conformam os conhecimentos sobre saúde (GOMES, 2009). São fruto de experimentação sistemática e continuada, produzem inovações, promovem e dependem diretamente da biodiversidade. Se constituem, enquanto conceito, a partir da relação com os saberes dominantes, especialmente o científico, dado que, a formação e institucionalização deste, se deu historicamente e ainda se perpetua em oposição e perseguição a esses saberes tidos como não legítimos (SHIVA, 2003).

O bem viver, enquanto projeto comunitário, canaliza saberes ancestrais justamente resgatando e recriando a interconexão de todos os seres (LACERDA; FEITOSA, 2015). A luta por manter este projeto é parte da saúde mental das pessoas (FANON, 1983; RÜCKERT et al. 2015).

Segundo Merhy e Chakkour (1997), existem três tipos de tecnologias utilizadas na saúde: (1) tecnologias duras, que compreendem o uso de procedimentos diagnósticos laboratoriais, equipamentos; (2) tecnologias leve-duras, que compreendem procedimentos semiestruturados, como, por exemplo uma anamnese, uma campanha de vacina; e (3) tecnologia leve, que é a tecnologia relacional, sendo esta última algo específico que acontece entre um cuidador e uma pessoa assistida. A tecnologia leve utiliza o vínculo e a confiança como pressupostos para produzir ação terapêutica. Nessa ótica, pode-se afirmar que o processo de trabalho das parteiras tradicionais é marcado pelo uso de tecnologias leves. Em geral, os profissionais de saúde e os gestores só reconhecem o primeiro e o segundo tipo de tecnologia, sendo a tecnologia leve desvalorizada e muitas vezes vista como desprovida de cientificidade, por considerar a subjetividade (BRASIL, 2010, p.39).

Assim, nos relatos das parteiras sobre as ofensas que já receberam, ou mesmo na escuta atenta de profissionais da saúde falando de forma discriminatória sobre as parteiras tradicionais, se argumenta que seu trabalho é carente de cientificidade ou de evidência científica.

Um exemplo é acreditar na necessidade de ficar 13 dias sem lavar a cabeça, para não interromper o

sangramento no pós-parto e, assim, correr o risco de morrer ou ficar louca. Uma revisão de estudos realizada na USP de Ribeirão Preto sugere que essa e outras crenças têm origem em uma tese antiga e infundada de que o útero teria comunicação com todas as partes do corpo e a presença da menstruação seria necessária para manter o organismo funcionando bem. Também por isso algumas mulheres creem que precisam ficar na cama por semanas, após dar à luz, e evitar a ingestão de frutas ácidas (O QUE É PERMITIDO..., 2017, grifos meus).

Este trecho de uma reportagem sobre resguardo é um exemplo bastante concreto de estratégia de epistemicídio, um ataque direto ao saber tradicional e popular resumido na expressão “antiga e infundada”. Diversas parteiras explicam o útero como a mãe do corpo, e seria assim tão infundado que todo nosso corpo esteja interconectado? Que nosso organismo seja sistêmico? E toda a evidência em números de mulheres que sofrem alterações físicas e emocionais por mudanças da menstruação?

Já é tempo de se reparar o dano histórico e entender que evidência, pesquisa e saber se constroem fora da institucionalidade. E que existem medicinas plurais. A educação popular em saúde nos traz essa perspectiva de que são diversas as formas de se entender o corpo e processos de adoecimento e cura. Precisamos de espaço para que essas diversas formas possam seguir florindo. A desvalidação com base na ideia de que o que vem do povo é crença, e, portanto, não é real, e o que vem da academia é ciência,

e, portanto, real, já não pode germinar. É preciso lembrar que a ciência ocidental é muito jovem se comparada aos saberes tradicionais em saúde que contam com séculos de pesquisa e base em evidências.

A análise da pesquisa *Nascer no Brasil*, feita entre 2011 e 2012, aponta que 26,3% das mulheres que parem no país tem sintomas de depressão pós-parto de seis a 18 meses após o parto. O risco é maior segundo alguns critérios sociais: negritude, classe, uso abusivo de álcool, histórico de sofrimento mental (THEME; AYERS; GAMA; LEAL, 2016). A prevalência desse distúrbio no país foi mais elevada que a estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria a depressão.

Algumas pesquisas internacionais mostram que a maioria das mulheres que tem parto vaginal em contexto hospitalar sofre algum grau de trauma perineal, e muitas necessitam algum tipo de reparo para a recuperação (BICK et al., 2012; ISMAIL et al., 2013). O trauma perineal pode acarretar sangramento, dor, infecção, deiscência, incontinência urinária e retal, dispareunia, perda de sensibilidade, complicações de curto e médio prazo. Se ele for evitado, todas essas moléstias serão também evitadas. (AMERICAN..., 2016). Artigo que abordou práticas de cuidados com traumas perineais no Amapá aponta que, com relação à

prática médica estudada, tanto a episiotomia quando outros cuidados com o períneo seguem sem estar fundamentados em evidências (SANTOS; FARIAS; CÔRTEZ, 2018).

Apesar dos questionamentos sobre a validade da episiotomia rotineira na prática obstétrica, a prevalência deste procedimento é elevada e bastante variada conforme a região do mundo estudada. Nos Estado Unidos, estima-se que seja empregada em 62,5% do total de partos e cerca de 30% na Europa. Na América Latina, ainda vem sendo utilizada como intervenção de rotina, sobretudo em primeira gestação ou mulheres com episiotomia prévia (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

Em rodas e relatos de gestantes, escutamos inúmeras vezes as mulheres apontarem como fator de sofrimento mental os danos causados pela episiotomia, seja no desconforto da cicatrização durante o pós-parto, seja no abalo da autoestima no ver-se mutilada, ou, ainda, dores que permanecem, às vezes, por anos, principalmente durante a relação sexual.

O cuidado da parteira durante a gestação, no parto e no pós-parto é de notória diferença com relação às práticas convencionais biomédicas, o que reflete no bem-estar relatado por mulheres que seguem orientações ou são acompanhadas em seus partos por parteiras tradicionais.

Metodologia

Em 2013, fui⁴ aceita como aprendiz por dona Flor em troca de auxiliar na produção e organização dos cursos que ela dá. Quando ingressei no mestrado do Programa de Graduação em Bioética da Universidade de Brasília em 2014, perguntei a ela se poderia escrever sobre seus saberes e fazeres. Os resultados detalhados dessa pesquisa encontram-se na dissertação “Bem viver do cerrado: partear amor, parir uma bioética local” (FLORIANO, 2016). Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 49101115.2.0000.0030.

Continuo sendo aprendiz de Dona Flor, coordenando cursos e vivências com ela, e aprendendo com outras parteiras e raizeiras tradicionais com quem trabalho colhendo remédios (plantas). As reflexões trazidas aqui são de uma aprendiz e têm como eixo a ideia de educação biocêntrica proposta por Ruth Cavalcante (2007, p. 10 apud LOPES, 2009, p. 44):

A educação biocêntrica tem como método uma prática pedagógica reflexiva e vivencial, onde a aprendizagem não se dá somente pelo cognitivo e pelo intelecto, mas também pelas emoções, sentimentos, sensações e intuição. O conceito da educação biocêntrica também estaria para além da

⁴ A pesquisa foi realizada pela autora Juliana Floriano e seus resultados posteriormente compartilhados e debatidos com a autora Muna Odeh. Quando o texto estiver em primeira pessoa do singular se refere a primeira autora.

educação escolar expandindo sua atuação para a ação comunitária.

O recorte específico que trago neste manuscrito foi se desenvolvendo ao longo do ano 2018, na elaboração de trabalho de duas disciplinas de pós-graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Uma delas foi sobre educação popular em saúde mental, em que nos pusemos as duas autoras que aqui escrevem a nos debruçar sobre como os cuidados que as parteiras tradicionais têm durante todo o ciclo gravídico puerperal auxiliam na prevenção de sofrimento mental no pós-parto, especialmente os cuidados durante o resguardo. Em um segundo momento, em uma disciplina da farmácia sobre produtos naturais, realizei uma busca em artigos científicos sobre o uso de óleo de mamona na prevenção de lacerações no períneo durante o parto. Encontrei, para além das propriedades do óleo de mamona, alguns artigos internacionais com pesquisas que mostravam a relação direta da realização de cuidados indicados por parteiras tradicionais e a redução de intercorrências durante o parto no geral, e, especialmente, com relação a integridade do períneo.

A essas pesquisas mais formalizadas se une minha experiência enquanto facilitadora de oficinas e vivências de ginecologia autônoma há mais de 10 anos, atuação em rodas e acompanhamentos de gestantes como doula e o próprio trabalho de quatro anos com dona Flor, coordenando vivências com ela e

recebendo respostas de gestantes que participaram dessas vivências. Ademais, também se une a minha participação em alguns encontros de parteiras tradicionais.

Em todos esses anos, percebo uma grande dissonância entre os relatos gerais, especialmente de parto hospitalar, e os relatos de parto acompanhados por dona Flor, ou doulas e parteiras por ela orientadas, ou de gestantes que tiveram sua orientação durante a gestação, mesmo tendo parindo em contexto hospitalar.

Assim, se une a experiência prática de convívio com o acompanhamento de uma parteira tradicional e sua experiência de educação em saúde com dados de artigos científicos e normas de orientação técnica em saúde de órgãos nacionais e internacionais.

Cuidados sugeridos por dona Flor e recomendados como prevenção de traumas perineais

Dona Flor indica fazer massagem no períneo com óleo de mamona a partir do sexto mês de gestação até a hora do parto. Revisão de literatura sobre estudos randomizados internacionais identificou que a massagem no períneo a partir das seis ou oito últimas semanas de gestação reduziu significativamente as complicações no períneo, sobretudo em primeira gestação (VENDITTELLI; TABASTE; JANKY, 2001).

Iniciando o trabalho de parto, dona Flor recomenda o uso do óleo de mamona na parte interna da vagina e toda a parte do períneo. Durante todo o trabalho de parto, ela recomenda ir lubrificando a vagina com o óleo. No nível físico, o óleo de mamona tem componentes capazes de auxiliar no relaxamento da pele e da musculatura, melhorando as propriedades elásticas dos tecidos vaginais e perineais em termos de extensibilidade e recuperação elástica mais rápida, ou seja, incrementa a elasticidade e reduz a resistência durante a dilatação, evitando a episiotomia e fissuras, facilitando o parto (MAILLAND et al., 2015; REGGIARDO; FASANI; MIGNINI, 2012).

Nota-se que um uso comum do óleo de mamona é via oral, como indutor do trabalho de parto ou como laxante e auxiliar no início do trabalho de parto. De forma ingerida, o óleo continua exercendo suas propriedades de relaxamento da musculatura perineal e retal (por isso é laxativo). No entanto, essa via não é usualmente utilizada e recomendada por dona Flor, embora o seja por outras parteiras tradicionais e populares.

Dona Flor recomenda a posição de cócoras para o período expulsivo, com alguém, preferencialmente x companheirx ou pai dx bebê, dando suporte nas costas da mulher, e o posicionamento da mão da parteira “segurando” o períneo. Esta última ação está indicada no caderno de Diretrizes Nacionais para o Parto Normal do Ministério da Saúde, quando na recomendação 139 expõe:

Tanto a técnica de ‘mãos sobre’ (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de ‘mãos prontas’(com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo (BRASIL, 2017, p. 28).

Em todas as rodas de gestantes que fui e relatos de parto que ouvi, jamais ouvi um relato do uso desse cuidado por um obstetra ou enfermeira.

A literatura estudada também aponta para a interferência da posição do parto na ruptura de períneo ou necessidade de episiotomia. Não se recomenda a posição horizontalizada (AHMED, 2014; AMERICAN..., 2016; BRASIL, 2017; OMS, 2018; SANTOS; FARIAS; CÔRTEZ, 2018). Neste aspecto, dona Flor é sempre bastante insistente, recomendando posições verticalizadas específicas, fazendo inclusive treinamento de posição com gestantes, companheirxs e doulas antes do parto. Estes treinamentos de posições são feitos nas vivências ou até mesmo na sua casa, quando é procurada por gestantes buscando orientações.

O puxo (a “força” consciente que a mulher faz de empurrar) orientado também é relatado como interferência que influi na laceração do períneo. Em todos os artigos estudados, se recomenda o puxo apenas na hora da contração (BRASIL, 2017; OMS, 2018). É importante notar que dona Flor tanto orienta o puxo apenas na hora da contração, como dá dicas de respiração através da posição dos lábios, percebendo que esses influenciam na

consciência da força e intensidade que se põe no períneo. Ela recomenda boca mais fechada, comparando a própria boca com o períneo. Interessante que na prática de yoga e musicoterapia para gestantes, os exercícios vocais também são direcionados nesse sentido da relação entre a forma como emitimos o som e respiramos e a movimentação da musculatura do períneo.

Outra prática documentada como potencial redutor de traumas perineais é o uso de compressa morna (BRASIL, 2017). Dona Flor não usa compressa, mas usa banhos de assento mornos antes e durante o trabalho de parto: tanto a temperatura como o efeito das plantas utilizadas podem influenciar no relaxamento da pele e musculatura. Além dos banhos preparatórios, tem os banhos pós-parto que são indicados sempre para a cicatrização, para evitar infecções, para ajudar na recuperação da vagina e útero. Importante notar que, pelo relato de dona Flor sobre os partos que ela acompanhou, as mulheres tiveram no máximo laceração de segundo grau. Nesses casos, os banhos de assento, às vezes associados ao uso local de óleo de mamona, tiveram resultados ótimos na cicatrização do períneo.

Nos artigos e normas estudados, a alimentação também é um fator importante na proteção do períneo. Dona Flor em suas vivências, oficinas e acompanhamento a gestantes sempre enfatiza o cuidado com a alimentação durante a gestação. São diversos alimentos recomendados e proibidos durante essa fase.

Outro fator citado na literatura como importante é a não pressão do tempo sobre a gestante no segundo estágio do trabalho de parto. Veja que o relatório do Ministério da Saúde sobre parteiras tradicionais traz como sua prática:

[...] preocupam-se com o bem-estar e o conforto da mulher que assistem, assumem as tarefas domésticas, prestam, em geral, uma assistência marcada pelo afeto, pelo calor humano, companheirismo, infundindo confiança e segurança que contribuem para potencializar a força da mulher para conduzir o seu parto, criando um ambiente que favorece uma evolução positiva do trabalho de parto e uma recepção acolhedora para o recém-nascido (ABREU, 2005 apud BRASIL, 2010, p. 40).

Não seria diferente com dona Flor, que relata todas as vezes que chegou na casa para acompanhar um parto e foi fazer faxina antes, que ia acompanhar o resguardo e cozinhava, às vezes levava a comida. Sobre a questão do tempo, ela ensina que parteira tem que aprender a fiar, ou tecer, ou crochetar, fazer alguma dessas coisas manuais para exercitar a paciência, não pode ter pressa no parto.

Discussão de resultados

Embora o Ministério da Saúde recomende não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo, e que, se ela for realizada, a sua indicação deve ser justificada e deve-se

assegurar analgesia efetiva antes da realização, a prática na assistência ao parto nas instituições de saúde tem sido outra.

A pesquisa realizada no Amapá, citada anteriormente, incluiu ações educativas e a avaliação da eficácia da mesmas, tendo como resultado que as ações pouco interferiram na prática dxs profissionais da saúde. Para xs autorxs dessa pesquisa, nas diversas áreas do cuidado à saúde, o uso de evidências científicas é muito importante, porém, na assistência prestada à mulher durante o parto, seu uso é crucial para a prevenção, avaliação e reparo dos traumas perineais. Os profissionais que prestam assistência ao parto devem ser capazes de prevenir, avaliar e reparar esses traumas com habilidade e competência para assegurar a redução dessas morbidades pós-parto (SANTOS; RIESCO, 2016).

Cabe lembrar que os conhecimentos tradicionais e populares vêm dxs antigxs e contam com muito mais tempo de experimentação do que estudos clínicos da ciência moderna, e podem ser considerados evidência científica.

Os resultados de dona Flor com relação a integridade do períneo são impressionantes. Ao longo da busca na literatura científica sobre o tema, encontramos referências às práticas por ela utilizadas em muitos artigos e recomendações, porém, não encontramos nenhum artigo que traga de forma sistematizada todas as práticas por ela utilizadas em conjunto desde muito tempo em seu partear. Dona Flor é analfabeta, estudou formalmente

apenas durante seis meses de sua vida, não teve acesso a toda essa literatura.

Um artigo produzido em Zimbábue sobre o uso de práticas tradicionais no pré-natal e as consequências na gestação teve como resultados que 52% das mulheres durante o período estudado usaram algum método da medicina tradicional buscando principalmente preservar o períneo. O objetivo da pesquisa, mais que provar a evidência do uso de alguma prática da medicina tradicional, era descartar a relação entre as mesmas e complicações durante o parto, como trauma perineal e hemorragia. O resultado foi que essas intercorrências foram mais comuns nas pessoas que não seguiram nenhuma indicação da medicina tradicional (MUREYI et al., 2012). Algumas das práticas citadas convergem com as de dona Flor.

Em Pernambuco, Carvalho, Chacham e Viana (1998) desenvolveram pesquisa que confirma que as parteiras tradicionais de lá proporcionam uma assistência integral ao parto de uma forma muito peculiar, utilizando diversas ferramentas no amparo à mulher, bebê e família. Traz também a questão de que a parteira entende bem sobre características regionais e culturais daquela família, o que é um fator positivo para o acolhimento durante o parto. O artigo também aborda a diferença das parteiras que aprenderam de outras parteiras, ou por conta própria, e aquelas que aprenderam acompanhando partos em hospitais, ajudando

médicxs e enfermeirxs. Segundo a pesquisa, as que tiveram o aprendizado em contexto hospitalar acabam por reproduzir maiores intervenções desnecessárias ou invasivas para as mulheres.

Dona Flor faz educação em saúde tanto nas vivências e oficinas que oferece como na orientação às gestantes que a procuram. Ela estabelece um diálogo horizontal com as mulheres, se referindo sempre a sua experiência como mãe e à experiência de seus partos (dos partos em que ela mesma pariu). Quando questionada sobre alguma questão específica, ela sempre conta a história de algum parto para ilustrar o que quer dizer. Gosta de responder perguntas fazendo perguntas instigadoras. Com seus 81 anos, se necessário ela levanta, atua demonstrando a posição de que está falando. Ela sempre traz a integralidade da saúde para o centro, sempre exemplifica como situações da vida cotidiana emocional da gestante e da família influenciam na hora do parto. Quando o companheiro está presente, faz o possível para incluí-lo, chama a atenção para que ele assuma de forma amorosa a responsabilidade por essa vida que chega. Tudo isso expandindo amor.

Ela sempre enfatiza a importância da mulher e do homem se preparem antes de engravidar e durante a gestação para um melhor parto. Ainda que exista toda uma literatura que corrobore a eficácia de práticas durante a gestação que influenciam diretamente na qualidade do parto, o Caderno de Atenção Básica sobre o pré-

natal só traz referência ao períneo no exame ginecológico e coleta de material, com relação a sintomas de infecções sexualmente transmissíveis e no atendimento a um parto iminente. Ou seja, nenhuma ação de preparo do períneo é indicada (BRASIL, 2013).

A parteira se preocupa com a preservação do corpo da mulher, e, assim, evita também seu sofrimento mental. Aqui a mulher é protagonista. Todo os cuidados, desde os de preparo do períneo durante a gestação, aos dos banhos de assento do pós-parto, refletem numa rápida melhora da vulva/vagina da mulher, contribuindo para sua autoestima. O cuidado técnico e amoroso reverbera em experiências de plenitude relatadas por quem teve esse acompanhamento.

Períneo íntegro é saúde integral

O conhecimento tradicional de parteiras está em total consonância com as recomendações atuais sobre proteção de períneo. Quisemos trazer aqui alguns estudos e recomendações internacionais não para buscar validar o conhecimento tradicional e popular através da comprovação científica: esse entendimento apenas validaria a colonialidade do saber tão presente na ciência ocidentalizada latinoamericana. A busca por esse diálogo se deu no intuito de discutir que o conhecimento tradicional utiliza técnicas extremamente eficazes no cuidado à saúde que, às vezes, demoram anos, décadas para serem assumidas como “evidência científica”.

As recomendações para o cuidado com o períneo são um ótimo exemplo.

E o grande problema é que xs mestrxs desse conhecimento não estão encontrando espaço para partilhá-lo com a devida valorização. Na formação da ciência médica moderna no Brasil, xs especialistas, na busca por sua consolidação, procuraram se diferenciar dxs curandeirxs populares, taxando de atrasadas, incivilizadas e menos científicas aquelas práticas de saúde que não eram desenvolvidas nas instituições médicas. É o que chamamos aqui de epistemicídio, o racismo se manifestando de forma institucional.

Como uma história que se repete, as parteiras tradicionais estão deixando de realizar partos em muitas regiões e não estão transmitindo seus conhecimentos às futuras gerações. Assim, essas práticas de saúde integral para as gestantes correm o risco de se perder.

Percebe-se que a institucionalização do aprendizado, mesmo por meio de cursos de enfermeiras obstetras, não tem alcançado o domínio de práticas tão delicadas e bem sucedidas no cuidado ao parto como os usados por dona Flor e outras parteiras tradicionais e populares. Aqui, buscamos um exemplo concreto do que poderia ser apenas um pequeno aspecto do parto, a integridade do períneo. Quase como uma metáfora, o cuidado com o períneo nas práticas de cuidado durante a gestação, o parto e o

pós-parto representa a integridade da mulher, de seu corpo, de sua sexualidade, de seu emocional, de seu empoderamento no parto.

Em outras palavras, a busca por recomendações da OMS, da Sociedade Americana de Obstetrícia e de outras fontes acadêmicas foi apenas para mostrar que aqui no Goiás uma parteira quilombola analfabeta tem práticas de eficácia comprovadíssimas, que recentemente estão sendo tratadas com sua devida importância nos manuais. E que nos enriquece muito mais se esses conhecimentos puderem ser valorizados, que pesquisas olhem mais para a grande riqueza que temos aqui e saibamos valorizá-la.

Sabemos que uma episiotomia, bem como outras intervenções biomédicas, pode vir a salvar uma vida, mas a parteira é insubstituível. O que sugerimos é que o trabalho dx obstetra ou da enfermeira poderia ser integrado com o das parteiras tradicionais no sentido de completar uma equação distorcida na relação histórica com a cultura popular, dado que, como aponta Valla (1996), o papel de tutoria ainda predomina nas relações entre profissionais/mediadorxs e as classes populares.

Essa é a aposta apresentada em pesquisa recente em Bangladesh e Samoa, onde as pesquisadoras concluem que o cuidado integral oferecido por parteiras tradicionais e populares, sobretudo com intervenções leves, diminuem a necessidade de intervenções duras. E que as mulheres preferem esse tipo de

atendimento por diversas razões, inclusive porque as parteiras estabelecem uma relação mais horizontalizada com as pessoas que acompanham, gerando maior confiança para o diálogo e entrega na hora do parto.

A conclusão da referida pesquisa é que o ideal seria a parteira tradicional e popular ser incorporada no serviço de saúde oficial, pois presta um atendimento único no acompanhamento de nascimentos. Além do fato da parteira tradicional, por ser geralmente da região da gestante, pode ser essa ponte de diálogo entre a gestante e outros profissionais de saúde em termos de tradução cultural, etc (LANE; GARROD, 2016).

Outro estudo em Gana aponta na mesma direção de reconhecer a importância da parteira tradicional e popular na educação em saúde em todos os aspectos da gestação e também no planejamento familiar, bem como no suporte psicológico à família. O artigo sugere um trabalho colaborativo entre enfermeiras e parteiras tradicionais no serviço de cuidado ao nascimento (ADATARA et al., 2018).

Sugerimos aqui o mesmo caminho no Brasil, que é o próprio caminho que a educação popular em saúde tem trilhado:

Pode-se afirmar que grande parte das experiências de Educação Popular em Saúde estão voltadas para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não-governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais,

de um lado e, de outro lado, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular (VASCONCELOS, 2001, p. 16).

Dona Flor sempre nos lembra que a parteira tem o seu papel e “o médico” e “a enfermeira” têm o seu papel: cada um tem o seu momento no cuidado ao nascimento. Ela sabe muito bem e orienta quando é necessária a intervenção hospitalar durante o parto, e sobre a importância do acompanhamento pré-natal pela rede institucional de saúde:

Essas que vem de lá pra cá que fica aqui que engravida, é um rolo pra elas fazer pré-natal, eu digo também não vou fazer o parto delas não. Não sou advinhona, não faço, se não faz o pré-natal, eu não sei se ela tá com pressão alta. Meu jeito de medir pressão não é com aparelho, eu mido a pressão da mulher grávida quando é pra ganhar neném, é aqui, é aqui. Então lá no médico é diferente. Eu não sei como tá a placenta lá dentro, eu as vezes eu sei, mas não vou falar. Não, porque elas acostuma né? Não vai pro médico aí tem qualquer coisa.

Quando ela tá com diabete ela tem que passar pro médico, porque parteira não vai entender, porque o remédio pra diabete é remédio pra emagrecer, e aí ela tando grávida ela não pode tomar remédio pra emagrecer porque baixa o peso do bebê. É complicado. É por isso que tem que fazer todo o tratamento antes de engravidar (Dona Flor, 2015).

Urge o reconhecimento deste saber tradicional e popular como alta tecnologia em saúde e estratégias de desenvolvimento desse trabalho colaborativo com outros profissionais da saúde na assistência ao parto e nascimento. É importante que este passo seja

dado rapidamente, pois as parteiras tradicionais em muitas regiões estão desaparecendo, ou seja, estão morrendo sem deixar aprendizes devido a sua extrema desvalorização. Finalizamos com uma fala de dona Flor sobre a amorosidade necessária para o nascimento:

As mulher arruma um berço de ouro pra receber um filho, não precisa não, tem que ser um berço de amor, do pai, da mãe e de todos que estão ali assistindo. Esse amor tem que fluir antes. Família, avô, avó, todo mundo torcendo pra essa criança vir ao mundo (Dona Flor, 2015).

Referências Bibliográficas

- ADATARA, P. et al. Perspective of Traditional Birth Attendants on Their Experiences and Roles in Maternal Health Care in Rural Areas of Northern Ghana. **International Journal of Reproductive Medicine**. v. 2018, Article ID 2165627, 2018.
- AHMED, H. M. Midwives' Clinical Reasons for Performing Episiotomies in the Kurdistan Region: Are they evidence-based?. **Sultan Qaboos University Medical Journal**. v. 14, e369-74, 2014.
- AMERICAN College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 165: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 128, n.15, p. e1-e15, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília: MS, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 32: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: MS, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: MS, 2017.
- BICK, D. E. et al. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, ID 57, 2012.

- CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não ser como fundamento do ser.** Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2005.
- CARVALHO I., CHACHAM, A.S., VIANA, P. Traditional birth attendants and their practices in the State of Pernambuco rural area. Brazil, 1996. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n. 63, suppl. 1, S53-S60, 1998.
- FANON, F. **Pele Negra, Máscaras Brancas.** Rio de Janeiro: Editora Fator, 1983.
- FEDERICI, S. **Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria.** Trad. Verónica Hendel y Leopoldo Sebastián Touza. 1. ed. Tinta Limón: Buenos Aires, 2010.
- FLORIANO, J. **Bem Viver do Cerrado: partear amor, parir uma bioética local.** 2016. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília. Brasília: UNB, 2016
- GOMES, Á. M. da S. **Rotas e diálogos de saberes da etnobotânica transatlântica negro- africana: terreiros, quilombos, quintais da Grande BH.** 2009. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- ISMAIL, K. M. K. et al. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. **BMC Medicine**. v. 11, n. 209, 2013.
- LACERDA, R.; FEITOSA, S. Bem Viver: Projeto U-tópico e De-colonial. **Interritórios. Revista de Educação**, v. 1, n. 1, 2015.
- LANE, K.; GARROD J. The return of the Traditional Birth Attendant. **Journal of Global Health**, v. 6, n. 2, p. 020302, 2016.
- LOPES, J. **Experimentações em Cultura, Educação e Cidadania: O Caso da Associação Grãos de Luz e Grão.** 2009. Dissertação (Mestrado em Bens Culturais e Projetos Sociais) - Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro: FGV, 2009.
- MAILLAND, F. et al. US9125806: Compositions with enhanced elasticizing activity. Patent No.: US 9,125,806 B2. **United States Patent**, 2015.
- MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. de S. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 1, p. 1-2, 2007.
- MUREYI, D. D. et al. Prevalence and patterns of prenatal use of traditional medicine among women at selected harare clinics: a cross-sectional study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 12, ID 164, 2012.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.** Genebra: OMS, 2018.

- O QUE É PERMITIDO (ou não) no resguardo. **Mais Assistência Familiar**. Disponível em: <<https://planomais.com.br/2017/10/10/o-que-e-permito-ou-nao-no-resguardo/>>. Acesso em: 31 de mar. de 2019.
- REGGIARDO, G.; FASANI, R.; MIGNINI, F. Multicentre, open label study to evaluate the efficacy and tolerability of a gel (Elastolabo®) for the reduction of the incidence of perineal traumas during labour and related complications in the postpartum period. **Trends in Medicine**, v. 12, n. 3, p.143-149, 2012
- RÜCKERT, B. et al. Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, suppl. 2, p. 1537-1546, 2015.
- SANTILLI, J. **Socioambientalismo e novos direitos**. São Paulo: Peirópolis, 2005.
- SANTOS, R. C. S. dos; FARIAS, J. L. D. J.; CÔRTEZ, C. T. A pesquisa translacional e o cuidado perineal no parto: relato de implementação. **Estação Científica**, v. 8, n. 2, p. 121-128, 2018.
- SANTOS, R. C. S.; RIESCO, M. L. G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. spe, e68304, 2016.
- SEGATO, R. L. El Sexo y la Norma: Frente Estatal, Patriarcado, Desposesión, Colonialidad. **Estudios Feministas**. v. 22, n. 2, p. 593-616, 2014.
- SHIVA, V. **Monoculturas da mente: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia**. Trad. Dinah de Abreu Azevedo. Gaia: São Paulo, 2003.
- THEME, M.; AYERS, S.; GAMA, S.; LEAL, M. do C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159-167, 2016.
- VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, v. 21, n. 2, p. 177-190, 1996.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M.(Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo, Hucitec, 2001. p. 19-33.
- VENDITTELLI, F.; TABASTE, J. L.; JANKY, E. Antepartum perineal massage: review of randomized trials. **Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction**, v. 30, n. 6, p. 565-571, 2001.

Cano Furado: uma viagem para além dos muros da universidade

Juan Valente Martins¹
Gabriela Pires da Rosa¹
Edson Eustáquio de Lima Júnior¹

“O fogo comendo,
O sonho cantando.
O povo vai fazer o resto”.
(MELLO, 1978, p. 31)

Quando começou a Frente de Saúde e como chegamos ao Cano Furado

O projeto “Frente de Saúde Popular” foi fruto de muitos encontros. O primeiro foi o de alguns alunos recém-chegados à Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), um residente em saúde coletiva no Instituto de Saúde Coletiva/UFF, um movimento social de abrangência nacional novo no território fluminense e uma comunidade periférica que compõe parte do bairro de Santa Luzia, um dos bairros do terceiro distrito de São Gonçalo/RJ, Monjolos.

Santa Luzia conta com uma população de 17.045 habitantes², tratando-se de um bairro relativamente pequeno, que

¹ Graduandos em Medicina pela Universidade Federal Fluminense. Extensionistas do projeto “Frente de Saúde Popular”.

² Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>>

gradativamente se militarizou em razão do tráfico de drogas organizado. Foi um dos locais de origem de grande parte das famílias que construíram, junto ao Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST - Brasil)³, a ocupação “Zumbi dos Palmares” em novembro de 2014. Uma organização que ocupou um terreno baldio nas proximidades do bairro e saiu de lá com a promessa de construção de 1.000 moradias populares para àquelas famílias.

No momento desta ocupação, o projeto ainda não existia e nenhum de nós pode vivenciá-la. Apenas em 2015, em uma nova ocupação, desta vez a “6 de abril”, organizada pelo MTST em Niterói (cidade vizinha a São Gonçalo), foi quando tivemos contato com a luta da organização e com a realidade de grande parte de famílias são gonçalenses e de moradores da comunidade do Cano Furado.

Nesta oportunidade, conhecemos o projeto “Frente de Saúde Popular”, um trabalho de extensão popular que estava se iniciando e construindo uma “brigada de saúde” durante a ocupação.

censo2010>. Acesso em: 19 de mar. de 2019.

³ O MTST, que surgiu nos anos 1990, reconhece-se como um movimento de trabalhadores urbanos que, para além da moradia, luta também por transformações sociais mais radicais, tendo em vista combater a miséria nos centros urbanos, formando militantes e avançando rumo à construção do socialismo.

A primeira experiência em ocupações urbanas e o início do nosso projeto

Neste tempo, “o pão era caro e a liberdade pequena”. E, tal como os versos de Ferreira Gullar, éramos poucos e, apesar de animados, estávamos assustados com parte do que a vida em uma ocupação urbana nos apresentava.

Lá observamos desigualdades, a violência do Estado imposta pela falta de assistência, a repressão policial e a pressão cotidiana das pessoas que transitavam na rua em frente e gritavam expressões como “vagabundo” ou “terroristas” para nós, que éramos cerca de 500 famílias, entre idosos, crianças e estudantes. Uma grande parte de trabalhadores sub-remunerados que não conseguiram, em gerações, adquirir um imóvel próprio e acabaram por comprometer grande parte da sua renda em aluguéis imobiliários, num dos lugares mais caros para se morar no país.

Contudo, éramos também jovens e estávamos apaixonados pela possibilidade da mudança, de uma revolução que abrangesse uma saúde mais potente do que o “concerto” apresentado pelas aulas da universidade. Lá nos apaixonamos por aquelas narrativas compostas por linhas e vidas, com as quais nos entrelaçamos e construímos laços permanentes.

A proposta era ousada: educação popular. Mas como? – nos indagávamos.

Ouvir. Desconstruir suas certezas e castelos dogmáticos. Acolher com desprendimento e bastante afeto o outro, o outro-você. Acima de tudo, cultivar a sensibilidade ao toque, ao olhar e se abrir para as possibilidades de choque. Fazer a crítica ao “saber alienado”⁴ nos momentos necessários. Ensinar-e-aprender, numa troca constante. Os momentos pareciam ensinar.

Os grupos de educação popular se formaram durante aquela ocupação e se somaram a outros movimentos que buscaram construir “uma nova história” a partir da luta coletiva. Primeiro, as rodas de conversa surgiram em torno das mulheres-gestantes e dos seus processos da gestação para depois se expandirem para temas diversos, como prevenção e promoção de saúde:

O que pode e deve variar, em função das condições históricas, em função do nível de percepção da realidade que tenham os oprimidos, é o conteúdo do diálogo. Substituí-lo pelo antidiálogo, pela sloganização, pela verticalidade, pelos comunicados é pretender a libertação dos oprimidos com instrumentos de “domesticação”. Pretender a libertação deles sem a sua reflexão no ato desta libertação é transformá-los em objeto que se devesse salvar de um incêndio. É fazê-los cair no engodo populista e transformá-los em massa de manobra (FREIRE, 2014, p.72)

⁴ Em sua obra “Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844”, Marx (2004) explica o conceito de alienação através da relação do trabalhador para com o produto do seu trabalho, com o seu processo de produção e com relação à sua existência enquanto indivíduo/membro do gênero humano e relação aos outros indivíduos.

A educação popular, mais do que uma metodologia, é uma proposta de ação e reflexão que se pretende revolucionária e, para isso, assume um lado político na divisão social. O diálogo, o compartilhamento, a coprodução, a problematização e a emancipação são princípios de suas ações. Enquanto política pública, a educação popular em saúde circunscreve uma prática comprometida com a democracia e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como descrito no artigo segundo da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP)-SUS⁵:

A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

As rodas de conversa nasciam quase como que naturalmente naquele ambiente. Elas brotavam em meio às assembleias, em um café da manhã desprezioso na cozinha comunitária, na brinquedoteca em que as crianças se misturavam. Uma sorte de quem teve o prazer de colidir com uma experiência forte e potente como esta.

⁵ Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 19 de mar. de 2019.

Após 33 dias de vida comunitária, na qual nos dividimos entre as tarefas de cozinhar, organizar as assembleias, buscar apoio, realizar a segurança do acampamento e promover atividades de educação em saúde, a ocupação se findou com uma promessa de negociação junto a prefeitura. Com isso, passamos a nos reunir para pensar em formas de prosseguir com o trabalho da “Frente”, que passaria a ser realizado no território em que aquelas pessoas moravam.

O trabalho continuaria em um dos núcleos da primeira ocupação do movimento, na comunidade do Cano Furado, localizada no bairro de Santa Luzia, São Gonçalo/RJ.

O primeiro encontro com o Cano Furado ocorreu em uma oficina onde se produziu cosméticos a partir das plantas da comunidade. Dona Luíza, uma senhora moradora de Nova Iguaçu e exímia conhecedora das propriedades das plantas nativas do Rio de Janeiro, foi quem nos ministrou a oficina.

Este contato foi obtido através do MTST e seus outros conhecidos que compunham uma ocupação do Movimento dos Sem Terra⁶ (MST-BRASIL) na Baixada Fluminense. Nosso encontro deixou rastros, pelos quais pudemos caminhar e nos

⁶ “Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, também conhecido como Movimento dos Sem Terra ou MST, é fruto de uma questão agrária que é estrutural e histórica no Brasil. Nasceu da articulação das lutas pela terra, que foram retomadas a partir do final da década de 70, especialmente na região Centro-Sul do país e, aos poucos, expandiu-se pelo Brasil inteiro” (CALDART, 2011, p. 207).

inserir, até conhecer um pouco mais do que a comunidade mostraria.

Figura 1 - “Bem-vindo ao Cano Furado... Saudades Mocotó”.



Nota: À esquerda, muro grafitado logo na entrada da comunidade do Cano Furado. Nele lê-se “saudades mocotó”. À direita, o mesmo muro alguns metros antes, exibindo seu cartão de visita.

Fonte: os autores (2018).

“Liga pra Deca! Tem que avisar que tamo chegando”

Para entender o que era o MTST, o que era o Cano Furado e qual era a proposta da Frente de Saúde Popular, aceitamos o convite do nosso amigo Pedro, o primeiro estudante de medicina entre nosso grupo de amigos que se firmou e ajudou a desenvolver o projeto. Pegamos o ônibus 582, Venda das Pedras no terminal rodoviário de Niterói, com destino a Santa Luzia, em São Gonçalo. O trajeto é longo, cerca de 27 km. Descemos na estrada (BR 101 - Rodovia Niterói-Manilha) na altura de um Posto Shell.

Tomamos, junto ao Pedro⁷ e ao Henrique⁸ uma estreita rua de terra, irregular e longa que daria à Avenida Visconde de Seabra,

⁷ Trata-se de Pedro Gomes Almeida de Souza, na época estudante de medicina e um dos precursores do projeto de extensão “Frente de Saúde Popular”.

paralela à entrada da comunidade. Já nessa altura, pudemos perceber a presença de inusitados animais: os porcos. Grandes como javalis, eles costumavam caminhar entre os arbustos altos e terrenos baldios desse lado menos urbanizado do bairro de Santa Luzia, bairro residencial que em sua maioria é composto por ruas asfaltadas (salvo às exceções, como no território do Cano).

Ao chegar no Cano, nenhuma das ruas é asfaltada e o esgoto das casas cai diretamente nos dois riachos que cortam a comunidade, realidade que contrasta com o restante do bairro. Mesmo assim, Santa Luzia é um bairro de classe média baixa, o que traz a reflexão: o Cano Furado é a face excluída do bairro que é face excluída de uma cidade dormitório. Se nos permitem a análise, é a periferia das periferias, um dos últimos recônditos que a engrenagem capitalista da cosmopolita cidade do Rio de Janeiro busca mão de obra.

Este cenário nos remete às indagações de Santos e Silveira (2006, p. 265):

Que fazer, então, de expressões [...] como as noções de centro, centralidade, centro-periferia, etc? Que é ser um centro? Que fenômenos tal centro regula? Onde estão os centros? Que é hoje a centralidade e que relações ela mantém com a capacidade de estabelecer normas? Qual o papel do próprio espaço geográfico no exercício das regulações?

⁸ Trata-se de Henrique Sater, na época médico residente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFF, que também compunha a coordenação estadual do movimento.

Ao entrar na rua que dá acesso à comunidade, perpendicular à Visconde de Seabra, andamos por 200 metros até um pequeno beco, por onde escorria água de um encanamento. Aquela foi a primeira visão que tivemos da comunidade por dentro. De frente, dois muros estreitavam uma rua ao fundo, que dava acesso a outras casas. De um lado, o muro de uma igreja evangélica e, do outro, o muro de um terreno que conta com três ou quatro casas.

À direita, o quiosque de Janaína e do marido. Ao lado, a casa de uma das referências comunitárias e o principal elo que nos manteve presente naquele território, mulher guerreira com inúmeros saberes sobre plantas e remédios caseiros, nossa querida companheira Deca. À esquerda, uma rua estendida, com mato e despejos de obras dos dois lados, revelando ao fundo, bem distante, um cano com um furo grande, que jorrava água como chuva, razão do nome dado à comunidade.

Era necessário sempre ligar para Deca antes de chegar à comunidade, pois como citamos, o bairro vivia sob a vigilância de alguns encarregados do tráfico de drogas. Fomos até a entrada da casa de Deca, um pequeno sobrado de madeira que abrigava não só sua moradia, mas também seu trabalho – o bar. Henrique bateu palmas e chamou seu nome. Era uma senhora baixinha, negra, com uma aparência entre 50 e 60 anos. Deca saiu de casa brigando

com Henrique, uma briga povoada por risos e ironias, que já demonstrava vínculo e intimidade cultivados há mais tempo.

Fomos apresentados e conversamos um pouco sobre a atividade de Luíza, sobre como poderíamos nos somar e construir um novo projeto ali. Iniciamos uma conversa tentando compreender as demandas locais e como poderíamos contribuir com o que acreditávamos que nosso contexto universitário oferecia.

Esse processo construiu a “Frente de Plantas”, uma atividade com rodas de conversas semanais no Cano Furado, em que nos reuníamos e buscávamos pessoas que sabiam sobre plantas e as que queriam aprender mais. Nesse sentido, foram positivas as características do território, que disponibilizava uma grande biodiversidade de plantas já conhecidas e presentes no cotidiano dos moradores.

Deca foi uma das pessoas daquela região que tinha participado da ocupação “Zumbi dos Palmares”. Ela, junto a outra referência do Cano Furado, a Beth, se tornou o principal vínculo que nos possibilitou a aproximação com a comunidade. Elas mediaram a construção das atividades, além de nos presentear com um imenso aprendizado. À essas mulheres, toda nossa gratidão e admiração, pela inteligência, respeito e carinho com o qual nos trataram.

Com o passar do tempo, continuamos a fazer as visitas semanais ao Cano. Nelas colhíamos as ervas, fazíamos oficinas, conversávamos sobre as plantas ou simplesmente íamos ver a “Dona Deca” e acabávamos por beber uma cerveja. Pois, como era claro, não era permitido visitar o Cano Furado e não beber a cerveja mais gelada de São Gonçalo, quiçá, do estado do Rio de Janeiro!

Cada encontro era uma experiência nova que nos atingia e reordenava a direção do projeto. Pensamos em diversas formas para nossa atuação: fizemos catalogação das plantas que usávamos, em sua maioria não exclusivas dali; passamos a conhecer melhor seus usos, seus nomes populares e as experiências afetivas das pessoas com elas. Deca nos apresentou a aroeira (*Schinus terebinthifolia*), a babosa (*Aloe vera*), a erva baleeira (*Varronia verbenacea*), o peão roxo (*Jatropha gossypifolia*), a embaúba (*Cecropia pachystachya*), a santa analgésica arnica (*Dolidago chilensis*), o capim limão (*Cymbopogon citratus*) e outras espécies de plantas que tinham propriedades medicinais e que ela usava no seu cotidiano. Dona Luíza tinha deixado um especial presente para Deca: duas receitas com aquelas ervas, uma pomada cicatrizante e o gel para dor.

A pomada era uma mistura específica de ervas com efeito antiinflamatório, cicatrizante e antisséptico – algumas indicações encontradas em manuais técnicos destas ervas publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2014). Nela,

iam: aroeira (*Schinus terebinthifolius*), confrei (*Symphytum officinale*), baleeira (*Cordia verbenacea*) e canela de velho (*Miconia albicans*).

O primeiro passo para fazê-la era preparar sua tintura. Nele, colhíamos e armazenávamos, na sombra, as ervas secas junto a um óleo mineral ou de girassol, por no mínimo três dias e no máximo uma semana. Após este tempo, a tintura estava pronta e deveríamos a esquentar e adicionar parafina lentamente. O resultado era despejado ainda quente em um recipiente para armazená-la. De 15 a 30 minutos, a pomada adquiria sua consistência endurecida.

Nós sempre nos impressionávamos com a sabedoria de Deca e em como ela conseguia identificar aquelas ervas. De longe, já dizia “isso aí é Aroeira” ou “Meu filho, olha essa folha, grossa, grande... é embaúba!”. Demoramos muito tempo pra identificar bem algo em torno de 15 ervas e ainda nos confundimos muitas vezes. O gel não ia ao fogo, sua tintura era feita no álcool de cereais e não óleo. Seus principais componentes eram a Babosa (*Aloe vera*), Arnica (*Solidago chilensis*), baleeira (*Cordia verbenacea*) e embaúba (*Cecropia pachystachya*).

Descobrimos posteriormente que todas aquelas ervas que usávamos tinham efeitos terapêuticos e embasamento científico, sendo boa parte delas com uso justificado pela própria ANVISA e algumas outras por artigos, catálogos ou *guidelines* de farmacologia e fitoterapia (ANVISA, 2014, 2011; LORENZI; MATOS, 2008).

No decorrer das atividades, com as ervas colhidas, voltávamos para o “Bar e casa da Deca”. Era praticamente na sua frente onde formávamos uma roda de cadeiras emprestadas ou improvisadas. As oficinas contavam com várias pessoas, em sua maioria, senhoras que queriam aprender e conversar sobre as ervas, donas de casa que queriam compartilhar suas vidas e sentiam aquele espaço como brechas na rotina solitária ou uma reunião de velhos(as) conhecidos(as). Sempre contávamos com dez a vinte pessoas do bairro e em toda oficina borbulhavam-se os comentários de que o gel havia tratado alguma dor, e até mesmo um senhor que sempre afirmava que só aquela pomada “curava sua ferida”!

São Gonçalo conta com uma estrutura de saúde pública desorganizada. Apesar de apresentar cobertura territorial de 65% pela Estratégia de Saúde da Família (COSEMS-RJ, 2016), a realidade prática esbarra em deficiências estruturais que não aparecem nessa porcentagem.

A escassez de medicamentos, de profissionais e investimento da gestão municipal, que, diga-se de passagem, age com descaso para com a população, faz de São Gonçalo uma cidade com acesso à saúde extremamente difícil. Uma simples consulta de rotina em um médico de família pode demorar meses e uma avaliação com um especialista até anos, sobretudo, para os moradores do Cano Furado, um lugar onde nem mesmo as

agentes comunitárias de saúde adentravam, consequência do constante domínio da região pelo tráfico organizado.

Lembramos bem da situação de uma conhecida que precisava de uma consulta com um neurologista para o seu filho. Ela conseguiu essa consulta após dois anos, depois de esperar na longa fila do sistema de regulação do SUS (SISREG). Seu filho apresentava déficit de desenvolvimento e epilepsia. Permanecem com dificuldades para manter a regularidade do tratamento há pelo menos quatro anos. Eles seguem firmes e, literalmente, na luta.

Figura 2 - Uma de nossas atividades que ocorriam semanalmente, embaixo da amendoeira.



Fonte: os autores (2016).

**“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”⁹:
adquirindo um “modo de agir” em educação popular**

No Cano Furado, em frente ao bar da Deca, existe uma amendoeira; em um espaço amplo, entre a rua e as casas. À sombra

⁹ Freire (2014, p. 95).

desta árvore, foram feitas as primeiras rodas de conversa da “Frente de Saúde”. Pegamos cadeiras emprestadas no bar da Deca, nos organizamos em roda, colocamos uma mesa no centro com algumas plantas e, ali, conversamos sobre qual a importância e quais os usos de cada uma daquelas ervas.

Cada pessoa participava com o que sabia. Alguns mais comunicativos, outros mais retraídos – em meio às distrações cotidianas: crianças brincando, cachorros roubando o lanche, a notícia da morte de alguém, comentários sobre incursões policiais na comunidade, risos. Conseguíamos manter a atenção da maioria, num aprendizado contínuo de empatia, da prática de agir de forma convidativa, tentando pensar em cada vínculo de maneira individualizada, até que alcançamos certa intimidade com os mais assíduos nas atividades.

No começo, tínhamos dificuldade em visualizar o “método” por trás daquilo. Achávamos que estávamos nos arriscando, que não tínhamos “estudo” o suficiente sobre educação popular para poder ter uma melhor “eficiência” nas atividades. Naquela época, ainda havia dificuldades em delinear quais passos gostaríamos de dar. Talvez fosse a simplicidade do desejo de “fazer algo ali” que nos sensibilizou para entender que esses passos seriam traçados a partir dos encontros, nas atividades. Despretensiosamente, a Frente foi adquirindo um “modo de agir”,

uma forma de realizar as atividades e de se portar com o público que participava delas.

Um exemplo disso foi uma das atividades realizadas por nós embaixo da amendoeira. Era o ano de 2016 e, no horário nobre da TV Globo, passava uma telenovela chamada “A Regra do Jogo”. Nela, existia um vilão, o “Orlando”, ele trabalhava no laboratório de uma grande empresa do setor farmacêutico e tinha ambições financeiras que justificavam a vilania de seu personagem.

Com a roda organizada, conversamos sobre a novela, sobre o que as pessoas pensavam daquele personagem e, sobretudo, sobre seu trabalho. Questionamos a realidade demonstrada na trama e como ela se reproduzia na vida real. A conversa evoluiu para o debate acerca do preço dos medicamentos e em como a vida cotidiana é influenciada por essas questões.

Preparamos um cartaz com uma tabela e nela havia três problemas listados: “dor de cabeça”, “tosse” e “dores musculares”; inserimos duas colunas à frente de cada um destes problemas, intituladas: “medicamentos comprados na farmácia” e “plantas medicinais”. Levamos figuras soltas de três medicações comuns que podem ser comprados sem receita (um analgésico, um xarope para tosse e uma pomada para dores musculares) e de três plantas estudadas anteriormente nas rodas e que possuíam propriedades terapêuticas para aquelas situações, como Arnica (*Solidago chilensis*)

para dores musculares, Guaco (*Mikania glomerata*) para tosse e Arruda (*Ruta graveolens*) para cefaleias.

Dialogamos, ainda, sobre a dificuldade de acesso dos usuários do SUS e aos medicamentos e, em contraponto, a disponibilidade de uma grande variedade de plantas medicinais no território. Além disso, conseguimos pensar em situações nas quais era necessário recorrer aos tratamentos convencionais e sobre como poderíamos enfrentar as dificuldades de acesso.

A discussão foi muito rica e conseguimos visualizar as limitações e vantagens entre o uso de medicamentos e plantas, nos atentando para os sinais de gravidade de algumas afecções e que deveriam, portanto, receber a atenção de um profissional de saúde antes da automedicação.

Essas atividades foram se tornando encontros onde as pessoas se sentiam à vontade para opinar: percebiam que suas participações eram importantes, já que não existia uma conclusão pré-estabelecida.

Nesses espaços, queríamos concluir em conjunto, encontrar consensos através da conversa com o grupo, e isso tornava as discussões orgânicas. Nos planejávamos para iniciar alguns debates mas não pretendíamos levar um conceito ou verdade. Nosso desafio era criar um ambiente em que as respostas surgissem através do acolhimento, respeito e da valorização do saber do outro.

Semanalmente, nas reuniões ordinárias da Frente, debatíamos a nossa impressão sobre a última atividade, discutíamos como a formatação das oficinas impactou cada pessoa. Nos esforçávamos para lembrar de todos, para individualizar cada relação e para pensar em como poderíamos nos inserir melhor, como poderíamos trabalhar cada vínculo. Foi a partir desse esforço que conseguimos fazer parte daquele cotidiano, um esforço pautado nos pressupostos da extensão popular:

A extensão popular [...] significa um jeito diferente de pensar e conduzir esse trabalho social, que articula as ações de ensino e pesquisa com base na realidade percebida, graças à inserção ativa propiciada pela extensão (VASCONCELOS, 2013, p. 52).

Levar em conta a palavra de cada participante nas atividades foi a melhor orientação que assimilamos. Apenas a partir do vínculo e do tempo foi possível nos capacitar para lidar com o território e os indivíduos que o compunham, para desse modo afirmar que construímos uma ponte entre nosso saber e o da comunidade, de maneira inclusiva.

O projeto nunca se prestou a ensinar saúde a ninguém. Teve como ponto de partida a escuta e contou como grande virtude a paciência. A medicina praticada a partir de uma perspectiva hegemonicamente biomédica ignora nomes, e tende a ignorar histórias que extrapolam o diagnóstico. Ignora também os tempos, por razões práticas e comerciais, para se estabelecer

vínculo, construir cuidado e atenção. Ela distancia o sujeito clínico do sujeito social, afastando o entendimento de um sujeito integral, composto por corpo biológico, espiritual e social:

A medicina é socialmente útil na medida em que a maioria das pessoas acredita e aceita a proposição que uma situação causada na realidade por fatores políticos pode ser resolvida individualmente pela intervenção do médico (NAVARRO, 1986, p. 128 apud SILVA JÚNIOR, 1998, p. 21).

Em contraponto à medicina hegemônica, a vivência em educação popular ampliou nossa compreensão sobre saúde e evidenciou as etiologias políticas e sociais de grande parte do adoecimento humano. É impossível educar e produzir saúde, aos moldes da educação popular, sem levar em conta as estruturas sociais. Portanto, é dever do educador popular lutar contra tudo que desorganiza e segmenta a integralidade humana, e separa o ser orgânico do ser social e histórico.

Das grandes experiências vividas por nós na faculdade, a vivência ao lado dessas pessoas no Cano Furado com a possibilidade de entender uma realidade diferente talvez tenha sido a mais engrandecedora - de todos os pontos de vista: do humano ao técnico, do papel de analista ao papel de sonhador, ao papel de sofredor. Acreditamos que conseguimos deixar para trás o personagem asséptico de universitários, para sermos figuras com nomes, que as pessoas se lembravam porque tinham certeza que lembrávamos também dos nomes delas.

Referências Bibliográficas

- ANVISA. **Monografia da espécie Schinus terebinthifolius Raddi (Aroeira-da-praia)**. Brasília: ANVISA, 2014.
- _____. **Formulário de Fitoterápicos**: Farmacopeia Brasileira. Brasília: ANVISA, 2011.
- CALDAR, R. S. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. **Estudos avançados**, v. 15, n. 43, p. 207-224, 2001 .
- COSEMS-RJ. **Caderno de Apoio à Gestão Municipal em Saúde**: São Gonçalo e Região: Metropolitana II. Rio de Janeiro: COSEMS-RJ, 2016.
- CRUZ, P. J. S. C. Extensão popular: a reinvenção da universidade.
- VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Orgs.). **Educação Popular na formação universitária**. Paraíba: Editora universitária UFPB, 2013. p. 40-61.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 58. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2014.
- LORENZI, H; MATOS, F. J.A. **Plantas medicinais no Brasil**: nativas e exóticas. 2. ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2008.
- MARX, K. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.
- MELLO, T. **Poesia comprometida com a minha e tua vida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**: O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SANTOS, M; SILVEIRA, M, L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

**Desmanicomializando a vida:
ação-reflexão-ação
na saúde mental**

Saúde Mental e Educação Popular: possíveis diálogos

João Vinícius dos Santos Dias¹
Paulo Amarante²

Introdução

O presente texto pretende discutir algumas das possíveis articulações entre os campos da Saúde Mental e da Educação Popular no Brasil. Para tanto, partimos da hipótese que o paradigma da Atenção Psicossocial e a Educação Popular – entendida como concepção prática, teórica e metodológica que articula diferentes saberes e práticas – são potencialmente contra hegemônicos ao proporem uma ruptura com uma perspectiva de saúde mental pautada na racionalidade biomédica representada

¹ Psicólogo pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutorando em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) do CNPq.

² Médico pela Santa Casa de Misericórdia. Especialista em Psiquiatria pela UFRJ. Mestrado em Medicina Social pela UERJ e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, quando fez estágio de doutoramento em Trieste/Itália (*Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale*). Pós-doutorado na AUSL Imola/Itália. Doutor Honoris causa da Universidade Popular de Madres de Plaza de Mayo (Argentina). Professor e Pesquisador Titular da ENSP/FIOCRUZ. Coordenador do Grupo de Pesquisas LAPS do CNPq.

pela psiquiatria e pela hospitalização como principais tecnologias de cuidado.

A Atenção Psicossocial busca ampliar as possibilidades de cuidado e assistência, ultrapassando inclusive o campo da saúde mental *stricto sensu* e dialogando com diferentes saberes e áreas de conhecimento, como a história, as artes, o direito, a sociologia e a educação. Nesse sentido, consideramos que a Educação Popular em Saúde pode dialogar com a Atenção Psicossocial na problematização da hegemonia do saber técnico-científico, assim como apontar caminhos possíveis para uma perspectiva mais ampliada de sujeito e, conseqüentemente, de cuidado, valorizando as múltiplas formas de ser e estar no mundo.

O texto busca ainda discutir como os campos da Saúde Mental e da Educação Popular se consolidaram no Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo dos últimos anos através da interface entre diferentes políticas públicas como, por exemplo, a Política Nacional de Saúde Mental (RAPS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS). Por fim, serão problematizadas a sustentabilidade dessas políticas na atual conjuntura de retrocessos sociais e políticos no Brasil, assim como a necessidade da articulação de novos saberes e estratégias para a defesa intransigente do processo de Reforma Psiquiátrica, do SUS e dos direitos sociais, civis e políticos no país.

Saúde Mental, Educação Popular e a crítica ao paradigma científico moderno

Para discutirmos o lugar contra hegemônico da Educação Popular em Saúde e da perspectiva de Saúde Mental a partir do referencial da Atenção Psicossocial é necessário antes problematizarmos o próprio paradigma da ciência moderna. Este teve como um de seus frutos o paradigma psiquiátrico, que legitimou durante muitos anos a exclusão e a violência como formas de lidar com a loucura a partir da construção do lugar social da “desrazão”, designando o manicômio como resposta hegemônica, muito em função do lugar de ciência que ele representava.

Santos (2008) afirma que o modelo da racionalidade que preside a ciência moderna se constituiu a partir do século XVI com a revolução científica e ganhou o status de paradigma dominante nos séculos seguintes, se estendendo para além das ciências naturais e formatando a racionalidade moderna com base em princípios como o determinismo, a neutralidade e a busca por previsibilidade. Essa racionalidade, por sua vez, inaugurou um método científico/experimental pautado na observação, na formulação de hipóteses, na redução de complexidades, na experimentação e na busca por generalização de resultados. Ainda para o autor, a racionalidade científica surgida na modernidade tem uma pretensão de universalidade totalitária na medida em que nega

o caráter racional de outras formas de conhecimento que não se pautam pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas.

No campo da saúde, com a hegemonia do modelo biomédico, foi se construindo e consolidando desde o século XVIII um olhar sobre saúde e doença que se baseava quase exclusivamente na racionalidade científica, e que enfatizava os cuidados por meio das chamadas profissões da área da saúde, em especial, a medicina (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007). Esta mesma racionalidade legitimou nos séculos seguintes a ideia da loucura como erro e o saber psiquiátrico como saber hegemônico para lidar com ela. Assim, a partir do paradigma científico-racionalista, a relação problema-solução (no caso, a relação doença-cura) tornou-se central no campo psiquiátrico, tal como a busca de uma solução racional para o reestabelecimento da normalidade. Foi nesse contexto que o manicômio e o enclausuramento se legitimaram como métodos terapêuticos de tratamento.

Conforme aponta Desviat (2015), o enclausuramento dos chamados “desviantes” (loucos, mendigos, trabalhadores desempregados, por exemplo) foi inicialmente uma política social que se fortaleceu e se ampliou na Europa a partir do século XVII como resposta à desorganização advinda do crescimento das cidades e às crises econômicas decorrentes das transformações nos

modos de produção em uma perspectiva de invisibilização da miséria e das contradições da sociedade capitalista.

Nas décadas seguintes, com o estabelecimento da psiquiatria em termos legais e científicos como saber médico hegemônico, a loucura passou a ter o manicômio como um espaço de reclusão e tutela diferenciado. Desviat (2015) aponta que “a loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também atender em termos médicos, buscando sua cura” (p. 23). Com isso, a perspectiva de isolamento da comunidade permaneceu não mais com a justificativa de manutenção da ordem social, mas como forma de preservar o paciente dos “vícios” e “paixões” do convívio social a fim de estabelecer sua cura.

No entanto, como aponta Santos (2008), o paradigma científico dominante entrou em crise a partir do século XIX devido a uma pluralidade de condições, tendo o próprio avanço no campo do conhecimento permitido identificar a fragilidade dos pilares em que se fundava. Com a crise do paradigma dominante tornou-se possível a emergência de novos paradigmas, os quais o autor denomina de paradigmas emergentes. Neles estavam em xeque a primazia da técnica a partir da perspectiva de que todo conhecimento se constrói em condições epistemológicas e metodológicas que não podem ser apartadas do contexto social e histórico, rompendo assim com o ideal de neutralidade e

retomando o papel da complexidade na construção do conhecimento. Essa perspectiva valoriza o lugar da pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo, e não como seu objeto.

Se por um lado, no paradigma moderno de ciência, o conhecimento avançou pela especialização, onde um determinado conhecimento era considerado tanto mais rigoroso quanto mais restrito ao objeto sobre o qual incide, no paradigma emergente é necessário descobrir novas categorias de inteligibilidade globais, novos conceitos que desconstruam as fronteiras em que a ciência moderna dividiu e encerrou a realidade.

Nesse sentido, a perspectiva de Educação Popular pode ser entendida como uma proposta contra hegemônica ao paradigma científico até hoje dominante. As experiências de integração entre o saber técnico e o popular apontam para o que Boaventura Santos (2008) denomina, dentro do paradigma emergente de conhecimento, de “sensocomunicação”, ou seja, uma reaproximação do conhecimento científico com o senso comum. Segundo o autor, a característica do senso comum para a ciência moderna foi historicamente pejorativa, de afastamento. Na construção da ciência que emerge após a modernidade, visa-se aproximar certos valores da vida cotidiana ao conhecimento científico e isso conseqüentemente acarreta uma reorientação no modo de viver.

Vale destacar que a valorização dos múltiplos saberes existentes, para além das fronteiras e delimitações do saber científico ou acadêmico, constituiu-se como um dos principais pilares da Educação Popular, já que:

Um elemento fundamental do método da Educação Popular é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da Educação Popular (VASCONCELOS, 2004, p. 71).

A educadora Conceição Paludo (2015) define o campo da Educação Popular como um exercício crítico permanente ao sistema societário vigente. Nessa perspectiva, a Educação Popular assume lugar distinto não só ao paradigma científico, mas também aos modos de reprodução da sociedade capitalista ao propor e produzir outros modelos de sociabilidade pautados por valores alternativos ao crescente processo de individualização, mercantilização e massificação da cultura de consumo. Nesse sentido, é importante ressaltar na definição da autora a dimensão de luta e resistência intrinsecamente presente nas origens da Educação Popular, quando a entendemos como movimento surgido na América Latina em resposta à colonização empreendida pelo países eurocêtricos e norte-americanos.

Dentro dessa perspectiva e para efeitos de sistematização, podemos destacar alguns pontos centrais na proposta de Educação Popular, dentre eles: a defesa da democracia e a oposição intransigente a qualquer forma de opressão ou autoritarismo; o reconhecimento, a legitimação e a articulação de diferentes saberes, dentre eles o popular e o científico, sem o estabelecimento de hierarquias entre eles; o entendimento de que os saberes são construídos sócio-historicamente e, portanto, são necessariamente diferentes a partir do local, contexto e conjuntura onde surgem.

Um autor fundamental cujas formulações e escritos sobre Educação Popular são referências em todo o mundo é o pernambucano Paulo Freire. Freire, que faleceu em 1997 aos 75 anos, é hoje considerado um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial, tendo desenvolvido uma pedagogia crítica a partir do contato com as classes historicamente oprimidas (como camponeses, operários e o proletariado de uma forma geral), através da construção de uma prática educativa dialética com a realidade, em contraposição ao que ele denominava de educação bancária, tecnicista e alienante (FREIRE, 2005).

Um tema central da Educação Popular na perspectiva de Paulo Freire é o da liberdade, a qual deve ser a finalidade do processo educativo. Em Freire (2016), a finalidade da educação é libertar-se da realidade opressiva e da injustiça. A liberdade como fim revelam as dimensões humanista e utópica de sociedade

presentes no pensamento freiriano, uma vez que a afirmação da necessidade de transformação das atuais relações de desigualdade e opressão presentes na sociedade passam necessariamente pela transformação da própria sociedade.

A Educação Popular no campo da saúde

Trazendo o debate para o campo da saúde, cabe destacar que, conforme aponta Vasconcelos (2010), a organização de movimentos populares e comunitários de saúde esteve na base do Movimento da Reforma Sanitária brasileiro da década de 70, o qual posteriormente teve como desdobramento o SUS. O fortalecimento de redes de solidariedade nas comunidades e a discussão de problemas de saúde locais viabilizaram a formação de outras práticas de saúde e ajudaram a formar uma geração de profissionais e acadêmicos da Saúde Pública que, por sua vez, lutavam contra a ditadura e a perspectiva privatista, biomédica e hospitalocêntrica de saúde. Para o autor:

Percebia-se que a atenção médica tradicional não era injusta apenas por ser oferecida de forma limitada aos pobres, mas também por que a sua racionalidade interna reforça e recria, no nível das micro-relações, as estruturas de dominação da sociedade. O seu biologicismo, o autoritarismo do doutor, o desprezo ao saber e à iniciativa do doente e seus familiares, a imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais, o mercantilismo e a propaganda embutida dos grupos políticos dominantes são exemplos de alguns dos mecanismos entranhados na assistência

à saúde oficial que se procurava superar (VASCONCELOS, 2010, p. 274).

Os efeitos simbólicos e concretos das práticas da dita “medicina tradicional” são presentes até os dias atuais já que a suposta dicotomia entre o saber biomédico e o saber popular acentua distanciamentos entre profissionais de saúde e a população. Este afastamento, por sua vez, tem o efeito de criar um perigoso viés no olhar de profissionais e acadêmicos em relação às diferentes formas de organização comunitária e suas buscas pela produção de cuidado. Muitas vezes estas populações, em especial as mais pobres e vulneráveis, passam a ser consideradas ignorantes e desinteressadas na assimilação dos conteúdos prescritos pelos profissionais de saúde e validados pela ciência, mas que pouco dialogam com a realidade de seu cotidiano.

Conforme aponta Valla (2014), a crise de interpretação em relação às atuais formas de organização popular é nossa, enquanto profissionais e acadêmicos, ainda muito referenciados às formas de organização que se enquadram nos modelos “clássicos” de participação como assembleias, plenárias e grupos de trabalho. Nesse sentido, as associações de moradores, os sindicatos e partidos políticos passam por um significativo esvaziamento, por não dialogarem diretamente e não contemplarem as demandas e expectativas dos atores populares, enquanto espaços como as igrejas neopentecostais, por exemplo, conseguem estabelecer um

diálogo muito mais direto e agregador com essa população ao oferecer espaços de acolhimento e apoio mútuo entre seus participantes.

Para nos aproximarmos das realidades dessas populações é fundamental considerarmos as dimensões materiais, mas também as intersubjetivas, simbólicas e sociais do estar sadio ou doente. A concepção de cunho popular compartilha elementos de várias concepções de saúde e doença, dentre elas a técnico-científica, representada hegemonicamente pelo saber biomédico, mas também a ancestralidade, os saberes transmitidos através da tradição oral, da religiosidade, etc. (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007. p. 41).

Nesse sentido a dimensão sócio-cultural destacada por Amarante (2007) como um dos quatro pilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira (os demais seriam as dimensões teórico-conceitual ou epistemológica, a técnico-assistencial e a jurídico-política) é fundamental para criar relações de solidariedade e respeito com a diversidade inerente ao humano, tanto no campo da Saúde Mental como o da saúde como um todo. Esta dimensão aponta para o papel central que a cultura exerce nas lutas políticas da sociedade, através da criação de diálogo entre os vários segmentos que compõem a complexidade social, impactando na correlação de forças entre diferentes saberes e tensionando a hegemonia do saber científico moderno.

A música, a dança, as artes visuais e todas as demais manifestações da cultura são potentes linguagens para discutirmos a forma como lidamos cotidianamente com a diferença, o que vai além da loucura, e abrange, por exemplo, as relações que estabelecemos com as demais populações historicamente marginalizadas como as pessoas em situação de rua, os que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, os presidiários e presidiárias, as chamadas minorias étnicas, etc.

Saúde Mental e Educação Popular: diálogos a partir do SUS

Algumas importantes referências no campo da Educação Popular em Saúde são o reconhecimento dos determinantes sociais, econômicos e políticos na produção de saúde, a articulação entre teoria e prática na construção de uma perspectiva de cuidado emancipatória, a historicidade humana nos processos educativos e a intersubjetividade presente nos processos de adoecimento e cura. Podemos afirmar que essas dimensões tiveram, e ainda têm, um importante papel na construção do SUS brasileiro, o que pode ser constatado, por exemplo, na opção técnica e política da definição da integralidade no cuidado em saúde como um dos seus princípios.

Conforme afirmam Oliveira e Pedrosa (2014), é possível identificar três dimensões na interface entre a Educação Popular em Saúde e o SUS. A primeira é a dimensão pedagógica na qual a

Educação Popular mostra-se como suporte para processos de constituição de sujeitos críticos e reflexivos no campo da saúde e nos modos de ensinar/aprender nos movimentos populares, na extensão universitária e na formação de profissionais. A segunda é a dimensão da práxis em saúde, na qual a Educação Popular se expressa na integralidade das ações de saúde e no compartilhamento de saberes e fazeres. E, a terceira, a dimensão política, na qual a Educação Popular orienta e organiza a formação de sujeitos políticos que se movimentam no cenário das transformações sociais.

Para Vasconcelos (2004), o movimento da Educação Popular e a luta dos movimentos sociais pela transformação da atenção à saúde possibilitou a incorporação, em muitos serviços de saúde, de formas de relação com a população bastante participativas e que rompem com a tradição autoritária dominante. Nesse sentido, podemos afirmar que muitas das práticas e tecnologias hoje comumente presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental de caráter substitutivo foram criados não só a partir das experiências reformistas internacionais como a Psicoterapia Institucional Francesa e a Psiquiatria Democrática Italiana, mas são também heranças das experiências comunitárias de saúde que foram incorporadas ao SUS, incluindo também o campo da saúde mental.

A realização de assembleias, rodas de conversa, espaços coletivos com a participação de usuários, familiares e profissionais nos quais são discutidas a organização do serviço de saúde são práticas comumente encontradas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais serviços da rede de saúde mental e se aproximam de modos de organização coletiva preconizados pela Educação Popular. Também as reuniões de equipe semanais onde o processo de trabalho, assim como a gestão de recursos de serviços, a agenda de atividades, a discussão de casos clínicos é pensado coletivamente pelos trabalhadores e trabalhadoras aponta para uma herança de um modelo de participação e construção coletiva. A tradição de enfrentamento de problemas de saúde através da discussão conjunta entre trabalhadores, usuários e a comunidade em geral, hoje considerada uma direção de trabalho nos serviços de saúde mental que se propõem a serem efetivamente substitutivos aos manicômios, foi difundida por experiências com forte caráter de participação popular.

Saúde Mental, Atenção Básica e Educação Popular: convergências institucionais

As convergências entre o campo da Saúde Mental e da Educação Popular em Saúde no âmbito das políticas públicas em saúde no Brasil ficaram mais estreitas e evidentes na última década, principalmente a partir do ano de 2011, quando uma série de

portarias relativas a organização do sistema de saúde passaram a ser públicas de forma articulada.

Em 2011, houve uma reorganização da Política Nacional de Saúde Mental através da Portaria n. 3.088 que instituiu a RAPS, a qual aponta para a regionalização da assistência em saúde mental e para uma maior articulação com a Atenção Básica. No mesmo período, houve a publicação da Portaria n. 2.488 de 2011 que reorganiza a Atenção Básica em Saúde no país através da nova PNAB. Em 2013, foi publicada a Portaria n. 2.761 a qual institui a PNEPS, consolidando a Educação Popular no âmbito do Sistema Único de Saúde. Vale destacar que as três políticas são atualizadas entre os anos de 2011 e 2013, ainda no primeiro mandato da então presidenta Dilma Rousseff.

Ao analisarmos as três portarias, podemos identificar pontos de convergência no que se refere ao fortalecimento de uma perspectiva de cuidado ampliada e intersetorial com a valorização do diálogo entre diferentes saberes e a ênfase na integralidade e na centralidade da Atenção Básica como ponto estratégico e organizativo da rede de cuidado. Essa convergência se traduziu nos últimos anos em um importante aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no país, principalmente nos grandes centros urbanos, no fortalecimento da rede de Atenção Psicossocial através da ampliação de CAPS, de Consultórios na Rua (CnaR), de residências terapêuticas, etc. e na qualificação de

profissionais da saúde e lideranças comunitárias que atuam em territórios com cobertura da Atenção Básica a partir dos princípios e ferramentas da Educação Popular em Saúde por meio do EDPOPSUS – Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde que ocorreu em várias regiões do país.

Porém, na atualidade há um processo de desmonte dessas políticas em curso, o qual teve início ainda em 2015 no início do segundo mandato do governo Dilma com a negociação política do Ministério da Saúde o qual, desde então, passou a ter como representantes ministros não alinhados aos princípios dos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileiras. A partir de 2016, com o golpe parlamentar e a ascensão de governos conservadores e fortemente influenciados pela pauta neoliberal de redução de direitos sociais e ajuste econômico, é possível identificar não somente descontinuidades, mas um agudo processo de desconstrução das políticas de Saúde Mental, Atenção Básica e Educação Popular em Saúde construídas nos últimos anos.

A Política Nacional de Atenção Básica foi alterada em 2017 de forma vertical assumindo características médico-centradas e prescindindo do diálogo com trabalhadores, técnicos e instâncias de controle social. O mesmo processo ocorreu também no campo da Saúde Mental através da Portaria n. 3.588 de dezembro de 2017 e de uma série de notas técnicas emitidas pelo Ministério da Saúde as quais apontam para um retorno da lógica manicomial através,

por exemplo, da suspensão do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e do reajuste do valor das diárias de internação. No campo da Educação Popular em Saúde se estabeleceu um processo de desfinanciamento nesse período, o qual atualmente ameaça a continuidade de iniciativas como o EDPOPSUS.

Considerações finais

Acreditamos que a aproximação dos dois campos, Saúde Mental e Educação Popular, pode ser um importante caminho para a construção de uma perspectiva de cuidado emancipatória. Nesse sentido, a crítica à hegemonia do saber técnico-científico e da dureza dos espaços acadêmicos, acena para a importância da interlocução entre diferentes saberes, entendendo que todos eles têm lugar na construção de uma perspectiva mais ampla de conhecimento, o que pode levar à práticas de saúde mais inclusivas, solidárias e comprometidas com a ampliação das possibilidades de produção de vida.

A afirmação da reciprocidade e do respeito, processos indispensáveis na construção do cuidado, passam necessariamente pelo reconhecimento do discurso e do saber do outro. Assim, partindo do entendimento de que a saúde vai muito além do que é oferecido pelos serviços e profissionais de saúde, a Educação Popular pode ser um potente caminho para a construção de uma perspectiva de saúde ampliada, que esteja atenta, por exemplo, às

questões mantenedoras de desigualdades e opressões na sociedade (como as diferenças entre classes sociais, o racismo, o machismo, a homofobia e a intolerância religiosa)

No entanto, não se pode deixar de apontar o risco de desmonte das políticas públicas e do próprio SUS na atual conjuntura de avanço do conservadorismo, ataques à direitos arduamente conquistados e ênfase na agenda econômica neoliberal. Nesse cenário, consideramos que a Educação Popular pode assumir um papel estratégico na construção de alternativas, não só para a construção de uma perspectiva de Saúde Mental que garanta espaços para as mais diversas formas de ser e estar no mundo, mas que também fortaleça os processos participativos da população na defesa de direitos sociais, civis e políticos que estão atualmente sob ameaça.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- FREIRE, P. **Conscientização**. Tradução de Tiago José Risi Leme. São Paulo: Cortez, 2016.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- OLIVEIRA, M. W.; PEDROSA, J. I. Apresentação. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 18, supl. 2, p. 1157-1158, 2014.
- PALUDO, C. Educação Popular como resistência e emancipação humana. **Cadernos Cedes**, v. 35, n. 96, p. 219-238, 2015.
- SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. Educação Popular em Saúde. *In*: MARTINS, C. M. (Org.) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

VALLA, V. 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: MS, 2014. p. 35-48.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.) **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 270-288

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

Roda de conversa sobre alimentação e oficina de horticultura e plantas medicinais como ferramentas para educação popular em saúde: vivenciando a extensão universitária em Centro de Atenção Psicossocial

Camila de Jesus França¹
Gabriela Nunes Santana²
Patrícia Baier Krepsky³

Vivian Carla Honorato dos Santos de Carvalho⁴

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são locais de referência para tratamento de pessoas que sofrem transtornos neuropsiquiátricos severos e persistentes, e têm como objetivo prevenir as internações e auxiliar a prática da cidadania e da inserção social, oferecendo acolhimento e atenção, bem como a

¹ Nutricionista. Residente em Saúde da Família. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde e em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família.

² Farmacêutica. Especialista em Citologia Clínica. Atua na área de plantas medicinais.

³ Farmacêutica. Docente no Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre e Doutora em Ciências Farmacêuticas. Coordenadora de projetos de extensão universitária nas áreas de agroecologia e plantas medicinais.

⁴ Nutricionista. Docente no Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA. Especialista em Saúde Pública. Doutoranda em Epidemiologia.

responsabilização durante o tratamento. Constituem-se como instrumentos regulamentados que integram a rede de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004; KENGERISKI et al., 2014).

Estes centros são serviços de saúde abertos e comunitários, ofertando atividades individuais e grupais. Tais atividades constituem-se como ferramentas de construção e participação coletiva voltadas para a reinserção dos usuários na sociedade, facilitando a superação dos desafios vivenciados e buscando incentivar o exercício da cidadania e a autonomia do indivíduo frente suas escolhas (BRASIL, 2004; CARVALHO et al., 2013). Ações intersetoriais também podem contribuir no alcance dos objetivos deste serviço (BRASIL, 2004; LEAL; ANTONI, 2013), independentemente do tipo de atividade desenvolvida.

Um dos setores com os quais os serviços de saúde podem realizar parcerias é o educacional. No caso das universidades, por exemplo, essa parceria pode ser desenvolvida através de ações eventuais ou permanentes da área de extensão universitária. Souza e Miranda (2017), ao realizarem uma revisão narrativa sobre as ações em horticultura em saúde mental no Brasil, encontraram parceria com universidades em dez das 15 intervenções analisadas.

A extensão universitária foi consolidada, inicialmente, com oferecimento de cursos e palestras, que favoreciam a divulgação de conhecimento científico (INCROCCI; ANDRADE, 2018). Dessa

forma, ela se efetivou como ação vertical de conhecimentos, sendo que o conhecimento popular e a cultura do sujeito – ser passivo, receptor de conhecimento – não eram reconhecidos (GADOTTI, 2017). Tempos depois, as ações de extensão passaram a ter, também, um caráter de envolvimento político, social e cultural da universidade com a sociedade.

Atualmente, tem sido debatida a necessidade da comunidade deixar de ter um papel apenas passivo nessas ações (INCROCCI; ANDRADE, 2018). Nesse sentido, Cruz (2011) afirma que a extensão universitária deve ter um caráter popular, que incentive a participação e a promoção de cidadania, que priorize as demandas, as necessidades e os saberes da comunidade, constituindo uma nova prática social da universidade. Propõe-se, assim, o rompimento dos muros institucionais, com ações educativas democráticas, libertadoras, humanas e éticas, que promovam a horizontalidade das relações e o respeito aos diversos saberes, sendo uma atividade formadora, que possibilita desenvolver profissionais apaixonados e empáticos.

Essa visão é compartilhada nas Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira (BRASIL, 2018), bem como na Política Nacional de Extensão Universitária (FORPROEX, 2012). Estas estabelecem que as atividades de extensão devem buscar a troca de conhecimento entre os envolvidos e não apenas

transmissão passiva de saberes, favorecendo transformação tanto na universidade quanto nas comunidades envolvidas.

Identifica-se a relação entre tais diretrizes para a extensão e os fundamentos da Educação Popular em Saúde (EPS), uma vez que a EPS preconiza que o trabalho em saúde deve buscar a inclusão dos conhecimentos prévios dos usuários e valorizar suas experiências, permitindo uma leitura mais completa da realidade, incorporando modos populares e tradicionais de cuidar (sem deixar de considerar os conhecimentos científicos) e articulando os diferentes saberes (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que não se trata de supervalorizar os conhecimentos populares, mas de reconhecer e buscar um diálogo mais justo entre as diferentes formas de se construir conhecimento. Trata-se de um imenso desafio ao se considerar que, no contexto universitário, o conhecimento legítimo e verdadeiro é o conhecimento científico, sendo aceitos como alternativos o filosófico e religioso, mas não o popular, o que gera um abismo. Santos (2009) declara ser necessária a superação desse abismo para se atingir uma ecologia de saberes, que reconhece a pluralidade de formas de construção de conhecimento, além do científico, filosófico e teológico.

A extensão universitária ocupa um papel importante na formação dos alunos e na inserção das universidades nos espaços sociais, fornecendo uma troca de vivências e experiências

fundamentais para o desenvolvimento e fortalecimento de todos os atores sociais envolvidos. Segundo Gadotti (2017), projetos de extensão contribuíram para a transformação mais acelerada do perfil do universitário brasileiro em relação ao perfil das empresas e do setor público. Nesse sentido, esses projetos devem estimular as universidades a aprofundar suas políticas de inclusão com qualidade social, formando cidadãos reflexivos e ativos, comprometidos com a saúde e, principalmente, com o ser humano de forma ampla (INCROCCI; ANDRADE, 2018).

As rodas de conversas, instrumento de EPS potencialmente transformador, possibilitam esses encontros dialógicos (SAMPAIO et al., 2014), produzindo e ressignificando sentidos e saberes sobre as experiências dos partícipes, abordando-os em sua multidimensionalidade, na busca de melhoria da qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais (SOUSA; SILVA; MOURA, 2012).

Costa et al. (2015) descrevem as rodas de conversa como uma metodologia eficaz, que contribui para a formação da autonomia do sujeito, uma vez que são um espaço de escuta cuidadosa, que promove a discussão, expressão de sentimentos e possibilita a troca de saberes e a aprendizagem. Isto constitui uma nova forma de promover saúde e fortalecer os laços de integração entre o serviço, ensino e comunidade.

Os fundamentos aplicados em rodas de conversa podem embasar outras modalidades de trabalho em grupo em serviços de saúde, como oficinas de horticultura, que podem atuar como instrumentos de terapia psicossocial (FEITOSA et al., 2014; SOUZA; MIRANDA, 2017). Tais oficinas tem potencial para proporcionar relaxamento, reduzir a ansiedade e estresse, melhorar a autoestima e resgatar conhecimentos (FEITOSA et al., 2014).

As oficinas terapêuticas de horticultura surgem numa perspectiva de reestabelecer a cidadania da pessoa com transtornos mentais, funcionando tanto como elemento terapêutico, quanto como promotoras de reinserção social, através de ações que envolvem o trabalho, o desenvolvimento de produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito. Deve-se almejar a criação de espaço de expressão, produção, humanização, experimentação e convivência, que favoreça mudanças subjetivas no comportamento social do indivíduo, compreendendo e respeitando as individualidades (CAMARGO et al., 2015).

A convivência com áreas verdes em ambientes urbanos pode ter efeito benéfico sobre a saúde. Ao desenvolverem um ensaio clínico comunitário, envolvendo dois grupos de intervenção e um grupo controle, South et al. (2018) demonstraram melhora da autoavaliação em saúde mental e diminuição de sentimentos depressivos em pessoas que vivem nas proximidades de áreas urbanas que sofreram intervenção com limpeza do lixo e

manutenção de grama e árvores, em comparação com áreas cuja intervenção se resumiu a retirada do lixo e com outras onde não foi realizada intervenção.

Esse relato tem como objetivo descrever a experiência das autoras na condução de dois grupos distintos com usuários de um CAPS II: roda de conversa sobre alimentação e oficina de horticultura e plantas medicinais. Ambos foram fundamentados na EPS, a fim de contribuir para o atendimento integral através de novos elementos que se somam ao trabalho já realizado no serviço.

Desenvolvimento

Este relato refere-se às atividades desenvolvidas em um CAPS II de um município de médio porte localizado no estado da Bahia. O serviço funciona desde 2002, sob a gestão do município, e atende mensalmente cerca de 300 usuários, cujos transtornos mais prevalentes são o transtorno de humor e esquizofrenia (CARVALHO et al., 2018). Na ocasião do desenvolvimento das atividades, a equipe multidisciplinar do serviço era composta por assistentes sociais, educadora física, enfermeira, farmacêutica, instrutora de arte, manipuladora de alimentos, médica homeopata, psicólogos, psiquiatras e técnicos de enfermagem.

A oficina de horticultura foi implantada em 2010 por profissionais do próprio CAPS. Em 2011, teve início a parceria com a universidade, através de programa de extensão, que se

estendeu até dezembro de 2014 (KREPSKY et al., 2017). Em 2015, a oficina foi extinta pelo serviço por falta de profissional responsável pela sua coordenação; todavia, posteriormente, foi observado que a horta continuava existindo por iniciativa dos próprios usuários, demonstrando que se tratava de demanda real. Com isso, após discussão em reunião de equipe sobre proposta de reativação da oficina em parceria com a universidade, foi iniciado o projeto de extensão aqui relatado, com atividades semanais e apoio constante de docente e estudantes. Assim, o projeto permaneceu em vigor nos anos de 2016 e 2017.

A oficina envolveu usuários, psicóloga do serviço, docente e estudantes da universidade e fazia parte das atividades terapêuticas propostas por profissionais do serviço. A oficina de horticultura atraiu principalmente aqueles usuários que possuíam vivências prazerosas com manejo de plantas. É importante mencionar que considerar afinidade dos usuários com cultivo faz-se necessário, visto que alguns relataram que não se sentem bem ao trabalhar na terra, seja por considerá-la suja ou pelo fato do trabalho remeter a lembranças que geram sofrimento, como trabalho exaustivo na zona rural.

A temática de cada oficina e o planejamento das atividades foram baseados em demandas e conhecimentos prévios de usuários e facilitadores, o que se mostrou como boa estratégia de manutenção da motivação do grupo, e possibilitou a realização de

uma atividade continuada durante dois anos. As facilitadoras da oficina procuravam favorecer a participação ativa de todos os usuários, assim como a interação entre eles. Além disso, os diferentes conhecimentos sobre os temas propostos eram valorizados, promovendo profundidade e abrangência das discussões, gerando uma efetiva ecologia de saberes, conforme definição de Santos (2009).

Consideravam-se as peculiaridades de cada participante, tanto as limitações quanto as potencialidades. Quanto às limitações, é possível citar dores musculares, dificuldades de coordenação motora, períodos de crise devido ao transtorno mental, dificuldades quanto a pontualidade em decorrência da distância do local do serviço ou a dificuldade em acordar como efeito adverso aos medicamentos. Já as potencialidades identificadas foram: conhecimentos sobre cultivo, plantas alimentícias e medicinais, doação de sementes e mudas e contribuições para as conversas que se estabeleciam espontaneamente durante as atividades de cultivo.

Procurou-se respeitar as diversas habilidades e saberes dos participantes, através do oferecimento de atividades diversificadas e discussões participativas sobre diversos temas, como compostagem, manejo de mudas, alimentação saudável e natural, plantas alimentícias não convencionais (PANC) e medicinais, secagem de plantas medicinais, manutenção de hortas, produção

de mudas, produção de sabão a partir de óleo usado, partilha da produção, entre outras.

As oficinas aconteciam semanalmente com uma média de oito a nove participantes por encontro, variando entre três e 14, com cerca de 20 inscritos. Um dos usuários que além do transtorno mental tinha limitações cognitivas frequentava as oficinas acompanhado de sua mãe.

No segundo ano de atuação do projeto de extensão, passou-se a realizar a descrição das atividades realizadas durante as oficinas e das observações feitas pelos facilitadores em relação aos pacientes. Foi solicitada e concedida autorização para que a docente pudesse registrar no prontuário de cada paciente um pequeno resumo das observações realizadas durante as oficinas.

Os pacientes e acompanhantes relataram sentir-se felizes e mais tranquilos após a participação na oficina, demonstrando que a mesma estava contribuindo para a melhoria do bem-estar. Além disso, observou-se em alguns usuários uma melhora na coordenação motora e expressão oral. Como a oficina não foi a única intervenção sofrida pelos participantes, e não foi realizada pesquisa paralela às atividades extensionistas, não se pode chegar a conclusões sobre a efetividade da oficina. No entanto, considera-se que a constância de participação e os relatos de satisfação podem ser indicadores da avaliação positiva dos usuários a respeito da oficina.

A horta ficava aberta durante todo o horário de funcionamento do CAPS, o que possibilitava contribuições espontâneas de usuários, familiares e profissionais do serviço. Ou seja, além dos usuários inscritos na oficina, a presença da horta gerou um movimento tanto de colheita de alimentos e plantas medicinais, quanto de doação de mudas e manutenção da horta por parte de outros usuários e profissionais do serviço.

Com o desenvolvimento das oficinas, a equipe do projeto percebeu a necessidade de incluir atividades referentes à alimentação, de modo a contribuir com os trabalhos. O profissional nutricionista não faz parte da equipe mínima que compõe os profissionais do serviço e, inicialmente, o projeto não contava um profissional dessa área. Assim, com o intuito de contribuir e trazer um olhar qualificado sobre as questões nutricionais, foi inserido ao projeto uma nutricionista, professora do curso de Nutrição da Universidade Federal da Bahia.

Para promover uma educação alimentar e nutricional (EAN) eficaz se fazem essenciais ações que promovam mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos e que proporcionem aos sujeitos autonomia para escolhas de uma alimentação mais saudável – postura cada vez mais necessária frente às complicações que podem ocorrer no processo saúde-doença devido a deficiências nutricionais (SOUSA; SILVA; MOURA, 2012). Carvalho et al. (2018) descrevem a necessidade de estruturar

grupos terapêuticos permanentes com temáticas acerca da alimentação e nutrição dentro dos CAPS, com orientações para prevenção dos agravos e redução dos altos índices de adiposidade, com enfoque na EAN.

As rodas de conversa sobre alimentação e nutrição ocorreram de março de 2016 a fevereiro de 2017, promovendo o diálogo entre discentes do curso de nutrição, nutricionista voluntária, usuários e docente nutricionista, com média de 11 usuários por encontro. Apresentamos a proposta na reunião de equipe do CAPS e iniciamos a divulgação dessa atividade através de cartazes e convites individuais, visto que se tratava de uma atividade inexistente no serviço.

As ações eram planejadas semestralmente, com descrição do tema de cada reunião, atividades detalhadas e materiais educativos como figuras, moldes de emborrachado, embalagens vazias. Cada tema era trabalhado com diferentes abordagens, auxiliando na compreensão dos participantes. Também eram estruturadas dinâmicas e oficinas com degustação de alimentos regionais produzidos na horta, buscando promover a estruturação do hábito de consumo de alimentos in natura, de baixo custo, produzidos com manejo sustentável, sempre buscando a autonomia do sujeito. Durante as rodas, eram levantadas, também, questões sobre o cultivo em pequenos espaços, a inclusão de

PANC na alimentação e noções básicas de boas práticas de manipulação de alimentos.

A escolha das rodas de conversa para o desenvolvimento da EAN no âmbito do CAPS levou em consideração o lúdico, as dinâmicas e a problematização incluída nas atividades que intencionam na organização de novos pensamentos, em um fluxo constante de percepção, reflexão, ação e modificação, considerando que os condutores das ações são os próprios participantes. Além disso, considerou-se que as rodas de conversa promovem a (re)socialização, a fim de melhorar a interação e a comunicação entre os usuários, a expressão de sentimentos e vivências (SOARES; REINALDO, 2010).

As atividades desenvolvidas no grupo, mesmo com o planejamento e a organização semestral, envolviam uma plasticidade baseada nas considerações trazidas, a partir da escuta realizada ao final de cada roda de conversa, de modo a conhecer as dificuldades e potencialidades que os participantes observavam sobre si, sobre o grupo e sobre a temática. Isto buscava estabelecer uma construção do conhecimento na qual os usuários também atuassem nesse processo, facilitando a adesão, o processo de aprendizagem e a real mudança dos hábitos alimentares. Essa ação tinha como base a EPS que compreende que os indivíduos possuem saberes construídos ao longo de sua vida, os quais

precisam ser respeitados nos processos educativos (BOOG, 1997; CRUZ, 2011; FREIRE, 2018).

Como importante resultado, foi possível perceber a institucionalização dos espaços no serviço, com os usuários reconhecendo tanto a roda de conversa sobre alimentação quanto a oficina de horticultura e plantas medicinais como atividades legítimas do CAPS e participando assiduamente destas.

Desafios potenciais

A partir das atividades desenvolvidas no CAPS, ficou evidente a possibilidade de encontros dialógicos, que promovam a ressignificação de conhecimentos de facilitadores e usuários sobre hábitos alimentares, nutrição, plantas medicinais e produção agroecológica. Visualizou-se a necessidade real dos usuários de acompanhamento nutricional, com orientações quanto às alternativas de cultivo e de ofertas nutritivas de fácil acesso e saborosas. Percebeu-se a avidez dos usuários por novos conhecimentos e como estes eram participativos: a roda de conversa e a oficina possibilitaram a fala de todos os sujeitos envolvidos, acolhendo as diferentes abordagens que eram divididas através das múltiplas percepções dos sujeitos, trazendo um rico compartilhamento de experiências e facilitando a produção de novos saberes e a ressignificação dos assuntos abordados.

Os temas “hábitos alimentares” e “uso de plantas medicinais e alimentícias” mostraram grande potencial para serem trabalhados no contexto da EPS e extensão universitária por apresentarem relação direta com os cuidados em saúde e envolver forte componente cultural, que determina as escolhas dos usuários. Além disso, ambos os temas têm relação direta com o cultivo, o qual foi trabalhado como um tema transversal durante a execução deste projeto.

Foi marcante a roda de conversa promovida para avaliação das ações que revelou como estas foram significativas para os participantes, além de promover a reestruturação da proposta em função das demandas dos usuários, o que demonstra a importância da avaliação periódica das atividades educativas.

Um dos desafios de se trabalhar em grupo, considerando as experiências prévias e individualidade dos usuários, é que nem sempre é possível atingir consensos. Santos (2009) aponta para a possibilidade de complementaridade e contradição durante intervenções. Pensar as contradições existentes implica a formatação de um espaço aberto às escutas e que promova o crescimento amplo de todos os envolvidos, usuários e facilitadores, visto ser esse um lugar importante para o processo de aprendizagem e busca de saberes. Dessa forma, é necessário formar facilitadores abertos a ouvir falas negativas e contraditórias e que permitam o uso desses períodos para ampliar a discussão e

promover o crescimento do outro e o seu próprio crescimento pessoal e profissional.

O planejamento precisa ser integrado, consistente e aberto a surpresas e modificações, sendo necessárias reuniões semanais com toda a equipe para promover coesão e articulação tanto das falas como das várias abordagens necessárias para um acolhimento efetivo, nas suas várias nuances e possibilidades. É importante que os facilitadores tenham conhecimento prévio dos temas abordados, considerando que, na área de saúde, dúvidas são constantes e precisam ser trabalhadas, preferencialmente, no momento em que aparecem, apesar de ser possível aprofundamento posterior, por necessidade de estudo por parte dos envolvidos. Vivemos num mundo global e conectado com imenso volume de informação disponível facilmente, o que torna as orientações em saúde mais complexas e sujeitas a mudanças.

Portanto, promover uma conexão real entre conhecimentos populares e científicos ainda se configura como um desafio na perspectiva da EPS, em que se faz necessário romper com os preconceitos e compreender que o senso comum é um saber que pode ser tão válido quanto o científico, sendo uma porta para o fortalecimento da ciência. Entretanto, tanto a ciência quanto o saber popular devem ser constantemente postos em dúvida, pois não são saberes estáticos, completos e necessariamente verdadeiros. Por exemplo, os aconselhamentos

dietéticos mudam constantemente conforme a evolução da ciência, assim como o próprio uso de plantas medicinais.

Outro grande desafio foi conseguir aproximação real com o serviço, visto que a equipe universitária continuou sendo um agente externo naquele espaço, e os profissionais do serviço não participaram efetivamente das atividades de roda de conversa.

Conclusão

A EPS, desenvolvida nos formatos de roda de conversa e oficina, rompe com o modelo transmissional e vertical do processo educativo, trazendo um modelo problematizador, que promove uma postura ativa e a possibilidade do encontro com a criticidade, extrapolando, dessa forma, a prática biologicista do cuidado, sem, contudo, excluí-la.

Nesse aspecto, o desenvolvimento de práticas extensionistas no CAPS possibilita a estruturação de um espaço reflexivo em que facilitadores e usuários tenham um papel ativo e de destaque no seu processo de aprender e ensinar, além da formação do elo comunicativo entre usuários, professores e alunos, que, no processo, se tornam parceiros de uma atividade promotora de saúde, satisfação e qualidade de vida. Considera-se, portanto, que houve efetiva valorização dos usuários e seus conhecimentos, o que resultou em maior adesão às oficinas.

Agradecemos aos usuários e profissionais do CAPS II de Vitória da Conquista/ BA, por nos permitirem viver de forma tão intensa e verdadeira essa experiência.

Referências Bibliográficas

- BOOG, M. C. F. Educação nutricional: passado, presente, futuro. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, v. 10, n. 1, p. 5-19, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão estratégica e participativa. **II Caderno de Educação popular em saúde**. Brasília: MS, 2014.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na meta 12.7 da lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências. Resolução n. 7, de 18 de dezembro de 2018. **Diário oficial da união**, Brasília, edição 243, seção 1, p. 49, dez. 2018.
- CAMARGO, R. et al. Uso da hortoterapia no tratamento de pacientes portadores de sofrimento mental grave. **Enciclopédia Biosfera**, v. 11, n. 22, p. 3634-3643, 2015.
- CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, 2013.
- CARVALHO, V. C. H. S. et al. Usuários do CAPS II: nutrição e qualidade de vida. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 338-350, 2018.
- COSTA, R. R. O. et al. As rodas de conversas como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, p. 30-36, 2015.
- CRUZ, P. J. S. C. A extensão popular: a reinvenção da universidade. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Orgs.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011. p. 40-61.
- FEITOSA, V. A. et al. A horticultura como instrumento de terapia e inclusão psicossocial. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, v. 9, n. 5, p. 07-11, 2014.
- FORPROEX. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas

- Brasileiras. **Política nacional de extensão universitária**. Manaus: FORPROEX, 2012.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 57. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.
- GADOTTI, M. **Extensão universitária**: para quê? São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2017.
- INCROCCI, L. M. M. C.; ANDRADE, T. H. N. O fortalecimento da extensão no campo científico: uma análise dos editais ProExt / MEC. **Sociedade e estado**, v. 33, n. 1, p. 187-212, 2018.
- KENGERISKI, M. F. et al. Estado nutricional e hábitos alimentares de usuários em centro de atenção psicossocial de Porto Alegre, Brasil. **The Clinical & Biomedical Research**, v. 34, n. 3, p. 253-259, 2014.
- KREPSKY, P. B. et al. Natureza e cultura em saúde mental. *In*: PRADO, N. de B. L. et al. (Orgs.). **O PET-Saúde no Semiárido Baiano**: uma experiência transformadora no ensinar “fazendo saúde”. Salvador: EDUFBA, 2017. p. 163-176.
- LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, v. 40, p. 87-101, 2013.
- SAMPAIO, J. et al.. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014.
- SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *In*: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Orgs.). **Epistemologia do sul**. Coimbra: Edições Almedina, 2009. p. 23-71.
- SOARES, A. N.; REINALDO, A. M. S. Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável: um relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 391-398, 2010.
- SOUSA, G. M. et al. Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v. 5, n. 2, p. 9-14, 2012.
- SOUTH, E. C. et al. Effect of greening vacant land on mental health of community-dwelling adults: cluster randomized trial. **JAMA Network Open**, v. 1, n. 3, p. e180298, 2018.
- SOUZA, T. S.; MIRANDA, M. B. S. Horticultura como tecnologia de saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 310-323, 2017.

Diálogos entre o movimento antimanicomial e a educação popular: possibilidades na construção da participação em saúde mental

Ronaldo Rodrigues Pires¹
Maria Rocineide Ferreira da Silva²
Alexsandro Batista de Alencar³
Núbia Dias Costa Caetano⁴
José Jackson Coelho Sampaio⁵

Introdução

A participação social é um elemento fundamental para a construção de uma sociedade democrática. Contudo, sabemos que, no contexto atual, esta participação tem sido fragilizada e ameaçada, trazendo a necessidade de tomá-la como objeto de um olhar atento e reflexivo sobre as formas de defender sua importância e fortalecê-la.

¹ Psicólogo. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

² Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Graduação em Enfermagem e dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE.

³ Enfermeiro da Rede de Atenção Psicossocial, Fortaleza/CE. Mestre em Enfermagem. Membro do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial.

⁴ Psicóloga. Membro do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial.

⁵ Médico Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva. Professor do PPSAC/UECE.

No campo da saúde mental, o movimento de luta antimanicomial tem sido importante ator político que impulsiona a participação de trabalhadores, usuários e familiares em defesa de uma política pública que respeite os direitos humanos e a dignidade das pessoas com sofrimento psíquico. Para por em marcha esse objetivo, pensamos ser necessário refletir sobre a direção e os modos de fomentar o envolvimento das pessoas neste movimento. Encontramos, assim, na Educação Popular em Saúde (EPS), fomentada pelos ensinamentos de Paulo Freire, uma possibilidade para a construção desta reflexão.

Neste ensaio teórico, trazemos reflexões baseadas na perspectiva Freireana, no desenvolvimento deste pensamento na EPS e nas vivências dos autores enquanto trabalhadores, pesquisadores e ativistas que defendem uma reforma psiquiátrica antimanicomial e o Sistema Único de Saúde (SUS).

A perspectiva deste trabalho visa identificar as articulações entre o movimento antimanicomial e a EPS, para indicar horizontes possíveis de reflexão e fortalecimento da participação de profissionais, usuários e familiares na política de saúde mental do SUS.

O movimento antimanicomial: breve histórico

A loucura ganhou vários contornos e percepções diferentes no desenvolvimento das sociedades. Na modernidade, a visão

biomédica, que se tornou hegemônica, retirou qualquer possibilidade de uma consideração positiva sobre essa experiência humana em que estamos todos inseridos, enxergando-a pelo prisma exclusivo da doença (BLEICHER, 2016; FOUCAULT, 1999).

Como afirma Abou-Yd (2010), desde o século XVII, a loucura foi condenada a viver anonimamente, a não existir publicamente, ou reconhecida, gradativamente, apenas no asilamento. Desse modo, observamos que os sujeitos tidos como loucos foram excluídos das cidades, do convívio social, tiveram sua palavra negada, seu lugar de fala destituído e passaram a ser confinados em instituições onde a privação de liberdade foi colocada como condição básica do seu funcionamento.

No contexto nacional, o fracasso da tentativa de institucionalizar a loucura e as violências produzidas no interior destes asilos foram amplamente documentados no filme “Em Nome da Razão”, de Helvécio Ratton, e com a repercussão internacional da visita de Franco Basaglia em solo brasileiro (DELGADO, 2011). Este período histórico ficou denominado como “Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013).

É nesse contexto de denúncias e insatisfação que surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, no fim dos anos 1970. Por meio deste se revelam à sociedade as precárias condições de trabalho e as graves violações sofridas pelos internos das

instituições manicomiais. Com a organização política destes atores, os congressos político-acadêmicos tornam-se espaços para reflexão coletiva sobre esta realidade. Durante o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, conhecido como o “Encontro de Bauru”, surgiu a ideia de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O encontro de Bauru representou o momento de superação do movimento, com a ampliação dos princípios e a inclusão da participação da sociedade civil, principalmente, usuários, familiares e representantes de diferentes associações criadas naquele período (BOTTI; SANGIOVANNI, 2008).

No Brasil, a partir da década de 1950, a lógica dos hospitais psiquiátricos foi incorporada e a persistência da cultura asilar tem sido notória. No Ceará, por exemplo, houve o caso emblemático de Damião Ximenes, usuário que morreu nas dependências de um hospital psiquiátrico privado na cidade de Sobral, que ganhou notoriedade internacional pela condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos (ROSATO; CORREIA, 2011). Este fato marcante também contribuiu para uma maior pressão política dos agentes públicos na construção de uma política de saúde mental e uma sensibilização da sociedade para a atenção não estigmatizante ao sofrimento psíquico.

O movimento antimanicomial torna-se, assim, um amplo movimento social que age pela transformação das práticas e concepções sobre a loucura, assumindo os enfrentamentos às

situações de discriminação social, controle cultural e institucional acerca do louco e da loucura. Este movimento se situa em um importante lugar no cenário brasileiro das políticas de emancipação (LOBOSQUE, 2003).

O movimento incentivou e fortaleceu a participação social dos trabalhadores, usuários e familiares no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE; TORRE, 2018). O Ceará é um dos estados da federação que antecipa em quase 10 anos o Governo Federal com uma regra jurídica sobre a reorganização da assistência em saúde mental, que aqui ficou conhecida como Lei Mário Mamede, devido ao deputado estadual proponente. Posteriormente, em 2001, a Lei Federal n. 10.216, proposta pelo deputado federal Paulo Delgado, torna-se um marco nacional de referência para a política de saúde mental.

Os efeitos desse processo reformista na política puderam ser percebidos positivamente com a implantação da legislação específica, com a expansão de uma rede de serviços de base comunitária, além de algumas iniciativas de economia solidária. No entanto, na atualidade, essas conquistas estão sofrendo tentativas de desmonte como a dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁶, ícones do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP).

⁶ Como pode ser observado em: Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/futuro-ministro-da-saude-quer-mudar->

Diante desse cenário vemos que a participação social na saúde mental precisa ser retomada com novo fôlego, revisitando a experiência histórica das conquistas do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro para perceber os novos desafios da contemporaneidade. Por isso, vemos na EPS uma importante ferramenta para este exercício de pensar os desafios dessa participação. Assim, pensamos que este referencial possibilita fornecer novas bases epistemológicas para a reflexão do movimento e para a construção da resistência à onda revisionista e de retirada de direitos sociais conquistados no processo de redemocratização que sucedeu ao fim da Ditadura Militar, em 1985.

O diálogo possível entre a educação popular e o movimento antimanicomial

A luta antimanicomial pode encontrar na EPS um horizonte reflexivo de sua práxis e um instrumento que fortaleça a construção da participação social em suas ações. Pois, como afirma Bonetti, Chagas e Siqueira (2014), a Educação Popular se constitui como referencial teórico, que tem a defesa intransigente da democracia como um de seus princípios e, ao mesmo tempo, se constitui em um campo de prática social onde o diálogo, a

política-para-tratamento-de-dependentes-23261186>. Acesso em: 10 de dez. de 2018.

solidariedade e o respeito à singularidade e às lutas populares são valorizados. Observa-se que tais características são também plenamente compartilhadas pelo movimento antimanicomial.

O cruzamento destes dois planos pode nutrir um encontro potente, pois não há, em termos humanos, um saber absoluto, como também não há uma ignorância absoluta (FREIRE, 2007). Assim, na construção cotidiana dos enfrentamentos da luta antimanicomial, por meio de atos políticos e culturais, mobilizações e formações de lideranças, a educação popular pode ser um importante apoio na reflexão das experiências acumuladas e saberes produzidos pelos militantes do campo da saúde mental, como também na construção metodológica dessas ações.

Uma primeira referência para a construção da participação social na saúde mental, quando orientada pela perspectiva da educação popular, consiste na mobilização das pessoas para a superação da visão ingênua da realidade. Qualquer processo educativo emancipatório que vise contribuir para a conquista da cidadania deve partir deste princípio (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014).

Entendemos que os avanços percebidos, quando estendemos um olhar para as conquistas históricas no campo da saúde mental antimanicomial, não estão consolidados. É notória a existência de muitas vulnerabilidades, principalmente no campo do

controle social, que fragilizam o que foi tão duramente conquistado.

Assim, a necessidade de enfrentar os desafios postos pela conjuntura precisam ser refletidos criticamente para uma compreensão ampliada da natureza de suas determinações e condições de produção. Lutar pela atenção pública à saúde mental, um dos objetivos da luta antimanicomial, engloba compreender as lógicas econômicas das agendas neoliberais que transformam a visão sobre a vida em sociedade, justificando a retirada de direitos em nome da necessidade de superar uma crise econômica gerada pelo próprio desenvolvimento concentrador do capital (VALLA, 2014).

Além disso, a consideração da realidade macroeconômica deve se associar à reflexão sobre a dimensão subjetiva dessa exploração, que pode estar presente nas relações cotidianas. Sendo assim, esta dimensão também deve ser alvo de nossos olhares e intervenções, pois exige posicionamento no mundo por meio da explicitação dos modos emancipatórios de viver e de pensar, mobilizadores de existências criativas (STOTZ, 2014). Com isso, entendemos que a mudança social não se faz apenas e exclusivamente com as conquistas políticas, no nível macrosocial. Incluímos, assim, a análise e a intervenção nas relações micropolíticas como fundamentais no desenvolvimento de uma vida mais livre e bonita de se viver.

Percebe-se que o diálogo entre educação popular e movimento antimanicomial indica que se deve apontar para a superação da visão ingênua da realidade e para a consideração das relações entre o plano macrossocial e o micropolítico das relações. Assim, poderemos refletir como mobilizar os diferentes sujeitos envolvidos em nossa realidade e, partindo desses pressupostos, contribuir com a formação de novas lideranças entre trabalhadores, usuários e familiares dos serviços de saúde mental no SUS que possam fortalecer o movimento antimanicomial.

O papel dos trabalhadores da saúde mental no movimento antimanicomial: implicações do pensamento de Paulo Freire

Como vimos, os trabalhadores da saúde mental tiveram papel importante no surgimento e na organização do movimento social da luta antimanicomial. Cabe lembrar aqui importantes nomes como Nise da Silveira e Marcus Vinicius de Oliveira, importantes referências na transformação das práticas e na produção de reflexões sobre o cuidado em liberdade na atenção à saúde mental.

Nesse sentido, os profissionais continuam sendo interpelados no presente a reconhecerem suas funções enquanto agentes que interferem na estrutura social do mundo em que vivem. O trabalhador, como nos alerta Paulo Freire (2011), é convocado a reconhecer seu papel político.

Freire (2011) destaca o importante papel do trabalhador no processo de mudança social e instiga a uma reflexão sobre a impossibilidade de uma ação meramente técnica e neutra diante de seu fazer cotidiano no campo das políticas sociais, mormente das políticas de saúde. Com base nisso, sabemos que não há neutralidade na vida, e que é preciso reconhecer que todo sujeito faz sua escolha e adesão, seja pela opção reacionária ou pela opção progressista, transformadora, de intervir sobre a realidade.

Optar pela mudança e pela transformação social, como indica o pensamento freireano, significa superar o entretenimento dos sujeitos e comunidades com “ações puramente anestésicas” (FREIRE, 2011). Essa forma de pensar o trabalho com o povo como mera ocupação do tempo dos sujeitos é ilustrativo de algumas posturas que podem ser realizadas por alguns trabalhadores da saúde mental no interior dos serviços, caricaturando suas práticas ao nomear o que realizam como “libertador”.

No entanto, optar pela mudança significa empenhar-se em desvelar a realidade e suas contradições que impedem a liberdade e autonomia de ganharem espaço nas relações produzindo uma democratização radical da vida social (VASCONCELOS, 2017). Implica em impulsionar todos os participantes, inclusive o próprio trabalhador, produtor coadjuvante das ações, a desenvolverem

uma capacidade crítica de perceber a realidade de maneira mais ampla.

Consideramos também que a formação dos profissionais da saúde, mesmo com várias tentativas de superação, ainda pode guardar resquícios da hegemônica lógica biomédica ou da pesada tradição asilar, que silencia e ignora a subjetividade, como também desconsidera as determinações sociais e políticas da saúde (CECCIM; FEUERWEKER, 2004). Por isso, é preciso construir espaços que retomem a discussão e a capacidade de situar a prática profissional no contexto da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial que a antecede.

Assim, a universidade, como lugar de formação e desenvolvimento de novos profissionais, também deve ser espaço de estruturação de novas práticas e de formação política, promovendo ações e diálogos com o movimento antimanicomial e outros movimentos sociais. Impõe-se que a universidade brasileira se torne parceira deste processo, colaborando na formação de profissionais críticos e reflexivos que atuem visando a transformação das desigualdades sociais e a superação dos problemas de saúde.

A formação de lideranças e a participação dos usuários do movimento antimanicomial: uma necessidade

O movimento antimanicomial se construiu com a inserção de usuários e familiares assumindo protagonismo na defesa da dignidade das pessoas com transtorno mental. Hoje, vivemos em tempos de retrocesso diante das conquistas de inclusão no Brasil e em seus princípios democráticos onde até mesmo o controle social instituído é posto à prova (SANTOS, 2019). É justamente nesses tempos de ataque aos direitos e de risco à nossa frágil democracia que há o imperativo de desenvolver e qualificar essa participação social para a defesa das conquistas populares através da formação das lideranças para estes enfrentamentos.

Um claro exemplo desses desafios contemporâneos foi a recente mudança da Política Nacional de Saúde Mental realizada sem ampla participação social nas decisões, pactuada por meio de uma resolução da Comissão Intergestores Tripartite⁷. Como retrato deste processo, o Conselho Nacional de Saúde, que é a instância máxima de controle social, foi impedido de se manifestar durante a aprovação e deliberação desta resolução⁸.

⁷ Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/retrocesso-na-saude-mental-cit-aprova-novas-diretrizes-da-cgmad-ms/32530/>>. Acesso em: de 24 jan. de 2018.

⁸ Disponível em: <<http://www.susconecta.org.br/ministerio-da-saude-nao-autoriza-cns-de-se-manifestar-e-muda-politica-de-saude-mental/>>. Acesso em: 24 de jan. de 2018.

Como Paulo Freire (2003) apontava, desde longa data, a democracia demanda estruturas democratizantes e não estruturas inibidoras da presença participativa. Tendo em vista esses acontecimentos que temos presenciado é necessário cada vez mais fortalecer a participação dos usuários e familiares, bem como dos trabalhadores para se reconhecerem como sujeitos de direitos e atuantes na defesa do bem comum. Assim, acreditamos ser possível construir resistências às atitudes autoritárias que desrespeitam a vontade popular.

A educação popular implica necessariamente o estímulo e a produção, na prática educativa, do exercício do direito à participação (FREIRE, 2003). Não podemos perder de vista que participar é um direito assegurado constitucionalmente. No entanto, é preciso qualificar essa participação e fomentá-la, pois a experiência tem nos mostrado que não basta instituir conselhos para que ela seja respeitada e valorizada.

Assim, seguindo os passos da perspectiva da educação popular, podemos aprender que fortalecer e formar para a participação na saúde mental envolve desenvolver, cada vez mais, a capacidade de estar com os outros e respeitar “o direito de dizer sua palavra” (FREIRE, 2007, p. 35) como princípio fundamental. Por isso, vemos um alinhamento importante da EPS com os objetivos da luta antimanicomial em buscar facilitar espaços para que as vozes dos sujeitos tidos como loucos, que foram por

séculos silenciados e tiveram seus discursos ignorados, sejam reconhecidas.

Além disso, educação popular e luta antimanicomial convergem em outros aspectos, como na valorização dos encontros, da amorosidade, do diálogo horizontal nas relações, dos sentimentos e emoções, numa tentativa incansável em aproximar o mundo da vida do mundo da política.

Em nosso contexto, torna-se essencial a criação de espaços de formação para usuários e familiares orientados pelos princípios da EPS, de maneira dialógica, afetiva, construída pelos referenciais societários, que produza o estímulo à participação como tarefa urgente para fazer frente ao ataque aos direitos sociais em curso no nosso país.

Considerações Finais

Com Freire, aprendemos que os movimentos sociais, como a luta antimanicomial, deverão aprender a ser “pacientes e impacientes”. Deverão manter sua indignação impaciente diante de todas as injustiças e formas de exploração, mas devem reconhecer o “viável histórico” que impele para a atuação pensada e refletida de maneira paciente, para aquelas brechas e possibilidades que os tempos apresentam como fundamentais na ação de transformação da realidade.

A defesa da participação popular e da superação da visão ingênua da realidade são pontos importantes do pensamento freiriano que fortalecem e inspiram o movimento da luta antimanicomial na construção de sua caminhada em busca da defesa de seus ideais.

O tão falado retorno ao trabalho de base, afirmado em várias análises políticas, ancora-se, em nosso modo de ver as coisas, na educação popular como uma estratégia fundamental de construção de uma resistência que dialogue com o povo e a partir do povo, de suas linguagens e cotidianos.

Paulo Freire e a educação popular já nos indicaram o caminho. Por isso, hoje, mais do que nunca, é preciso reafirmar os ideais de liberdade, igualdade e solidariedade, na crítica ao preconceito, no rompimento com a lógica manicomial e revitalização do cotidiano das pessoas com sofrimento psíquico nas cidades. É preciso retomar tal caminho para seguir vivendo e afirmando a defesa de uma sociedade que se baseia na justiça social e na vida plena para todas e todos.

Referências Bibliográficas

- ABOU-YD, M. Por uma Clínica Antimanicomial: a ousadia de um projeto. *In*: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. (Orgs.). **Saúde loucura: experiências da reforma psiquiátrica**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 91-99.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, Sr. cidadão?”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.

- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.
- BLEICHER, L.; BLEICHER, T. Loucura e sociedades. *In: _____*. **Saúde para todos já!**. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 103-111.
- BONETTI, O. P.; CHAGAS, R. A.; SIQUEIRA, T. C. A. A educação popular em saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. *In: BRASIL*. Ministério da Saúde. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 16-24.
- BOTTI, N. C. L.; SANGIOVANNI, A. G. Significados dos desfiles do dia nacional da luta antimanicomial em belo horizonte, 1998-2007. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 25-32, 2008.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, p. 41-65, 2004.
- DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, 2011.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros estudos**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- _____. Pacientes impacientes. *In: BRASIL*. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 32-45
- _____. **Política e educação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2003.
- ROSATO, C. M.; CORREIA, L. C. Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. **SUR-Revista internacional de direitos humanos**, v. 8, n. 15, p. 93-113, 2011.
- SANTOS, B. S. Boaventura. E agora Brasil?. **Outras palavras**: jornalismo de profundidade e pós-capitalismo. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/crise-brasileira/boaventura-e-agora-brasil/>>. Acesso em: 27 jul. 2019.
- STOTZ, E. N. Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, suppl. 2, p. 1475-1486, 2014.
- VALLA, V. V. A crise da interpretação é nossa: procurando entender as falas da classe subalterna. *In: BRASIL*. Ministério da Saúde. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 35-47.
- VASCONCELOS, E. M. Ir além do controle social: o significado da redefinição das práticas de saúde para a democratização do SUS e da Nação. *In: VASCONCELOS, E. M.; PRADO, E. V. (Orgs.). A saúde nas palavras e nos gestos*: reflexões da rede de educação popular e saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 264-272.

Terapia Comunitária Integrativa: ferramenta de fortalecimento dos princípios do SUS

Aline de Oliveira Souza¹
Brunna Santos de Oliveira²
Patrícia Souza Fortuna³

A cada dia que passa, quando se reflete sobre saúde pública, buscam-se medidas que alcancem o coletivo, que abordem o corpo além do aspecto biológico e que promovam uma visão holística do sujeito. Sob tal conjuntura, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) tem ganhado cada vez mais espaço nos mais diversos ambientes. Esta prática consiste em um espaço grupal onde se busca trabalhar dificuldades e transformá-las em potencialidades coletivas e individuais para que os sujeitos possam reconhecer desafios e se tornarem transformadores da realidade.

A TCI foi desenvolvida pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e sistematizada desde 1987, tendo como objetivo a

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

² Graduada em Enfermagem pela UFS. Terapeuta Reikiana. Membro fundador da Liga Acadêmica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPICS-UFS).

³ Graduada em Enfermagem pela UFS. Terapeuta Reikiana. Membro fundador da LAPICS-UFS. Residente em Saúde Mental pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

promoção da saúde por meio da construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes, do resgate da identidade, da restauração da autoestima e ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais (ANDRADE et al., 2008). Apesar de ocorrer a quase trinta anos, essa prática ganhou vigor com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006 (BRASIL, 2006).

A realização da prática é dividida em seis momentos: a) acolhimento: apresentação, ambientação e dinâmicas em grupo; b) escolha do tema: através dos problemas e dificuldades expostas no grupo; c) contextualização: perguntas esclarecedoras e nunca curiosas; d) problematização: discussão em grupo sobre o que já foi feito sobre o tema; e) encerramento: valorização dos participantes (conotação positiva); e f) avaliação: breve avaliação do grupo e agradecimentos. Assim, tem-se uma prática que possibilita a discussão de um tema comum entre os usuários, de forma a discutir possibilidades de resolução, tornando os indivíduos protagonistas de sua transformação (BARRETO, 2008).

Terapia Comunitária Integrativa frente aos princípios do SUS

A implantação da TCI no SUS deu-se a partir da sua inclusão na PNPIC em 2008. Esta política atua nos campos de

prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde a partir de uma atenção humanizada e integral, o qual fortalece os princípios fundamentais deste sistema (BRASIL, 2006).

A universalidade, equidade e integralidade são os princípios doutrinários do SUS. A universalidade refere-se ao direito a saúde a todos os cidadãos, possibilitando acesso aos serviços de saúde que compõem a rede pública de saúde. Ao mesmo tempo, são assegurados recursos onde há mais necessidade, definindo, desta forma, a equidade. Já a integralidade refere-se à concepção da totalidade do indivíduo, enxergando-o em todas as suas dimensões, física, social, cultural e espiritual (BRASIL, 2000).

Os princípios organizativos do SUS incluem a regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular. Assim, os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, limitados a uma determinada região. A descentralização é a redistribuição do poder entre as três esferas do governo. Deste modo, os municípios têm autonomia para realizar o planejamento, organização, controle, execução e gerenciamento dos serviços de saúde. Quanto à participação popular, esta decorre do poder decisório dos usuários em Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2000).

A TCI trata-se de uma prática de cunho social, que resgata, reconhece e valoriza a cultura popular. Relaciona-se com

importantes diretrizes do SUS por ser um instrumento de inclusão e cidadania (ANDRADE et al., 2008).

Nas redes de atenção à saúde do SUS, a TCI pode ser implantada na atenção básica como forma de garantir a promoção da saúde e desenvolvimento comunitário, contribuindo para que os profissionais de saúde conheçam de forma mais profunda a comunidade e identifique suas prioridades. Assim, garante a universalização do acesso de forma a direcionar as demandas populacionais para os outros serviços da rede de saúde. Quanto ao princípio de integralidade, relaciona-se diretamente ao promover encontros coletivos de troca e partilha de dificuldades e superações, atuando nos âmbitos individual, familiar, comunitário, social, cultural e político (ANDRADE et al., 2008). Ademais, assegura o princípio da equidade, além de empoderamento e participação social, ao estimular a autonomia dos indivíduos em diversos âmbitos da sua própria saúde (MORAES, 2014).

Terapia Comunitária Integrativa e sua relação com a Educação Popular em Saúde

Através desse encadeamento de ideias se torna viável discutir sobre como a TCI se coaduna tanto com o SUS quanto com a Educação Popular em Saúde.

A partir dos anseios da população nas Conferências Nacionais de Saúde, cria-se a Política Nacional de Educação

Popular em Saúde (PNEPS) do SUS, por meio da Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Além de reafirmar o compromisso com a universalidade, equidade e integralidade, traz elementos que fortalecem a comunidade e faz com que a mesma participe de forma ativa de todas as ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa política que afirma o cuidado com a saúde necessita de uma visão antropológica com reconhecimento da ancestralidade de um povo que luta diariamente para permanecer com as raízes firmes em sua cultura, apesar de sofrer ameaça constante de desagregação, o que estimula alternativas inovadoras que incentivem o desenvolvimento sustentável de diversas comunidades através da participação dos usuários e do seu envolvimento responsável. Esse novo olhar para o processo saúde-doença favorece a escuta acolhedora, o vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente, já que o indivíduo deve ser avaliado em sua dimensão global, sem que o mesmo perca sua singularidade. Corrobora, portanto, para o sentimento de responsabilidade pela sua própria saúde e reconhecimento do poder da sua força individual, tornando tal atitude um ato de cidadania, e a continuidade desta atitude, um ato político.

A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção

do projeto democrático e popular. Seus eixos estratégicos são: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013).

Torna-se cada vez mais nítida a existência de uma relação intrínseca entre a Educação Popular em Saúde e a TCI, uma vez que, nesta prática integrativa, os profissionais avaliam o sofrimento psíquico existente através da fala e escuta atenta dentro de um espaço primordial, com trocas de experiências de vida e sabedorias entre os participantes do grupo. Esse meio torna possível a assistência ao usuário através das suas necessidades reais, que o afetam diretamente. Percorre-se, portanto, por diversos caminhos que permitem culminar na tênue linha que conecta a mente e o corpo ao ambiente externo. Nessa perspectiva, é como se o usuário fosse um novelo de lã que se permite desenrolar e expor-se de dentro pra fora, propiciando uma remodelagem e releitura dos seus aspectos biopsicossociais, a fim de entender a real origem da patologia que o cerca e saber quais são os pontos primordiais para o seu tratamento. Deste modo, é possível se pensar nos métodos disponíveis mais adequados para a terapêutica daquele sujeito, visto em seu todo.

Dessa maneira, a TCI agrega valor ao SUS e, conseqüentemente, à PNEP-SUS, utilizando uma metodologia de intervenção em comunidades por meio de encontros interpessoais

e intercomunitários, possibilitando o ato de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, multiplicando significados às vivências, conquistas, potencialidades e demais necessidades, e decrescendo o processo de somatização e complicações das patologias existentes (RANGEL; MIRANDA, OLIVEIRA, 2016).

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, L. O. M. et al. **O SUS e a terapia comunitária**. Fortaleza: MS, 2008.
- BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2. ed. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- MORAES, M. N. **Terapia comunitária integrativa no sertão paraibano: avanços e desafios no contexto do SUS**. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: UFPB, 2014.
- RANGEL, C. T.; MIRANDA, F. A. N.; OLIVEIRA, K. K. D. A terapia comunitária integrativa e a enfermagem: o fenômeno e seus contextos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 8, n. 1, p. 3770-3779, 2016.

**Forjando “inéditos viáveis”
para a igualdade de gênero**

Entre a espera e a reflexão: (re)construindo conceitos de gênero com a Educação Popular em Saúde no SUS

Caterina Beatriz Grassi Leonardi¹
Letícia Nastulevitie de Oliveira¹
Wallisen Tadashi Hattori²
Gustavo Antonio Raimondi²
Danilo Borges Paulino²

Conhecendo a Educação Popular em Saúde na formação e atuação médica: permitindo-nos à transformação com o novo

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2013) explicita que através da troca de diferentes saberes e práticas culturais entre as pessoas, pode-se fortalecer a gestão compartilhada e o protagonismo popular, construindo relações horizontalizadas de aprendizados e cuidados em saúde. Isso vai ao encontro do perfil do egresso do curso de graduação em Medicina, que tem como uma das três áreas fundantes de sua formação a Educação em Saúde (BRASIL, 2014).

¹ Curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, UFU, Uberlândia, Brasil.

A Educação em Saúde é compreendida como um estímulo ao “aprender a aprender” (BRASIL, 2014, p. 3), que pode ocorrer de maneira individual, coletiva ou interprofissional, em ambientes simulados, na comunidade ou entre outros cenários de ensino-aprendizagem. Isso é amplificado na Educação Popular em Saúde (EPS) que explicita a necessidade de trabalhar com as pessoas e não para as pessoas (BRASIL, 2013; PAULINO et al., 2018).

Somado a isso, a Declaração de Astana (OMS, 2018) reitera a necessidade de empoderar comunidades e indivíduos para o cuidado em saúde. Dessa forma, observa-se que os cenários de Atenção Primária à Saúde (APS) configuram-se como locais estratégicos para efetivar essa declaração, em diálogo com a PNEPS (BRASIL, 2013) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina (DCN) (BRASIL, 2014). Para tal efeito, é importante compreender a APS preferencialmente como o primeiro local de contato dos serviços de saúde com a população. Devido à proximidade da comunidade com o serviço de saúde (BRASIL, 2017), consideramos que a APS se configura como um *locus* singular para efetivar a EPS.

Para tal efeito, é importante compreender a APS como o primeiro local de contato dos serviços de saúde com a população. Devido à proximidade da comunidade com o serviço de saúde, a APS apresenta-se como um local singular para efetivar a EPS.

Para tanto, temos que considerar a saúde no seu conceito mais amplo, que engloba as dimensões econômicas, sociais, culturais e políticas, e não somente como um estado de ausência de doenças (BATISTELLA, 2007). Dessa forma, inclui-se a determinação social e os determinantes sociais em saúde (DSS), como gênero e sexualidade, na discussão sobre o cuidado em saúde. Com isso, os DSS possibilitam compreender como determinados elementos sócio-histórico-culturais de uma pessoa ou comunidade podem colocar esses sujeitos/comunidades em desvantagem de acesso ao cuidado integral em saúde na sua integralidade (BARATA, 2009).

Pensando dessa forma, o tema gênero foi escolhido para ser debatido em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), onde pode-se problematizar as relações entre o feminino e o masculino. Além disso, pode-se considerar que, desde a descoberta da gestação, o novo ser já pode incorporar as construções sociais de gênero, em que há uma hierarquia entre os papéis feminino e o masculino, gerando uma divergência dos estados de saúde de cada indivíduo (BUTLER, 2015; LOURO, 2018; WALLACH SCOTT, 2010). Por isso, as questões de gênero e sexualidade são um dos objetivos da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (2015) para o desenvolvimento sustentável.

Esse artigo tem por objetivo compartilhar e problematizar a experiência de uma prática pedagógica que ocorreu em uma

UBSF de Uberlândia/MG. Idealizada por estudantes do Curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), a ação procurou praticar a EPS na APS com a temática de gênero, que é pouco debatida neste âmbito.

Identificando e organizando as ferramentas para a prática da EPS na APS: ideias inovadoras para encarar problemas reais

No terceiro período do curso de Medicina da UFU, no módulo Saúde Coletiva III, havia a proposta de dar continuidade ao estudo da Estratégia Saúde da Família com ênfase na “determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado, desenvolvendo ações de educação em saúde, promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação” (UFU, 2013). Tal proposta está de acordo com as DCN para os cursos de graduação em Medicina (BRASIL, 2014).

Durante esse período, os(as) estudantes foram divididos(as) em duplas e integrados(as) às equipes de Saúde da Família (eSF) das UBSF do município de Uberlândia/MG. Para colocarmos em prática e ampliarmos os conceitos estudados em sala de aula, foi preciso estudar o território adscrito da unidade, para assim, conhecermos a população que lá vivia e as necessidades que ela tinha. A proposta foi contribuir com o serviço da UBSF na construção e execução de grupos com a equipe e com a população. Assim, optamos por construir com a equipe de saúde e com a

comunidade daquele bairro ações que tornassem reais o que é proposto pela PNEPS-SUS (BRASIL, 2013).

No cenário da UBSF, em um primeiro momento, encontramos ações que pouco se aproximavam da EPS e que ainda trabalhavam com a comunidade de forma vertical, sem contextualização e participação efetiva das pessoas. Além disso, a PNEPS-SUS consegue integrar-se de maneira efetiva às propostas de intervenção e cuidado em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família no SUS, efetivando a responsabilidade social da Escola Médica.

Posteriormente, foi levantada juntamente com toda a eSF a demanda da comunidade para ações de EPS com as mulheres gestantes daquele território, uma vez que esse grupo era o que mais demandava a eSF naquele momento. Assim sendo, tentamos buscar junto às pessoas da equipe e da comunidade assuntos de interesse de tal grupo, para que nossas discussões fossem mais bem aproveitadas. Foi quando nos deparamos com um obstáculo inesperado depois de ter estudado tanto a teoria: como trabalhar com a EPS em assuntos com os quais não tínhamos nenhuma familiaridade?

Entendendo a importância do tema abordado, os autores procuraram substrato na literatura, a fim de aprender com o sucesso ou possíveis “falhas” enfrentados por outras experiências envolvendo essa temática. Em português, o levantamento

bibliográfico foi realizado utilizando os termos segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): gestantes, educação em saúde, gênero e sexualidade. Já em inglês, segundo o *Medical Subject Headings* (MeSH): *pregnant woman, health education, gender identity e sexuality*. Procedeu-se com cinco combinações que os autores consideraram mais pertinente nos dois idiomas: gestantes, educação em saúde, gênero e sexualidade; gestantes, educação em saúde, gênero ou sexualidade; gestantes, educação em saúde; educação em saúde, gênero e sexualidade; educação em saúde, gênero ou sexualidade. Foram utilizadas três bases de dados, PubMed, Scielo e Bireme, filtrando a partir do ano de 2013, quando foi publicada PNEPS-SUS.

Notou-se uma ausência de trabalhos que associam o tema ao público por nós escolhido – gestantes e pais. Foram encontrados resultados quando cruzados educação em saúde com gênero e sexualidade ou gestantes, sendo o primeiro com enfoque para o atendimento integral e capacitação de profissionais e o segundo com enfoque a parto, pré-parto e pós-parto. O assunto “gênero e sexualidade” foi trabalhado principalmente com enfoque nas infecções sexualmente transmissíveis, sendo descartados para análise. Não se encontrou trabalhos prévios que se pautasse na discussão que propusemos. Talvez pela existência de um tabu para extrapolar a ideia biologicista do assunto, repleto de preconceitos,

nos encontramos na posição de ressignificar em grupo tais conceitos, através do diálogo e da formação conjunta de ideias.

Para trabalhar com esses grupos, partimos de uma relação horizontal com os participantes, considerando todos os conhecimentos e experiências pessoais. Para efetivar a experiência, utilizamos o cenário da sala de espera, pela necessidade de dialogar de forma a ter um espaço em que haja circulação de afetos, interesses e desejos, mas também resistências, preconceitos e moralismos, que devem ser problematizados e ressignificados, já que são passados entre gerações (SILVA et al., 2013).

Em meio a dúvidas e medos, uma certeza: a EPS pode contribuir para a (re)construção das questões de gênero em nossa sociedade

Na noite anterior à da sala de espera, a ansiedade para realizar um grupo com gestantes era grande. Por ser nossa primeira experiência de EPS, não nos sentíamos seguras para, naquele momento, atendermos à demanda da equipe de saúde de temas mais relacionados à gestação. Sentíamos que precisávamos ouvir mais as pessoas nesse espaço, acolhê-las e construir com elas estratégias e temáticas que fizessem sentido para elas. Pensamos que elas sabem muito mais sobre gravidez do que duas estudantes de medicina que, naquele momento, não tinham estudado nada ainda sobre gestação e que nunca foram gestantes até então.

Amamentação, mudanças do corpo na gravidez, entre outros, eram temas que elas provavelmente estavam cansadas de escutar sobre, dos(as) médicos(as) e enfermeiros(as) e não sabíamos se elas já tinham experimentado a oportunidade de construir com outras pessoas e profissionais de saúde esses e outros saberes.

Depois de pensarmos um pouco, decidimos que seria ótimo conhecer primeiramente essas pessoas para, em seguida, trabalhar com elas as temáticas que tinham interesse. Entendemos que, mesmo não sabendo nada sobre determinado assunto, nosso papel naquele espaço não seria de informar ou transmitir conhecimentos, mas sim, de construir de forma compartilhada saberes e propostas de ação, pois todos(as) que participam de ações de EPS aprendem, na troca de afetos, saberes, histórias e opiniões entre pessoas. Identificamos que isso está expresso na PNEPS, dentre outros aspectos, nos seus princípios de diálogo, amorosidade, problematização e construção compartilhada de conhecimento (BRASIL, 2013).

Assim sendo, decidimos convidar as pessoas do grupo a falar sobre gênero. Entendemos que, desde a infância, as conceituações de gênero são construídas e que os pais são fundamentais nessa construção que pode ser excludente ou acolhedora diante da diversidade de performances identitárias das pessoas no mundo. Percebemos que esse espaço era um espaço humano, com imenso potencial de emancipação e transformação

da realidade. Dessa forma, percebemos que tínhamos ali a oportunidade de concretizar os demais princípios da PNEPS, que são a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013).

Partindo da compreensão de que o comportamento da criança é influenciado pelos pais inconscientemente, formando o autoconceito nela e que é a partir deste que ela reagirá ao que acontece ao redor (FONSECA, 1999) e por estarmos em uma ação de EPS com atuais e futuros pais e futuras mães, concluímos que seria interessante problematizar sobre as questões de gênero e sua construção social em um grupo de formadores(as) de opinião. Refletimos que seria ótimo debater com eles(as) alguns aspectos dessa questão: compreender a construção socio-histórica da categoria gênero (SCOTT, 2010), problematizar as relações de poder entre as identidades de gênero (BUTLER, 2015; LOURO, 2018), e refletir sobre a responsabilidade dos pais e das mães na (re)construção desse conceito, já que quase sempre predominam as posturas heteronormativas inconscientes carregadas de preconceitos sobre o que é ou não é adequado a cada um dos gêneros.

Além disso, identificamos que esse tema também está no contexto dos(as) estudantes e professores do curso de Medicina. Em 2006, a Organização Mundial de Saúde (2007) explicita a necessidade de inclusão dessa temática nos cursos de saúde. Em

2014, as DCN dos cursos de graduação em Medicina incluem esse debate (BRASIL, 2014). Apesar disso, Rufino, Madeiro e Girão (2013) apontam que as temáticas de gênero e sexualidade ainda estão atreladas prioritariamente às questões das ISTs, câncer, reprodução e transtornos mentais. Como alternativa de transformação deste cenário, por meio por meio de estratégias relacionais e que considerem diferentes saberes, pode-se ampliar essas perspectivas, conforme demonstra a experiência que tivemos em nosso curso da inserção da temática de gênero e sexualidade no currículo formal (RAIMONDI et al., 2019).

Ao chegar na UBSF para realizar essa ação, percebemos que além de mães, alguns pais iriam participar do grupo, algo que não esperávamos e que nos deixou um pouco receosas. Ao mesmo tempo, também ficamos ainda mais ansiosas e esperançosas com as construções que poderiam ser feitas ali.

Antes de iniciar as atividades, nos apresentamos e convidamos as pessoas ali presentes para que fizessem o mesmo. Explicamos a elas nossa proposta e as convidamos a participar livremente, deixando claro que, caso a atividade ou o assunto não as interessasse, poderíamos conduzir o diálogo e a construção de outra forma e até mesmo com outro assunto que fosse do desejo delas e que fizesse mais sentido. Todos(as) os(as) presentes toparam participar, entre sorrisos e olhares de curiosidade, contentamento, estranhamento e disposição.

Após o aceite das pessoas ali presentes, a tranquilidade tomou conta de nós e sentimos a segurança necessária para estar naquele espaço até então inédito para aquele serviço de saúde do SUS de Uberlândia/MG. Percebemos que mais do que futuras médicas, éramos ali pessoas como as demais, com histórias, sofrimentos, medos, alegrias, tristezas e que bastava a disposição para o diálogo para que pudéssemos nos encontrar e juntos(as) nos acolher, conversar, repensar e nos transformar.

Pensando que a designação de cada um dos gêneros começa ainda antes do nascimento, começamos o grupo com a pergunta de como eram as reações ao descobrir o sexo do bebê e, para aqueles(as) que ainda não sabiam dessa informação, como estava a expectativa para esse momento. Uma mãe respondeu que adorou saber que teria uma menina, visto que ela já tem uma filha e que viu na nova criança mais uma companheira para sua vida. Uma outra participante disse que queria uma menina, mas que ficou muito feliz por estar esperando um menino.

Em seguida, colocamos a música “A Bailarina” de Lucinha Lins, e pedimos para que imaginassem, ao ouvi-la, quem estaria dançando ao som daquela melodia. As duas mães que responderam falaram que os filhos delas dançariam, assim como elas mesmas. Depois, mostramos quatro imagens para os participantes: a primeira mostrava uma criança de cerca de três anos de idade (cuja aparência remetia às construções sociais de

masculino), trajando um vestido de uma princesa das histórias da Disney®; a segunda mostrava uma criança de cerca de sete anos de idade (cuja aparência remetia às construções sociais de feminino), trajando uma roupa de um super herói da Marvel®; a terceira mostrava uma criança de cerca de três anos de idade (cuja aparência remetia às construções sociais de masculino) sorrindo enquanto um homem (que aparentava ser seu pai) lhe dava uma boneca; e a quarta mostrava um adolescente de cerca de 15 anos de idade (cuja aparência remetia às construções sociais de masculino), trajando uma saia.

Posteriormente, convidamos as pessoas a falarem livremente sobre a seguinte reflexão: “Imaginem que essas crianças são seus filhos, qual seria a reação de vocês nessas situações?” Algumas falas que se seguiram dos(as) participantes do grupo era de que eles(as) não iriam gostar de ver o filho vestido dessa forma. Reiteraram a todo o momento de se ensinar para as crianças “o que é de menino e o que é de menina” e que homem deve vestir roupa de homem e mulher deve vestir roupa de mulher.

“Mas o que é feminino e o que é masculino?” – perguntamos para eles(as) e uma mulher contou que, quando ela era jovem, seus pais não a deixavam usar calças e que, por isso, até hoje ela não consegue usá-las. Uma pessoa da equipe da UBSF levantou a questão de que há um país onde os homens usam saia e que isso é cultural.

“E o que leva uma criança a escolher o vestido de princesa para usar no Halloween? Não seria porque ele simplesmente gostava do desenho? A malícia está em quem? Na criança ou no adulto?” – convidamos o grupo a refletir separadamente sobre esses questionamentos. Um dos pais presentes nos chamou a atenção pois disse que ele não é preconceituoso, mas que não iria, mesmo assim, deixar seu filho se vestir com vestido. Diante de sua fala, uma agente comunitária de saúde (ACS) da Unidade disse em um tom alto e impositivo: “Você é preconceituoso sim!” Nesse momento, todos ficaram tensos e se entreolharam. Um rápido momento de silêncio constrangedor tomou conta do público. Sentimos naqueles milésimos de segundos gélidos o peso do julgamento que tanto fazemos no cotidiano acerca das questões de gênero. Se nós nos sentíamos daquela forma diante de um julgamento do outro ser preconceituoso, como se sentiriam as pessoas que sofrem preconceitos diários por questões relacionadas ao gênero? Antes que pudéssemos agir para retomar o grupo à harmonia, a ACS completou: “Todos nós temos preconceitos e precisamos admiti-los.” Ufa, que alívio! Estávamos todos navegando no mesmo barco. Reconhecemos nossas limitações enquanto seres humanos imperfeitos, mas ali, naquele espaço de EPS, percebemos que poderíamos caminhar para muitas construções e superações. Diante daquela fala, todos(as) riram e concordaram, o que nos deixou muito satisfeitas. Entendemos que

o grupo chegou em uma conclusão relevante: todos(as) têm preconceitos e esses são passados e ensinados para os(as) filhos(as). O desafio agora era pensar como superar essa realidade.

Após essa intervenção da ACS percebemos que havia uma confusão sobre o que é orientação sexual e identidade de gênero, visto que alguns pais e algumas mães faziam sempre a relação do menino vestido de princesa à suposição dele ser homossexual. Assim, buscamos construir junto com as pessoas uma nova construção nesses aspectos, trazendo para o diálogo que a vestimenta não influencia em nenhuma dessas questões, sendo também um aspecto cultural de nossa sociedade.

A discussão continuou e falamos sobre as roupas de homens e mulheres, de brinquedos e brincadeiras, sobre pais e mães super-protetores(as), e tudo mais que o grupo desejou compartilhar e construir em conjunto. Ao final, uma esperança nos felicitou: alguns pais e mães ali presentes ressaltaram que procurariam respeitar seus(as) filhos(as), independentemente das construções sociais de identidade de gênero e orientação sexual. E mesmo aqueles(as) que demonstraram incômodo com algumas imagens sinalizaram refletir acerca do tema.

A EPS pede passagem: possibilidades e energias para novas (re)construções

Com essa experiência relacional de EPS, pudemos valorizar a subjetividade, a autonomia e a corresponsabilização na relação com os(as) outros(as). Além do mais, por meio da promoção do diálogo e da valorização e troca de saberes, experienciamos uma estratégia para fortalecer a relação médico(a)-paciente e de trabalho em equipe junto à comunidade, conforme já descrito por Souza, Oliveira e Paulino (2018).

Tivemos a grata oportunidade de conhecer e compreender diferentes pontos de vista e, também, de compartilhar o nosso, de forma que todos(as) os(as) participantes, com diferentes contribuições, formaram uma síntese conjunta ao final, que era de todos(as) nós. Prezamos sempre pelo diálogo para acolher todas as contribuições e, por isso, sentimos que o grupo teve uma boa interação, exercendo na prática, a amorosidade descrita na PNEPS-SUS (BRASIL, 2013).

Percebemos uma reflexão dos participantes sobre suas posturas como pais e mães. Assim, a EPS sensibilizou várias pessoas através da reflexão e convite a mudanças nas atitudes que serão construídas com os(as) filhos(as). A escolha do cenário da APS no âmbito da Estratégia Saúde da Família é importante por favorecer a interação com a sociedade no seu cotidiano e permitir

a (re)construção de conceitos enraizados na sociedade, identificados como culturais.

Diante desse aspecto, observamos mais uma potencialidade da EPS na prática médica, pois ao questionar e promover uma reflexão crítica e dialógica sobre os DSS pode-se promover uma abertura a uma construção compartilhada e horizontal de saberes. Saberes esses que dialogam com a criatividade e autonomia para pensar em possíveis soluções para os problemas do cotidiano do cuidado em saúde.

Ao final do período, fizemos um *feedback* com a equipe da UBSF. A equipe nos contou que nunca tinham pensado em discutir esse assunto com a população devido à dificuldade de abordar a temática. Dessa maneira, explicita-se uma das potencialidades da EPS ao abordar temas considerados “polêmicos” e que são demandados socialmente. Ou seja, ao promover um espaço dialógico constrói-se uma relação horizontal em que os saberes e sentimentos são acolhidos e abordados para promover o empoderamento e ampliação da autonomia dos indivíduos, incluindo dos próprios profissionais de saúde (SOUZA; OLIVEIRA; PAULINO, 2018).

As limitações deste trabalho residem no reconhecimento das questões de gênero e sexualidade como DSS no processo saúde-adoecimento-cuidado das pessoas e, portanto, como aspectos fundamentais para a problematização nos diferentes

cenários que produzem saúde. Assim, profissionais de saúde e comunidade são convidados(as) a (re)conhecer como essas questões estão presentes em seus cotidianos e a debater sobre como enfrentar essa realidade para a transformação do cuidado em saúde. Dessa forma, há que se despir de muitos (pré-)conceitos e de compreender como esses acabam por impactar negativamente a saúde das pessoas.

Destarte, há que se pensar que a incorporação das práticas de EPS em ambientes habituados às tradicionais palestras é também um desafio, que demanda (re)pensar as práticas educativas e trabalhar para o empoderamento das pessoas no enfrentamento às iniquidades, em relações dialógicas e horizontais. Para lidar com esses desafios, o estudo, a prática, o diálogo e a constante disposição de (re)construir-se no encontro com o outro são fundamentais.

Essa ação foi uma das citadas no trabalho: “Educação, População, Revolução: o Ensino Médico em Transformação”, que conquistou o primeiro lugar na categoria “Textos Artísticos”, na 2ª Edição do Prêmio Victor Valla de EPS, em 2016. Além do mais, outras ações semelhantes a essa foram publicadas, como na Revista Brasileira de Educação Médica (RAIMONDI et al., 2018), e no livro Educação Popular no Sistema Único de Saúde (BOTELHO et al., 2018).

Com essa experiência, que pode e deve ser inspiradora de novas ações nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem e cuidado em saúde onde pessoas se encontram, pudemos concluir como a EPS é potente na desmistificação de temas que estão presentes em nosso dia a dia e influenciam diretamente a saúde da população, pela problematização dos diferentes corpos e personalidades. Além disso, ela tem sido fundamental no curso de Medicina de nossa instituição na interface ensino-serviço-comunidade, como referencial teórico-metodológico para a reorientação da formação, incentivo à participação social e atenção à saúde a partir da integralidade e valorização dos(as) usuários(as), seus saberes, suas histórias de vidas e suas necessidades como elemento central para o fortalecimento do SUS.

Referências Bibliográficas

- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Eds.). **O território e o processo saúde-doença**. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz, 2007. p. 51-86.
- BOTELHO, B. O. et al. **Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, Brasil, Internet, 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superior-seres/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>>. Acesso em 05 de abr. de 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS)**. Brasília, Brasil, Internet, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em 05 de abr. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Brasil, Internet, 2017. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 05 de abr. de 2020.

BUTLER, J. P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.**

11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

FONSECA, N. G. **A influência da família na aprendizagem da criança.**

Monografia (Especialização) Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. São Paulo: CEFAC, 1999.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer.** Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Integrating gender into the curricula for health professionals: meeting report.** Geneva: OMS, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/gender/documents/GWH_curricula_web2.pdf>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Astana declaration on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and sustainable development goals.** Suíça: OMS, 2018. Disponível em:

<<https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>>. Acesso em 05 de abr. de 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Rio de Janeiro: ONU, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda203>>.

Acesso em 05 de abr. de 2020.

PAULINO, D. B. et al. A Educação Popular em Saúde na formação e prática médica: ressignificando o cuidado com diálogo e amorosidade. *In*: BOTELHO, B. O. et al. (Eds.). **Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 209–220.

RAIMONDI, G. A. et al. Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 73-78, 2018.

RAIMONDI, G. A. et al. Ensino/aprendizagem de Gênero e Sexualidade em um Curso de Medicina no Brasil: promovendo o Cuidado Integral em Saúde e os Direitos Humanos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 130-142, 2019.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRÃO, M. O ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 178-185, 2013.

SILVA, G. G. S. et al. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde.

Psicologia: Ciência e Profissão, v. 33, p. 1000–1013, 2013.

SOUZA, C. G.; OLIVEIRA, B. C. de; PAULINO, D. B. Quando a medicina encontra a Educação Popular em Saúde: intersecções teórico-práticas que modificam o cuidado em saúde. *In*: BOTELHO, B. O. et al. (Eds.). **Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 26-40.

UFU. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Uberlândia: UFU, 2013.

Disponível em:

<http://www.famed.ufu.br/sites/famed.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/PP2012_22-08-2013.pdf>.. Acesso em 05 de abr. de 2020.

SCOTT, J. W. Gender: still a useful category of analysis? **Diogenes**, v. 57, n. 1, p. 7-14, 2010.

Educação popular em saúde no combate à violência de gênero: a visão de mulheres

Tatiana Carvalho Reis Martins¹

Luís Paulo Souza e Souza²

Lucinéia de Pinho³

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito³

Kleyde Ventura de Souza⁴

Maisa Tavares de Souza Leite⁵

Introdução

A violência contra a mulher (ou violência de gênero) tem sido reconhecida como um grave problema de saúde pública em todo o mundo em virtude de sua elevada ocorrência e graves

¹ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Professora do Curso de Medicina e do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), campus Três Lagoas.

² Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Pesquisador do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero (NUPESMeG)/UFMG. Professor Visitante do Mestrado em Cuidado Primário em Saúde da UNIMONTES.

³ Doutora em Ciências da Saúde pela UNIMONTES. Professora do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva e do Mestrado em Cuidado Primário em Saúde da UNIMONTES.

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG; Líder do NUPESMeG/UFMG.

⁵ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP); Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).

consequências. Estimativas globais publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que uma em cada três mulheres (35%) sofreu algum tipo de violência por parceiro íntimo ou por terceiros durante a vida. Ainda, 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro masculino (OPAS, 2017). No Brasil, segundo dados do relatório global de 2019 da organização não governamental internacional *Human Rights Watch* (HRW)⁶, em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras, caracterizando uma epidemia de violência doméstica no país (HRW, 2019). Quando se desagrega a população feminina pela variável raça/cor, a taxa de homicídios (por 100 mil) é maior entre as mulheres negras (5,3) que entre as não negras (3,1). De 2006 a 2016, a taxa de homicídios para negras aumentou 15,4%, enquanto que entre as não negras houve queda de 8%. Tem-se, ainda, que as mulheres jovens são mais vitimadas do que as mais velhas (CERQUEIRA et al., 2018).

Reconhecer a violência contra as mulheres enquanto uma forma de manifestação da desigualdade e da diferença de poder entre os gêneros e as classes sociais é de extrema importância, pois suas consequências se materializam em agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, impactando na maneira como as

⁶ Observatório dos Direitos Humanos, em tradução livre.

mulheres vivem, adoecem e morrem (MILLER; MCCAW, 2019). A atenção voltada a este tema requer ações de prevenção e enfrentamento, com mobilização e envolvimento de todos os setores da sociedade, mantendo, ampliando e aprimorando as redes de apoio à mulher e garantindo sua autonomia neste processo (SOUZA e SOUZA et al., 2015).

Nesse contexto, a temática da violência contra a mulher tornou-se objeto de pesquisas e intervenções na área da saúde nos âmbitos nacional e internacional (BRASIL, 2006; OPAS, 2010; OMS, 2012). No Brasil, a partir de 2003, houve um maior investimento em ações de combate à violência e incentivos à constituição de Redes de Atendimento às mulheres em situação de violência (atenção primária, secundária e terciária) (BRASIL, 2003, 2006, 2011, 2013).

Destaca-se que, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui como espaço privilegiado para a implementação de ações de promoção a saúde e prevenção à violência contra a mulher, devido a sua proximidade com a comunidade e por constituir-se como a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde (D'OLIVEIRA et al., 2009; MENEZES et al., 2014). Entretanto, prestar uma assistência integral a estas mulheres no âmbito da APS é um desafio (MOREIRA et al., 2014; MENEZES et al., 2014; SOUZA e SOUZA et al., 2017; ROSA et al., 2018). Para isso, os profissionais

neste nível de assistência necessitam compreender este fenômeno complexo de forma que consigam estabelecer uma relação dialógica com as mulheres, em que elas deixem de ser objetos de intervenção e passem a se reconhecer como sujeitos autônomos capazes de reger suas próprias vidas (HASSE; VIEIRA, 2014; MENEZES et al., 2014; SOUZA e SOUZA et al., 2016).

A educação é uma importante ferramenta que favorece o desenvolvimento da capacidade de criar do indivíduo. Para tanto, há necessidade de o indivíduo desenvolver a sua consciência crítica, que o possibilite transformar a realidade e escrever a sua própria história (FREIRE, 2007). O processo educativo deve ser norteado por métodos e técnicas que contribuam para a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos. Deve-se promover a aptidão reflexiva destes sujeitos a partir do agir e refletir e/ou do refletir e agir, por ser uma condição essencial para o ato de comprometer. O educador deve proporcionar aos educandos as condições para a construção criativa e reflexiva do conhecimento (FREIRE, 2005).

Dentre as estratégias adotadas na ESF, a educação popular em saúde (EPS) pode ser considerada como uma ferramenta apropriada, uma vez que instiga o diálogo entre os atores envolvidos, e a construção do conhecimento emerge a partir de um processo dialógico e relacional (CUNHA; NASCIMENTO, 2015). A educação dialógica é pautada na prática libertadora,

partindo do pressuposto de que o educando é alguém que possui um conhecimento prévio, construído a partir de sua história de vida e sua prática social e cultural, que não podem ser desconsideradas (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016; AMARAL; PONTES; SILVA, 2014; VASCONCELOS, 2008).

Na educação em saúde, uma das ferramentas mais importantes para promoção da saúde e integralidade do cuidado é o trabalho em grupo e, neste, destacam-se os grupos operativos (VASCONCELOS; GRILO; SORES, 2009). O cuidado em grupo na área da saúde proporciona uma atenção integral aos participantes, uma vez que não está voltado à transmissão de conhecimento, mas sim à transformação do conhecimento em atitude (VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017). Para tanto, deve-se investigar o pensamento-linguagem do educando referido à realidade, os níveis de percepção dessa realidade e a sua visão do mundo (FREIRE, 2005).

Os grupos operativos são direcionados pela dialética do ensinar-aprender, em que os sujeitos são estimulados a participar e, a partir desta interação, ao mesmo tempo em que aprendem, também ensinam (PICHON-RIVIÈRE, 1998). E os grupos com mulheres, utilizados desde o início do movimento feminista, são importantes espaços para discussão acerca dos papéis sociais instituídos e adotados por mulheres e homens, possibilitando que as mulheres: reflitam sobre o modelo do patriarcado; reconheçam

e ressignifiquem situações vivenciadas por elas ou por outras mulheres; e formulem estratégias de resistência e de enfrentamento a qualquer tipo de opressão (MENEGHEL et al., 2005).

Na condução dos grupos operativos sobre violência, deve-se proporcionar um ambiente acolhedor às mulheres (vítimas ou não) para que se sintam à vontade para externalizar suas experiências, sem julgamentos ou pré-conceitos. De acordo com o tema a ser abordado, as estratégias utilizadas precisam ser dinâmicas, estimulando a participação das mulheres no decorrer de toda a atividade, reconhecendo como enxergam a experiência de estar no grupo, favorecendo o fortalecimento de sua autonomia (SOUZA e SOUZA et al., 2017).

Assim, este trabalho buscou compreender a visão de mulheres sobre práticas de EPS em um grupo operativo na abordagem da violência de gênero.

Metodologia

Pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, realizada na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, junto a mulheres adultas cadastradas em uma equipe da ESF. As participantes deste estudo foram mulheres com idade entre 37 e 53 anos que participaram de dez grupos operativos sobre violência de gênero.

Os grupos operativos ocorriam quinzenalmente e tratavam de temas sobre violência contra a mulher (tipos; causas; formas de

enfrentamento); histórias reais ocorridas com mulheres da sociedade; relacionamento em família e educação dos filhos; bases legais da violência de gênero; e instituição de uma cultura de paz. De forma a criar uma identidade, os encontros foram intitulados “Café & Prosa com as Marias”, a fim de torná-los mais leves e descontraídos, trazendo uma aproximação com a rotina das participantes, como se ocorressem realmente em estilo de prosa.

Os encontros eram realizados na unidade de saúde, com duração média de uma hora e meia, sendo que as atividades educativas principais duravam 60 minutos. Cada encontro tinha a seguinte logística de organização: 1) preparação do local, dispondo os materiais que seriam utilizados no dia; 2) acolhimento das mulheres; 3) exposição dos objetivos do encontro; 3) apresentação de uma canção que tivesse relação com a temática abordada no dia, de forma a sensibilizar as participantes; 4) discussão dos conceitos e temas do dia, ora por meio de leitura de histórias reais de Marias divulgadas nas mídias, ora por meio de encenação teatral; 5) momento “ação-reflexão-ação”, em que, norteadas por questões reflexivas, as participantes discutiam a relação da história da Maria com as vivências na comunidade; 6) apresentação (com canto coletivo) da canção do início do encontro, seguida por uma análise do dia, em que eram firmados os acordos para o próximo encontro; 7) realização de um lanche, de forma a estimular a socialização e interação entre as participantes.

De forma a facilitar e possibilitar que outras pessoas desenvolvam grupos com mulheres trabalhando com a mesma temática, foram produzidos materiais (em formato de livretos junto a uma editora), que estão disponíveis gratuitamente junto ao grupo de autores, que os disponibilizam gratuitamente (LEITE; FIGUEIREDO; SOUZA e SOUZA, 2014a; LEITE; FIGUEIREDO; SOUZA e SOUZA, 2014b). Nestes livretos, constam todas as histórias reais das Marias, as músicas e os teatros utilizados nos encontros, assim como modelos para realização de dez grupos com seus cronogramas e dicas de atividades a serem desenvolvidas em cada momento dos encontros.

Para os dados deste manuscrito, como critérios de inclusão, consideraram-se mulheres que estiveram presentes em, no mínimo, sete encontros (70%), e que aceitaram participar do estudo. O número de participantes foi considerado suficiente quando os dados refletissem a totalidade das dimensões do objeto em estudo e se tornaram repetitivos. Desta forma, houve a saturação ou reincidência dos dados com seis entrevistas, findando-se a coleta.

A coleta de dados foi realizada entre o período de fevereiro e março de 2013, após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de entrevistas individuais não estruturadas, com os seguintes temas norteadores: “como foi participar dos grupos de violência contra a mulher?”;

“fala pra mim um pouco sobre os recursos que foram utilizados no grupo”.

Para garantir o registro fidedigno de todas as informações fornecidas pelas entrevistadas, as falas foram gravadas e, em seguida, transcritas. Na garantia do anonimato, as mulheres foram identificadas por Marias. As entrevistas duraram, em média, 25 minutos, e foram aplicadas nos domicílios das participantes.

A escolha do referencial teórico e metodológico levou em consideração a abordagem hermenêutico-dialética, segundo Gadamer (1999), Ricoeur (1990) e Habermas (1987). Sua finalidade foi desvelar a visão de mulheres participantes de um grupo operativo sobre violência a respeito das estratégias educacionais utilizadas, de forma a compreender e contextualizar os sentidos manifestos ou ocultos subjacentes aos discursos das mulheres investigadas, considerando a práxis, as questões histórico-culturais e as contradições que os permeiam.

A Teoria de Grupo Operativo adotada no estudo foi àquela proposta por Pichon-Rivière. O grupo operativo pichoniano configura-se como uma estratégia de educação popular oportuna para ser utilizada, uma vez que propõe colocar as mulheres no centro do processo de ensino-aprendizagem como protagonistas na construção do conhecimento (SOUZA e SOUZA et al., 2017). Um sujeito ativo busca modificar a realidade na qual está inserido, e, na medida em que modifica a realidade, o sujeito modifica a si

mesmo, constituindo uma relação dialética com o meio (OSÓRIO et al., 1986; PEREIRA, 2013).

Para a análise dos dados, optou-se pela análise do discurso, seguindo a corrente de pensamento de Pêcheux (2002). As primeiras categorias emergiram após leitura e releitura do material. Posteriormente, foram agrupadas em categorias mais abrangentes, com o aprofundamento da leitura e da reflexão acerca das condições de produção dos discursos analisados. Os sentidos relacionados ao discurso e seus efeitos foram verificados, indo além do texto, observando-se, em suas entrelinhas, os processos de significação, as convergências e divergências e relacionando o interdiscurso e o intradiscurso. As categorias empíricas foram confrontadas com as analíticas, buscando-se as relações entre ambas, e subdivididas em componentes menores, as subcategorias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob parecer número 2008/2010.

Resultados e discussão

Foram entrevistadas seis mulheres. A idade variou entre 37 e 53 anos. Cinco viviam com companheiro e as principais ocupações foram as de doméstica e de técnicas de saúde bucal.

A análise dos discursos revelou duas categorias empíricas: 1) A EPS como estímulo ao empoderamento das mulheres no combate e prevenção da violência; 2) A EPS como instrumento para interrupção do ciclo da violência e promoção de uma cultura de paz.

A EPS como estímulo ao empoderamento das mulheres no combate e prevenção da violência

Nesta categoria, foi possível evidenciar que a participação das mulheres nos grupos propiciou-lhes uma aprendizagem significativa, empoderando-as para atuarem no combate e na prevenção da violência nas suas vidas, famílias e comunidade.

Para aquelas que vivem em situação de violência, o empoderamento significa a oportunidade de “ganho de poder”, possibilitando que possam agir e criar estratégias de mudanças que quebrem o ciclo de violência (MORAIS; RODRIGUES, 2018).

Para as mulheres entrevistadas, o uso de métodos ativos de aprendizagem, que permitem o dialogismo, a interação e a troca de experiências durante os grupos operativos possibilitaram a reflexão e a conscientização e, por conseguinte, a adoção de uma postura

ativa em relação à prevenção da violência. Ademais, possibilitou maior satisfação dos integrantes.

“Eu acho que o grupo foi momento de troca. Vivenciando os casos com as pessoas que passaram por aqui, não é a mesma coisa que ter uma informação na mídia, nem em livro ou informação básica para você repassar, não é a mesma coisa” (Maria de Jesus).

“A partir do momento que você vai repassar uma informação de uma coisa que você sentiu a emoção da pessoa, eu acho que você tá mais capacitado do que uma coisa que você leu no livro” (Maria de Jesus).

“[...] [os usos de métodos ativos] tornam o grupo mais descontraído, mais leve, muito bom” (Maria Auxiliadora).

O fato de as participantes conseguirem falar sobre as situações de violência pelas quais elas ou outras mulheres passam é uma forma de gerar um processo reflexivo. Essa troca de experiências contribui para superação dessas situações e concorre para o empoderamento dessas mulheres (DURAND; HEIDEMANN, 2013). Percebe-se que a reflexão e a aprendizagem são características essenciais ao Grupo Operativo (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

A técnica do Grupo Operativo alinha-se aos paradigmas atuais em saúde, destacando-se como uma estratégia relevante para ser empregada. O indivíduo é considerado como um sujeito ativo, protagonista na produção de sua saúde e agente transformador da

realidade (PEREIRA, 2013). Na operacionalização dos grupos, optou-se por trabalhar com um método ativo de aprendizagem, estratégia que motivou uma maior participação das mulheres e resultou em reflexões enriquecedoras, conforme se evidencia nas falas a seguir:

“O grupo foi muito importante para conhecimento. Eu, assim, eu já sabia que a lei existia, mas vocês vieram pra somar com a comunidade, colocando no grupo a realidade ali [...]. Tem muitas coisas lá que eu aprendi com vocês. Nas encenações de vocês, nas palavras suas, nos entendimentos, nas tarefas também, que foram colocadas pra gente também [...]. Foi muito aproveitador. Acrescentou muito” (Maria da Piedade).

“Eu gostei. A troca de experiência foi muito válida. [...] E na verdade não era pras vitimas só. Na verdade era pra orientar qualquer pessoa como lidar. E até para orientar o próximo. Um vizinho, um amigo” (Maria Auxiliadora).

Para mudar a realidade de violência vivenciada por inúmeras mulheres, faz-se necessário que os profissionais estabeleçam uma relação dialógica com as mulheres, de forma que elas deixariam de ser objetos de intervenção e passariam a ter uma participação mais ativa nas ações de promoção à saúde e prevenção da violência (HASSE; VIEIRA, 2014). O desvelar desta realidade estabelece o diálogo da educação como prática da liberdade (FREIRE, 2005).

A maneira como o grupo foi conduzido, a partir de uma concepção dialética da realidade, oportunizou uma interação entre o indivíduo e o grupo, de forma que as participantes relataram que, apesar de já terem um contato prévio com o assunto por meio da mídia ou de livros, ao escutarem os relatos nos grupos, perceberam que isso também acontecia próximo a elas, com pessoas conhecidas, sendo mais comum do que imaginavam:

“Então através dos vídeos, das trocas de experiência, porque muitas lá tiveram essa experiência, contaram a experiência da vida delas, de parente, e até mesmo de vizinhos, então é isso aí” (Maria Esperança).

“A partir do momento que você vai repassar uma informação de uma coisa que você sentiu a emoção da pessoa, eu acho que você está mais capacitado do que uma coisa que você leu no livro. Quando você vê a pessoa contando, lembrando aquilo, é como se você se colocasse no lugar dela. E a gente ver que não existe, acha que não existe. Nem que tem alguém próximo batendo na mulher pra espancar ou que tem alguém esperando pra apanhar” (Maria de Jesus).

“Então, eu acho que isso enriquece a gente pra podermos ajudar, nós ficamos sensibilizadas pra poder ajudar não é? Porque até o próprio vizinho ao lado está sofrendo esse tipo de violência e a gente está ajudando: ‘Oh, eu vi no vídeo esse tipo de violência’. Então a gente tem condição de ajudar” (Maria Esperança).

Os grupos configuram-se como um local apropriado para a construção de estratégias coletivas de enfrentamento, no qual as mulheres são incentivadas na busca da autonomia. As estratégias

de enfrentamento que as mulheres constroem no seu cotidiano simbolizam estratégias de “empoderamento” (MENEGHEL et al., 2005). O empoderamento pode ser compreendido como uma mudança no relacionamento entre homens e mulheres, desdobrando-se novas construções e imaginários sociais (LEON, 2001). Pode ser compreendido como empatia, ou seja, poder ouvir seus pares e mostrar-se sensibilizada com a dor alheia (MENEGHEL et al., 2005). Na fala abaixo, pode-se observar que as participantes sentiam-se sensibilizadas e se colocavam no lugar do(a) outro(a):

“Então eu achei que o interessante do grupo é isso, é o contato que a gente tem com as pessoas, que as pessoas contaram, de coisa mesmo que acontece dentro de casa e conta. A gente não consegue ter essa ligação direta, não consegue perceber a dor, imaginar a dor de uma pessoa só de apenas ler uma coisa que você viu e passou. Então, o interessante no grupo foi isso, entendeu? Porque o que falou, a gente já sabia, eu, por exemplo, já tinha conhecimento desses relatos, a gente lê, mas o ao vivo e a cores é diferente, é emocionante” (Maria de Jesus).

As mulheres vítimas de violência vivenciam sentimentos ambíguos e contraditórios, tais como medo, raiva, indignação e surpresa quanto à reação agressiva do companheiro. Isso faz com que se sintam desorientadas, sem saber qual decisão tomar (LEITE; MOURA; PENNA, 2013). Assim, percebe-se a importância de uma rede social que as ampare e saiba orientá-las corretamente.

A violência contra a mulher resulta em sentimentos de temor e insegurança, ameaçando a liberdade e a integridade, não apenas das mulheres violentadas, como também de seus familiares e amigos (SOUZA e SOUZA et al., 2015). Diante disso, participação no grupo contribuiu para que estas mulheres assumissem o papel de agentes transformadoras no combate a esta epidemia.

“Vocês me ajudaram e eu posso ajudar outras pessoas, eu posso ser uma multiplicadora dentro da família. [...] primeiro você tem que acolher a sua família, através da sua família que você vai poder ajudar o próximo. Eu vou ser uma multiplicadora, porque essa barreira aí, a gente tem que tentar derrubá-la, e através de vocês que estão nos grupos, a gente vai conseguir derrubar essa barreira aí, é possível sim intervir, tudo é possível, não é? Depende da gente querer e ajudar” (Maria Esperança).

Estratégias como essa contribuem na formação de sujeitos capazes de decidir o rumo de sua própria vida, aprendendo a lidar melhor com os fatores estressantes e com as adversidades, refletindo em benefícios à saúde física e mental (GOMES; MERHY, 2011).

Empoderar as mulheres caracteriza-se como uma estratégia que possibilita mudar suas vidas e provocar mudanças nas estruturas sociais (MENEGHEL et al., 2003). De acordo com Paulo Freire (2007), a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir.

Nos relatos abaixo, é possível observar que a participação nos grupos promove o empoderamento das mulheres, que é de extrema relevância para romper o ciclo de violência. Ao se assumir como agente da mudança atribui a si a responsabilidade da ação transformadora:

“Mudou porque me orientou a ajudar as pessoas, a evitar esses tipos de violência, porque às vezes a gente não tem muita instrução e tudo, então o grupo orientou muito a gente através dos vídeos, como a gente pode orientar e ajudar as pessoas” (Maria Esperança).

“Mudou muito, agora eu tenho até condição de ajudar quem me procurar, né?! E até não precisa me procurar, eu tenho até uma experiência, uma condição de identificar uma pessoa assim. Hoje eu consigo instruir uma pessoa que precisa” (Maria Solidária).

Algumas mulheres apresentam dificuldade em identificar situações de violência. Normalmente, apresentam uma menor percepção para a violência psicológica e uma maior percepção para a violência do tipo física e sexual, ou seja, que deixa alguma marca visível no corpo (LEITE; MOURA; PENNA, 2013).

Durante os grupos, os assuntos abordados e as trocas de experiências contribuíram para que as participantes tivessem um melhor conhecimento da temática da violência contra a mulher. Esse conhecimento as empoderou de forma a se sentirem preparadas para identificar uma situação de violência e ajudar outras pessoas.

Destaca-se que o empoderamento das participantes do estudo não se limitou ao aspecto psicológico ou individual, mas se caracterizou também como um ato social. O empoderamento psicológico ou individual possibilita que os sujeitos tenham maior consciência sobre sua vida e consigam desenvolver estratégias de superação. Já o empoderamento social promove uma maior participação social, com o intuito de que o indivíduo tenha um maior controle sobre sua vida e esteja instrumentalizado para reivindicar seus direitos, refletindo na melhoria de sua qualidade de vida (CARVALHO; GASTALDO, 2008; DURAND; HEIDEMANN, 2013).

A EPS como instrumento para interrupção do ciclo da violência e promoção de uma cultura de paz

Esta categoria desvelou os benefícios da EPS para a construção do conhecimento, a reflexão e a conscientização sobre a temática de violência e, por conseguinte, as mudanças de atitudes. As mulheres se tornaram agente de transformação para o quadro de violência no seu cotidiano, das famílias e das comunidades. Evidenciou-se o papel dos grupos na promoção de uma cultura de paz e as mulheres tornaram-se disseminadoras dessa mensagem.

A participação no grupo operativo foi reconhecida pelas participantes como uma ferramenta para o conhecimento e para a

capacitação sobre a violência como fenômeno múltiplo e complexo, o que proporcionou confiança para ajudar a si mesmo e a outras pessoas. Além disso, tornaram-se agente de propagação desta mensagem para a família e a comunidade.

“Os tipos de violência eu descobri depois que eu participei. [...] o grupo trouxe muito esse conhecimento e como trouxe esse conhecimento!” (Maria Esperança).

“[...] depois do grupo eu já consigo até fazer uma abordagem (sobre violência), conversar, explicar, instruir a pessoa onde procurar” (Maria Solidária).

“[Os grupos operativos] ajudam muito porque primeiramente a gente não está livre também” (Maria Esperança).

“[...] o grupo nos ajuda e pra mim que lido muito com mulher é sempre um crescimento” (Maria do Rosário).

“Para poder na família em si, a gente está ajudando também, e não só aqui dentro, mas fora também, porque às vezes a gente tem colega, amigas também que acontecem essas coisas” (Maria da Piedade).

O conhecimento e a compreensão sobre o fenômeno da violência contra mulheres podem contribuir para o enfrentamento e a superação deste problema na sociedade (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015). O distanciamento quanto ao tema dificulta a integralidade no cuidado ofertado às mulheres em situação de violência. As políticas públicas devem valorizar os processos de formação, sensibilização e de novos referenciais acerca do

reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos (BATISTA; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2018). A implementação de uma política de educação é uma estratégia para romper com a situação de violência (TRIGUEIRO et al., 2018).

Verificou-se que os grupos de EPS têm o papel de discutir a temática sobre violência com a população em geral como forma de prevenir e combater a sua ocorrência. Por isso, deve-se evitar que os grupos sejam estruturados de forma restrita às mulheres que sofrem ou já sofreram algum tipo de violência, como pode ser percebido no depoimento abaixo:

“[...] não quer dizer que quem vai participar dos grupos não é só quem está sofrendo a agressão”
(Maria Auxiliadora).

O conhecimento científico é relevante para originar ferramentas de intervenção contra a violência, diante da sua magnitude social. O entendimento deste fenômeno pode contribuir para a implantação de estratégias de prevenção (CONCEIÇÃO et al., 2018).

As participantes relataram que, a partir da vivência dos grupos operativos, começaram a atuar no combate à violência, o que resultou em mudanças no seu cotidiano:

“[...] muita coisa mudou, que a gente até percebe uma coisa que estava acontecendo e nem sabia que era uma violência. Então, depois do grupo, até meu relacionamento com meu marido mudou. Já tive como conversar com ele, como exigir algumas coisas, como cobrar algumas coisas, que estavam

erradas e eu pensava que era normal, até comigo mesmo, por experiência própria” (Maria Solidária).

“Esses dias aconteceu comigo [...] tem um vizinho que o casal é usuário de droga. É uma confusão. Um bate no outro. [...] o que é que a gente pode fazer? Vamos ver primeiro qual a área de abrangência. Qual é o PSF [...] Vou pegar o endereço e vou passar, pra eles estarem fazendo uma visita. Uma avaliação, porque hoje tem profissionais que podem intervir” (Maria Auxiliadora).

“A minha menina mesmo, briga, briga, briga, e eu falei vai precisar brigar, de avançar um no outro pra poder terminar esse namoro? [...] a falta de respeito, o nível de conversa, o nível do tom de voz, né? [...] já é um bom sinal que isso não vai pra frente. Se vocês insistirem nisso, vão parar nos tapas. Aí, eu vou chamar a policia para vocês dois” (Maria de Jesus).

A capacitação sobre violência contra a mulher facilita o seu reconhecimento nas dinâmicas dos relacionamentos afetivos e conjugais (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015). Este aspecto possibilita a corresponsabilização de todos como atores sociais para o enfrentamento e a interrupção do ciclo da violência, ou seja, uma construção social e com abordagem multifatorial (HESLER et al., 2013).

Neste contexto, é preciso o envolvimento da comunidade na construção das redes formais e informais, articuladas para o enfrentamento da violência. É importante a constituição de redes interdisciplinares que se articulem em um processo permanente. As redes devem democratizar a informação, partilhar o poder e a

tomada de decisões e lutar pela garantia dos direitos da mulher e pela redução das desigualdades e assimetrias que afetam as mulheres (HESLER et al., 2013; NJAINE et al., 2007).

Nas entrevistas, percebeu-se que as mulheres consideraram necessária e positiva a sua participação na comunidade para construção de uma cultura de paz:

“Então a gente parar de alimentar essa violência [...] que a gente possa amar mais ao próximo. Cuidar mais uns dos outros, cultivar mesmo a paz”
(Maria Auxiliadora).

Os conflitos, oriundos de práticas culturais em que a violência é admitida e até mesmo estimulada, têm resultado em tragédias. A participação ativa da comunidade na resolução não violenta destes conflitos é essencial para promover a cultura de paz. Para construí-la, deve haver um processo de transformação de crenças, de valores, de comportamentos, de interações e de relações entre as pessoas. Reconhece-se que a implantação da cultura de paz é contínua e dinâmica, individual e coletiva, de modo que todos possam ser beneficiados (MOREIRA; BRANCO, 2016).

Reconhece-se que a cultura da paz não é falta dos conflitos, mas o esforço para solucioná-los. Para tanto, envolve valorizar a vida, respeitar as diferenças, renunciar à violência, ser generoso, ouvir para compreender e redescobrir a solidariedade.

O processo de educação para prevenção da violência e para o estabelecimento da cultura de paz demanda uma estruturação dos sistemas de saúde, uma vez que os modelos assistenciais ainda não incorporaram problemas complexos originados do cotidiano social e da vida dos indivíduos. São ações que contribuem para a visibilidade desse agravo como uma necessidade de saúde e assistência (HESLER et al., 2013).

A ESF, enquanto primeiro nível de atenção ao cuidado, possibilita a criação de vínculo com as mulheres e o trabalho com ações de prevenção e promoção à saúde. É um espaço privilegiado para as práticas de cuidado e estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher (HESLER et al., 2013).

Considerações finais

As falas permitiram a compreensão de que os grupos operativos proporcionaram benefícios para as participantes, tais como: melhor compreensão a respeito dos diversos tipos de violência contra a mulher e suas formas de enfrentamento; reconhecimento e ressignificação de situações vivenciadas por elas ou por outras mulheres em sua comunidade; sensação de estarem preparadas para orientar e acolher outras mulheres em situação de violência; e estímulo à formulação de estratégias de resistência e de enfrentamento à qualquer tipo de opressão.

A abordagem dialógica utilizada nos grupos proporcionou a troca de experiência entre as mulheres, estimulando o pensamento crítico e contribuindo para o “empoderamento”, tornando-as agentes da sua própria transformação, bem como agentes capazes de interromper o ciclo de violência. Portanto, tais mulheres transformaram-se em promotoras de uma cultura de paz.

A EPS com mulheres é uma importante ferramenta na garantia de sua autonomia, sendo necessário que os profissionais de saúde, principalmente aqueles inseridos na APS, favoreçam, estimulem e desenvolvam tais práticas.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T.S. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 389-402, 2016.
- AMARAL, M. C. S.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl. 2, p. 1547-1558, 2014.
- BATISTA, K. B. C.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n.8, e00140017, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília: MS, 2006.
- _____. **Lei 12.854, de 1 de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- _____. **Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

_____. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual:** perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: MS; 2011.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2018.** Rio de Janeiro: IPEA; FBSP, 2018.

CONCEIÇÃO, T. B. et al. Assimetria e simetria de gênero na violência por parceiro íntimo em pesquisas realizadas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3597-3607, 2018

CUNHA, V. B.; NASCIMENTO, P. D. Pensando a educação popular e participação social para mulheres em situação de violência doméstica em Teresina. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, Supl. 1, p. 734-750, 2015.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem das USP**, v. 47, n. 2, p. 288-295, 2013.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GADAMER, H. **Verdade e Método.** Petrópolis: Vozes, 1999.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 256-266, 2015.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica.** Porto Alegre: LPM, 1987.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.

- HESLER, L. Z. et al. Violência contra a mulher na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 180-186, 2013.
- HRW. Human Rights Watch. **World report – 2019 – events of 2018**. New York: HRW, 2019.
- LEITE, M. T. S.; FIGUEIREDO, M. F. S.; SOUZA e SOUZA, L. P. **Era uma vez... as Marias**. 1. ed. Montes Claros: UNIMONTES, 2014a.
- LEITE, M. T. S.; FIGUEIREDO, M. F. S.; SOUZA e SOUZA, L. P. **Violência doméstica: guia para grupos operativos com mulheres**. 1. ed. Montes Claros: UNIMONTES, 2014b.
- LEITE, F. M. C.; MOURA, M. A. V.; PENNA, L. H. G. Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. **Avances en enfermería**, v. XXXI, n. 2, p. 136-143, 2013.
- LEÓN, M. El empoderamiento de las mujeres: encuentro del primer y tercer mundos em los estudios de género. **La ventana**, v. 2, n. 13, p. 94-106, 2001.
- MENEZES, P. R. M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.
- MENEGHEL, S. N. et al . Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 955-963, 2003.
- MENEGHEL, S. N. et al. Cotidiano Ritualizado - grupos de mulheres no enfrentamento a violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 111-118, 2005.
- MILLER, E.; MCCAW, B. Intimate Partner Violence. **The New England Journal of Medicine**, n. 380, p. 850-857, 2019.
- MORAIS, M. O.; RODRIGUES, T. F. Empoderamento feminino como rompimento do ciclo de violência doméstica. **Revista de Ciências Humanas**, v. 15, n. 1, p. 89-103, 2018.
- MOREIRA , T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.
- MOREIRA, L. S.; BRANCO, A. M. C. U. A. Processo de socialização e promoção da Cultura de Paz na perspectiva de policiais militares **Estudos de Psicologia**, v. 33, n. 3, p. 553-563, 2016.
- NJAINÉ, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, supl, p. 1313-1322, 2007.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Genebra: WHO, 2012.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa – Violência contra as mulheres**. Brasília: OPAS, 2017.

_____. **Manual de avaliação de programas de prevenção de violência.**

Brasília: OPAS, 2010.

OSÓRIO, L. C. et al. **Grupoterapia hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Revista da SPAGESP*, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.

PÉCHEUX, M. **O Discurso: estrutura ou acontecimento.** 3. ed. Campinas: Pontes, 2002.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RICOUER, P. **Interpretações e Ideologias.** 4. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990.

ROSA, D. O. A. et al. Violence caused by an intimate partner in users of Primary Health Care: prevalence and associated factors. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe. 4, p. 67-80, 2018.

SOUZA e SOUZA, L. P. et al. “Café & prosa com as Marias”: avaliação das mulheres sobre grupos operativos no manejo da violência de gênero. *Revista de Educação Popular*, v. 16, n. 1, p. 92-103, 2017.

SOUZA e SOUZA, L. P. et al. “Em briga de marido e mulher, não se mete a colher?” Análise da violência baseado no gênero e o papel do setor saúde.

Electronic Journal Management and Health, v. 6, n. 1, p. 79-94, 2015.

SOUZA e SOUZA, L. P. et al. Violência de Gênero: o silêncio e enfrentamento vivido pelas mulheres à luz da Fenomenologia Social. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 10, n. 10, p. 3842-3850, 2016.

TRIGUEIRO, T. H. et al. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 27, n. 1, e6490015, 2018.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, M.; GRILO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. F.; CERVATO-MANCUSO, A. M.

Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 114, p. 949-962, 2017.

**Reflexões para pensar o
cuidado a partir do popular**

Epistemologias do Sul e Educação Popular: alguns diálogos a partir do pensamento de Frantz Fanon e Paulo Freire

João Vinícius dos Santos Dias¹

Introdução

O presente texto tem como objetivo pensar algumas das relações entre correntes de pensamento decolonial representadas pelas chamadas Epistemologias do Sul com a perspectiva da Educação Popular.

Para tanto serão tomadas como referências algumas das ideias e reflexões presentes no pensamento de Frantz Fanon, autor negro, psiquiatra, filósofo e ensaísta marxista nascido na Martinica, de ascendência francesa e africana e fortemente envolvido na luta pela independência da Argélia nos anos 50 e 60. Fanon, apesar de seu curto tempo de vida e da conseqüente pouca extensão de sua obra escrita, é considerado hoje um dos principais pensadores do século XX sobre o tema da descolonização.

¹ Psicólogo pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutorando em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) do CNPq.

Partiremos da premissa de que a sociedade ocidental, moderna e capitalista se organiza e se reproduz a partir do estabelecimento de linhas abissais as quais definem zonas de humanidade e sub-humanidade, de ser e de não ser. A partir disso, lançamos a hipótese de que o diálogo entre a perspectiva das Epistemologias do Sul expressas pelo pensamento de Fanon e o caráter emancipatório da Educação Popular, aqui debatida através de algumas das formulações de Paulo Freire, podem apontar importantes caminhos para além das linhas abissais e das relações de opressão construídas a partir do colonialismo.

As Epistemologias do Sul

As chamadas Epistemologias do Sul podem ser descritas como um corpo teórico-conceitual alternativo à pretensão de universalidade do pensamento eurocêntrico. Nessa perspectiva, o pensamento moderno ocidental é considerado um pensamento abissal, ou seja, um pensamento excludente em sua busca por hegemonia que acaba por suprimir outras versões epistemológicas que não a versão eurocêntrica que se tornou dominante através de violentos processos históricos de invasão e dominação de territórios, povos e culturas por meio da colonização. As Epistemologias do Sul buscam fundamentalmente empreender uma mudança paradigmática, tomando como referência os saberes, práticas e visões de mundo construídos a partir de diferentes

experiências dos sujeitos que foram e ainda são suprimidos no processo histórico de colonização na cultura ocidental (SANTOS, 2004).

O Sul, para além de delimitações territoriais e geográficas, é uma metáfora apontando para aqueles que estão além das linhas abissais, dos limites historicamente estabelecidos que dividem a realidade social hierarquicamente em dois lados: centro e periferia, colonizadores e colonizados, Norte e Sul, opressores e oprimidos e, em um nível mais radical, entre ser humano ou não ser. Para Grosfoguel (2011) as pessoas que estão acima dessas linhas tem sua humanidade reconhecida socialmente e, por conseguinte, acessam direitos humanos, civis, trabalhistas, etc. Já as pessoas que estão abaixo ou do outro lado das linhas abissais, tem a sua humanidade questionada ou mesmo negada, sendo cerceadas de direitos básicos à vida.

Uma das formas de negação da humanidade mais presente na sociedade contemporânea é o racismo, que, se por um lado tem efeitos materiais muito visíveis em países e povos que tiveram seu processo histórico marcado pela escravidão, por outro ainda tem seus efeitos sobre as subjetividades dos indivíduos e coletivos sociais pouco investigados. Um autor que nos auxilia na busca de compreensão dos efeitos do racismo e da colonização sobre as subjetividades é o martinicano Frantz Fanon.

Colonialismo, racismo e produção de subjetividades: a contribuição crítica de Fanon

Frantz Fanon, ao longo de sua trajetória pessoal, acadêmica e profissional, empreendeu estudos sobre as origens sociais do sofrimento psíquico, em particular dos efeitos da colonização e do racismo na subjetividade humana. O autor teve forte influência de correntes teóricas advindas do movimento negro, do marxismo, da psicanálise e do existencialismo. Importante destacar a relação entre suas construções epistemológicas e sua trajetória de vida, fortemente marcada pelo fato de ter nascido na Martinica, até hoje uma colônia francesa, e ter participado da luta pela independência da Argélia entre as décadas de 50 e 60 do século XX.

Para Fanon, o racismo não se limita às suas dimensões individuais ou intersubjetivas, mas permeia as diversas instâncias de sociabilidade. A partir dessa leitura, podemos entender o racismo como uma das fronteiras das linhas abissais perpetradas pelo colonialismo, como uma relação hierárquica de superioridade/inferioridade sobre a linha da humanidade. O sociólogo porto-riquenho Ramón Grosfoguel (2011) chama a atenção para o fato de que em muitos lugares do mundo a hierarquia étnico-racial de superioridade/inferioridade está marcada pela cor da pele, no entanto, há outras formas de marcação do racismo, como as práticas religiosas, as diferenças linguísticas e culturais.

Na perspectiva de Fanon (2008), em uma cultura com racismo, o racista é considerado normal. Isto reforça a dinâmica de objetificação que é uma marca da colonização. O Outro, aquele que na perspectiva colonizadora não é branco, europeu, homem cis, etc. é sempre objetificável. Sendo assim, o negro passa a ser associado à força física, a mulher à sexualidade, o índio à indolência, enquanto o branco assume uma categoria universal, de humano. A partir da perspectiva do autor, podemos afirmar que o branco cria o negro ao negar-lhe a humanidade, objetificando-o, já que o colonialismo retira do colonizado a possibilidade de se efetivar como sujeito universal. Em consequência disso, não apenas os preconceitos e atitudes isoladas, mas a política, a estética e a ética de uma sociedade racista estariam, portanto, impregnados de uma forma de conceber o negro – mas poderia ser também o árabe, o judeu, o indiano, etc. – simbolicamente destituídos de seus atributos humanos (FAUSTINO, 2018).

Para Fanon (1979), a superação das relações de objetificação naturalizadas pelo colonialismo só pode ocorrer a partir de processos de luta dos colonizados pela sua autodeterminação. Mais uma vez é importante destacar a influência da participação do autor na luta pela independência da Argélia e a associação entre a ideia de libertação e as lutas pela independência no continente africano e demais lutas populares de países que passaram por processos de invasão e colonização.

A possibilidade de superação das relações de opressão decorrentes do colonialismo apresentadas pelas Epistemologias do Sul e ressaltadas no pensamento de Fanon nos parecem dialogar com a perspectiva emancipatória e libertária da Educação Popular, discussão que faremos a seguir.

Possíveis diálogos entre as Epistemologias do Sul e a Educação Popular a partir do pensamento de Frantz Fanon e Paulo Freire

Educação Popular é um conceito polissêmico fruto de múltiplas concepções, experiências e disputas. No entanto, nos parece mais apropriada a conceituação da Educação Popular como uma concepção prático-teórica que articula diferentes saberes e práticas através do compromisso com o diálogo e com o protagonismo das classes populares nas transformações sociais.

A Educação Popular tem raízes em diferentes experiências históricas dentre elas o enfretamento do capital pelos operários e camponeses na Europa, as experiências socialistas do Leste Europeu, o marxismo, a teoria de Paulo Freire, a Teologia da Libertação e o novo sindicalismo. Na América Latina, se desenvolveu intimamente ligada às lutas anticolonialistas e pela preservação da memória e da cultura dos povos indígenas (PREISWERK, 2008). No Brasil, podemos situar formalmente a Educação Popular a partir do início do século XX através de

experiências de grupos de esquerda em fazer educação para a classe trabalhadora da cidade e do campo, na organização de escola para a classe operária a partir da chegada de grupos de imigrantes com ideologias anarquistas e com os movimentos pela democratização da educação a partir da década de 20.

A valorização dos múltiplos saberes existentes, para além das fronteiras e delimitações do saber científico ou acadêmico, constitui-se como um dos principais pilares da Educação Popular e um elemento fundamental de seu método é tomar como ponto de partida do processo educativo o saber forjado nos processos de vida e trabalho dos sujeitos populares.

Um autor fundamental para pensar a Educação Popular é o pernambucano Paulo Freire. Freire sistematizou uma pedagogia crítica a partir de exitosas experiências de alfabetização com sujeitos de classes historicamente oprimidas como camponeses, operários, etc. através da construção de uma prática educativa dialética com a realidade dos sujeitos, em contraposição ao que ele denominava de educação bancária, tecnicista e alienante. Para Freire (2005) a finalidade da educação é libertar-se da realidade opressiva e da injustiça.

A partir dos referenciais das Epistemologias do Sul, podemos afirmar que Paulo Freire propõe um processo de descolonização epistêmica em seu método educativo. Este processo implica o distanciamento dos referenciais eurocêntricos e

a aproximação com as práticas e saberes formulados nas lutas cotidianas dos diferentes povos que historicamente tiveram seus conhecimentos negados ou mesmo aniquilados. Nesse ponto, podemos identificar um diálogo entre os pensamentos de Freire e Fanon, o qual aponta para a construção de um novo lugar epistemológico, na medida em que, ambos propõem uma ruptura com a monocultura eurocêntrica valorizando os saberes até então considerados periféricos ou além das linhas abissais.

Faustino (2015) identifica como ponto de convergência entre os pensamentos de Freire e Fanon a crítica ao colonialismo que é, para os dois pensadores, um fenômeno violento que se dá a partir da negação da humanidade do colonizado. Assim, a luta contra a violência colonial não poderia se resumir a afirmações abstratas da humanidade do colonizado, mas se expressar através de força material de resistência. Essa reação anticolonial, por mais que seja violenta, não pode ser comparada à violência perpetrada pelo colonizador, uma vez que aponta para superação das relações de opressão e não para a sua manutenção.

A liberdade como fim revela a dimensão utópica presente nos pensamentos de Freire e Fanon, uma vez que a afirmação da necessidade de transformação das relações de desigualdade e opressão engendradas pelo colonialismo e presentes na sociedade moderna ocidental passam, necessariamente, pela transformação radical da própria sociedade. Nesse sentido, nos parece estratégico

e necessário o aprofundamento do diálogo entre os dois autores para a construção de uma práxis decolonial que aponte para a superação das opressões historicamente construídas a partir do colonialismo.

Referências Bibliográficas

- FANON, F. **Os Condenados da Terra**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- _____. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FAUSTINO, D. M. **Frantz Fanon: um revolucionário particularmente negro**. 1. ed. São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2018.
- _____. **“Por que Fanon? Por que agora?”: Frantz Fanon e os fanonismos no Brasil**. São Carlos: UFSCar, 2015.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- GROSFUGUEL, R. La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon y la sociología descolonial de Boaventura de Sousa Santos. *In: VIANELLO, A.; MAÑÉ, B. (Orgs.) Formas-Otras: Saber, nombrar, narrar, hacer*. Barcelona: Edicions CIDOB, 2011. p. 97-108.
- PREISWERK, M. Raíces y Plataformas de La Educación Popular. *In: Alejandro, M.; Romero, M. I.; Vidal, J. R. (Orgs.) ¿Qué es la educacional popular?*. La Habana: Editorial Caminos, 2008. p. 31-52.
- SANTOS, B.S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *In: SANTOS, B. D. S., MENESES, M. P. G. (Orgs.) Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina; CES/UC, 2014. p. 23-71.

Educação Popular em Saúde: espaço coletivo de luta

Marta Alves Santos¹
Mônica de Castro Maia Senna²

Introdução

Ações de educação em saúde possuem longa tradição no Brasil. Não há como não fazer referências às campanhas sanitárias e à conformação dos centros de saúde pública no início do século XX, embasadas teórica e ideologicamente nas concepções higienistas e eugênicas então hegemônicas. Disciplinamento dos corpos e controle sobre os comportamentos individuais e coletivos (FOUCAULT, 2002), exercidos prioritariamente – mas não de forma exclusiva – sobre os mais pobres, são traços marcantes dessas ações, em um contexto marcado pelas epidemias de febre amarela, varíola e peste que afetavam de forma negativa a principal atividade econômica do país à época, a exportação do café, bem como os investimentos no emergente processo de industrialização do país.

¹ Assistente Social da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Doutora em Política Social.

² Assistente Social. Doutora em Ciências - Saúde Pública. Professora Associada do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social e da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense.

Inflexões neste padrão disciplinador ganham força a partir dos anos 1960, acompanhando um movimento mais amplo da sociedade brasileira, em especial na educação, que propagava uma pedagogia mais crítica em relação à realidade social do país, com destaque para as ideias de Paulo Freire. A educação popular em saúde (EPS) não se mostra isolada desse contexto e desponta como uma crítica contundente às concepções e práticas educativas então vigentes, articulando intelectuais, profissionais de saúde, movimentos sociais e setores populares. Mais do que um método de ensino, a EPS aponta para um novo paradigma de educação na saúde, assentado em uma perspectiva dialógica alicerçada na perspectiva freiriana. Nessa direção, valoriza o conhecimento acumulado pelos diversos sujeitos envolvidos, apostando na interação e na troca entre o saber técnico e o saber popular como condição fundamental para ampliação da análise crítica da realidade por parte dos sujeitos produtores de sua própria história.

Este texto busca trazer elementos para o debate acerca da EPS como um dos espaços prioritários de intervenção dos profissionais na busca de fortalecimento do coletivo enquanto estratégia em defesa de uma saúde pública com qualidade como direito universal de cidadania. Entende-se que essa discussão adquire relevância ainda maior em um contexto adverso, marcado pelo avanço do individualismo e de práticas segregadoras e

discriminatórias como as que se têm assistido no país nos últimos anos.

Nesses termos, a partir de uma revisão bibliográfica sobre a temática de estudo e sob uma perspectiva histórica, o presente artigo objetiva contribuir para o debate acerca da educação popular no âmbito da saúde como espaço coletivo de luta frente aos desafios postos na atual conjuntura. Para tanto, inicia contextualizando a EPS em sua trajetória histórica, para, em seguida, abordar os principais modelos que nortearam a educação popular no Brasil. Posto isso, identifica os desafios que apontam a EPS como espaço democrático de resistência e luta.

Cabe aqui destacar que longe de examinar a EPS como uma sequência evolutiva, o presente texto parte da noção de que as concepções e práticas educativas em saúde são condicionadas por dimensões estruturais complexas, articulando-se às concepções e modo de organização da saúde e da educação em cada momento histórico.

Contextualizando a educação popular no Brasil e seus significados

A educação popular no Brasil inicia seu movimento nas décadas de 1950 e 1960, atrelada a um contexto de lutas sociais e resistências dos setores populares. Essa perspectiva ganha terreno na produção de conhecimento na educação a partir de experiências

que articulavam intelectuais e classes populares, principalmente durante a implementação da política desenvolvimentista³ no país no período, com a iniciativa de alfabetização de jovens e adultos nas zonas rurais.

É preciso demarcar que práticas educativas em saúde já possuíam uma larga trajetória nessa época, remontando pelo menos à segunda metade do século XIX, quando ganha corpo uma verdadeira cruzada em favor da europeização dos hábitos e costumes da elite brasileira, a fim de transformar o perfil sanitário da antiga família colonial (VASCONCELOS, 2001). Já em relação aos pobres, como bem situa esse autor, a preocupação sanitária só era despertada quando grassavam as epidemias.

Foi assim que, ao início do século XX, o Estado brasileiro começou a organizar as primeiras intervenções sistemáticas em educação em saúde para conter as epidemias de febre amarela, peste e varíola que se alastravam pelo país e prejudicavam a economia nacional. Foram estruturadas campanhas sanitárias, de inspiração militarista e com forte conteúdo repressivo de intervenção médica sobre os corpos individuais e sociais e que viriam a caracterizar o modelo hegemônico de saúde no Brasil até

³ Tratou-se de política nacional interessada na expansão do sistema capitalista e da modernização do meio rural. Segundo Ammann (1992), a política desenvolvimentista aponta o analfabetismo como um entrave para o progresso e aposta na educação de massas, principalmente nas áreas rurais, como instrumento de crescimento para o país.

meados desse século. O discurso da higiene pautava essas intervenções, baseadas em certo papel coercitivo-educativo do Estado, que, segundo Madel Luz (1982), buscava realizar uma adequação entre o aparato produtivo, a moralidade e os padrões de higiene das classes populares.

Mesmo a introdução da chamada educação sanitária de inspiração norte-americana a partir dos anos 1920, com a perspectiva de substituir o caráter repressivo das campanhas sanitárias por métodos persuasivos e de conscientização dos indivíduos e coletividades, não alterou de forma substancial o padrão vigente.

Logo após a Segunda Guerra Mundial, ocorre uma inflexão nos processos de educação em saúde no Brasil. Acompanhando uma tendência mundial e sob a influência da Organização Mundial de Saúde (OMS), são adotadas intervenções pautadas no desenvolvimento comunitário (AMANN, 1992), como forma de mobilizar as “populações carentes” contra a miséria por meio da promoção de mudanças culturais e em seus comportamentos. Nesse contexto, é atribuído um novo papel para a educação em saúde, que passa a ser denominada de educação para a saúde (FALKENBERG et al., 2014).

Uma das principais inovações do período foi a incorporação da participação popular, entendida como estratégia para mobilizar a população a fim de que a mesma atuasse em

determinas áreas geográficas do país, porém de forma voluntária, como força de trabalho gratuita na construção de postos de saúde e saneamento básico. Pode-se dizer que tal perspectiva pautou-se predominantemente por uma ideologia modernizadora (AMMANN, 1992), com o intuito de remover obstáculos de natureza cultural e psicossocial ao desenvolvimento econômico do país na chamada era desenvolvimentista. Cabe destacar, porém, que de forma contrária, o período também assiste ao surgimento de iniciativas que buscavam romper com as tradicionais formas de educar, oriundas de uma tendência de educação voltada exclusivamente para as elites e, desse modo, estabelecer um novo processo de ensino-aprendizagem. Um educar não apenas restrito a saber ler e escrever, mas voltado ao estímulo a um olhar crítico para a realidade e que, conseqüentemente, viabilizasse o fortalecimento da autonomia dos sujeitos na perspectiva da ampliação da participação das classes populares (BRASIL, 2012).

Essas iniciativas estão articuladas a movimentos sociais tais como o Movimento Nacional de Educação Popular, protagonizado por Paulo Freire na década de 1960, cuja visão de educação ultrapassa a perspectiva instrumental de uma ferramenta para a transmissão de conhecimentos e reprodução das relações de poder instituídas. Ao contrário, para Freire (1987), a educação configura uma ação capaz de libertação e emancipação das pessoas.

Esse movimento exerceu forte influência no campo de práticas de educação em saúde, ao incorporar a participação e o saber populares em processos educativos mais democráticos. Trata-se, portanto, de uma concepção diferenciada de educação em saúde em relação à hegemônica, consistindo em uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde da população, de modo a fortalecer os movimentos sociais e criar vínculos entre os saberes médico e popular (VASCONCELOS, 2001).

O Golpe Militar de 1964 retardou esse processo, lançando o país a duas décadas de autoritarismo e regime de exceção, com fechamento dos principais canais e instituições de participação social. No âmbito da política de saúde, o período foi marcado por contradições associadas à montagem do sistema nacional e expansão dos serviços de saúde, com forte participação do setor privado e fortalecimento do modelo médico hospitalocêntrico. Nesse contexto, o campo da educação em saúde tornou-se praticamente inexpressivo, muito em função da limitação dos espaços institucionais para sua realização (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Em contrapartida, esse mesmo contexto fomentou o surgimento e articulação de movimentos de resistência ao longo da década de 1970, reunindo movimentos sociais, intelectuais e profissionais de diversas áreas em oposição à Ditadura Militar e em defesa da redemocratização do país. As propostas pedagógicas de

Paulo Freire foram então retomadas, sobretudo diante da insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços e práticas existentes, havendo a aproximação desses com a população das periferias dos grandes centros urbanos e dos movimentos sociais de base local. Estavam lançadas, assim, as bases para o movimento da EPS (VASCONCELOS, 2001).

Ao longo dos anos 1970, a educação popular se aprimora e, na década de 1980 com o contexto de transição democrática do país, se amplia como espaço de resistência e luta, ao mesmo tempo em que passa a ser incorporada a atividades desenvolvidas em determinadas políticas e instituições, como nos serviços de saúde. Vale dizer que é nesse contexto que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira fortalece as bases institucionais para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de sua inscrição no texto constitucional de 1988:

Assim, a Educação Popular é compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, ideias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação (BRASIL, 2012, p. 8).

Stotz, David e Wong-Un (2005) tecem importantes críticas ao reducionismo imposto no processo de construção do SUS à EPS. Na avaliação dos autores, as tentativas de avançar a reforma setorial acabaram priorizando aspectos relativos à gestão e ao financiamento do sistema, imprimindo-lhe uma lógica restrita à oferta de serviços de saúde, o que contribuiu para reafirmar as concepções biomédicas do processo saúde-doença. Esse quadro se agravou ainda mais nos anos 1990, marcados pelo avanço do ideário neoliberal.

Contudo, é nesse contexto que emerge o movimento de EPS, com uma crítica contundente às concepções e práticas de saúde então estabelecidas e em defesa de um sistema de saúde mais democrático e adequado às necessidades de saúde da população. A EPS começou a se estruturar enquanto movimento social organizado com a criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), no ano de 1991, durante o 1º Encontro Nacional de EPS, realizado na cidade de São Paulo. Em 1998, a ANEPS passou a se chamar Rede de Educação Popular e Saúde, congregando profissionais de saúde, pesquisadores e movimentos sociais (STOTZ; DAVID; WONG-UN, 2005).

Apesar de suas diferenças internas e dos conflitos existentes, essa rede partilha do esforço de trazer para o campo da saúde as contribuições de Paulo Freire particularmente no que

tange à construção de “uma pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população” (STOTZ; DAVID; WONG-UN, 2005, p. 5). Ao mesmo tempo, a rede tem contribuído para avanços importantes na conquista da EPS no âmbito da política de saúde, notadamente a partir dos anos 2000.

EPS e modelos educativos em disputa

Segundo Brandão (1981), não existe uma única forma de educar, portanto, não existe um modelo predominante e homogêneo de conhecer, na medida em que não existe uma única forma de cultura nem um único contexto. O autor afirma que educação é uma fração da forma de vida dos segmentos sociais que são criadas e recriadas mediante o dinamismo da própria cultura.

Essa concepção vai de encontro ao modelo tradicional de educar, o qual inscreve a educação apenas como um ato de depositar. O educador é o depositante e os educandos, os depositários. A educação dinamiza-se por uma concepção bancária que torna o saber como uma doação dos que se julgam sábios e modelam o comportamento dos que nada sabem:

O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca (FREIRE, 1997, p. 81).

Nesses termos, o modelo tradicional caracteriza-se pelo predomínio de uma concepção de educação bancária, nos termos de Freire, em que a função do educador é depositar conteúdos aos educandos. A educação torna-se verticalizada e o educador disciplina, prescreve sua opção, dita e escolhe o conteúdo programático. Enfim, o educador é sujeito do processo e os educandos, meros objetos que se submetem a ele.

Por muitos anos, a educação construiu sua história nesse referido molde tradicional. Os educandos são considerados carentes de informação e a eles são prescritos hábitos e comportamentos ditos como certos. São ditadas normas e regras de como agir em qualquer área da vida. Tal fato procede com a memorização do conteúdo imposto pelo educador.

Normas e regras ditadas são atravessadas por uma relação de poder. Tomando por referência o trabalho de Foucault (2002), entende-se que o poder está em toda parte, pois ele não existe sozinho em si. O poder funciona e materializa-se através das práticas e relações sociais. Há certa funcionalidade do poder que não está alocado em determinado lugar, mas perpassa por todos os lugares, pelas relações que se estabelecem na sociedade.

O modelo tradicional de educar expressa o poder como ato de disciplinar, pois, como apontado por Foucault (2002), o poder produz saber, na medida em que nesse processo há o sujeito que conhece e outro que recebe as informações e necessita adquirir

conhecimento. Há, portanto, um processo de disciplinamento. O modelo tradicional que dita normas e disciplina ao outro segue essa linha de pensamento alicerçado na disciplina. Torna-se visível o controle do corpo do outro que se dinamiza pelas técnicas de poder que são concebidas como disciplina.

Segundo Danner (2010), disciplinas são estratégias, mecanismos ou técnicas de poder que conseguem manipular o corpo do outro, impondo uma relação de docilidade e utilidade. A disciplina utilizada na educação tradicional segue essa postura a partir do momento que estrategicamente dita normas e condutas que o outro deve seguir. As normas e disciplinas manipulam o corpo dos indivíduos, como também seus gestos e comportamentos. Isto é, configura uma relação de adestramento do outro.

Essa forma de educar cria educandos submissos e dóceis em termos de aceitação do que é dito e de obediência. O indivíduo não é sujeito de ação, é um depósito “bancário” de informação para Freire (1997) ou um produto de disciplina para Foucault (2002). Pelo poder, o indivíduo é disciplinado.

O poder de regulamentar e controlar a vida passa por normas como mecanismos contínuos de correção e regulamentação. Dita-se, portanto, uma sociedade normalizadora que segue regras. A norma é para ser cumprida pelo indivíduo e, assim, a população torna-se disciplinada e regulamentada. Pela

sociedade perpassam normas, regras de disciplinas que precisam ser regulamentadas para adestramento da humanidade.

Outra característica desse modelo de educação é desconsiderar a realidade dos educandos, pois os moldes de comportamentos são ditados a partir da realidade de quem educa. Não há, portanto, uma reflexão sobre a realidade vivenciada pelos educandos. Segundo Figueiredo (2009), os educandos agem de acordo com as crenças e valores dos educadores e o processo educativo torna-se uma prática esvaziada em si.

Os profissionais que trabalham com atividades socioeducativas e adotam esse modelo são narradores que conduzem os educandos a seguirem as normas e disciplinas expressas no conteúdo transmitido narrado. E, quanto mais conteúdo é repassado, mais dóceis se esperam que sejam os educandos ao receberem as informações. Como consequência, esses educandos são considerados os melhores. A educação é o ato de depositar e os educandos são meros depositários que recebem informações, normas e condutas a seguir, sem desenvolver uma reflexão sobre esse processo.

Não há uma educação, mas sim comunicados, e os educandos memorizam as informações narradas. Não existe reflexão crítica, mas sim um arquivamento por parte dos educandos das informações recebidas. Como já mencionado, há uma educação bancária e a produção crítica e mais ampla de novos

conhecimentos são negadas no campo sociopolítico e cultural dos educandos.

Vimos que o poder está em toda parte e provém de todos os lugares. Isto significa que ninguém está isento dos impactos do poder e das correlações de força que existem, pois, como ressalta Foucault (2002), onde há poder, há também possibilidade de resistência. Nesse sentido, a resistência e as possibilidades do surgimento de ideias alternativas fazem parte das relações de poder: sempre surgem confrontos ao modelo posto como “certo” e “normal”. Relações de poder implicam, portanto, em lutas, enfrentamentos, disputas, tensões, correlações de forças e construção de alternativas.

Conforme mencionado, algumas transformações começam a ser visualizadas no campo educativo a partir dos anos 1960 no Brasil como resistência ao modelo de educação tradicional. Alves (2005) destaca a emergência de outro modelo de educação: o modelo dialógico que, como o próprio nome sugere, assenta-se no diálogo como fundamento teórico-metodológico. Esse modelo valoriza o saber dos usuários e supõe uma relação horizontalizada, em que os diferentes saberes se relacionam na construção de um processo crítico e reflexivo. Os usuários não são meros recipientes de informações, pois seu saber e o contexto em que vivem devem ser considerados no processo educativo, o que implica na participação ativa e dialógica entre educadores e educandos.

Segundo Figueiredo (2009), o educador não apenas educa, mas também é educado no processo dialógico com o educando. São todos sujeitos da dinâmica educacional e crescem simultaneamente, o que descarta qualquer argumento autoritário de imposição. Esse modelo inscreve, portanto, o diálogo como eixo fundante do processo de educar. Todos são portadores de saberes, são sujeitos e estão aptos a conduzir a dinâmica educativa. Mesmo em papéis diferenciados, atuam como iguais:

Os educandos devem ser vistos como agentes/coprodutores de um processo educativo. Possui uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação, tendo o educador problematizador, o papel de proporcionar, com os educandos, as condições em que se dê a superação do conhecimento (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE 2010, p. 119).

A partir do momento em que o educando torna-se sujeito de sua própria história, ele é responsável também pela construção de novos posicionamentos no processo educativo. Portanto, tende a estabelecer interlocução e uma visão crítica da realidade, das demandas na sua vida social, fortalecendo as condições de possíveis estratégias de transformação.

Inspirada nas referências teórico-metodológicas da obra de Paulo Freire, a educação popular se alicerça na ampliação dos espaços de interação entre os diversos saberes dos sujeitos envolvidos na construção compartilhada de conhecimento, a fim

de trilhar caminhos que busquem estratégias que superem o que incomoda nesse processo, como as formas tradicionais de educar que focam o viés individualizante. (VASCONCELOS, 2013). Para esse autor, a educação popular não busca criar sujeitos subalternos polidos, limpos. Seu propósito é estimular a participação para a organização do trabalho político que abre os caminhos para as conquistas dos direitos sociais de cidadania:

A educação popular é modo de participação de ativistas sociais nesse trabalho político. Ela busca trabalhar, pedagogicamente, o homem e o grupo envolvidos no processo de participação popular, para fomentar formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade crítica de análise sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social (p. 29).

A matéria prima da educação popular é o conhecimento prévio da realidade das classes populares. O modelo de educação dialógica não descarta as experiências vivenciadas que as pessoas vão adquirindo em meio ao seu entendimento sobre sua inserção na sociedade, como o faz o modelo tradicional. Ao contrário, o saber popular é ressaltado e valorizado e o educando sente-se mais à vontade para tomar iniciativa como sujeito do processo de ensino-aprendizagem.

O conteúdo discutido não passa pelo viés vertical como no modelo tradicional. Não se trata de mera transmissão de

conhecimentos, mas da produção do conhecimento crítico e da ampliação dos espaços participativos que envolvem os diversos atores no ato de educar:

Educação popular é, portanto, o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar, agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, na justiça e participação de todos (VASCONCELOS, 2013, p. 30).

Nesse sentido, entre os objetivos da EPS destacam-se o de apurar, organizar e aprofundar o pensar e o agir dos diversos sujeitos subalternizados em meio à sociedade desigual e excludente em que vivem. O pensar e o agir a partir de uma visão crítica tornam-se eixos fundantes na construção de uma sociedade solidária e justa. Segundo Vasconcelos (2013), a Educação Popular contribui para viabilizar a formação de pessoas mais críticas e dispostas a superar a sua condição econômica, cultural, social e política.

E para formar pessoas críticas que redesenham as relações sociais existentes, a educação popular inscreve um novo modelo de operacionalização para as ações educativas. Não é coerente impor conteúdos, objetivos, regras de comportamentos e atitudes vistas como as corretas, mas também não é a veneração da cultura popular. Há, portanto, a troca, o intercâmbio das experiências e da participação, e, nessa dinâmica, o diálogo torna-se fundamental:

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas nas palavras, no trabalho, na ação-reflexão. Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isso, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição com o qual rouba as palavras aos demais (FREIRE, 1997, p. 109).

Sob esse prisma, o diálogo não é estratégia de convencimento, de imposição de regras e condutas, mas a construção de novas propostas de conhecimento, de alternativas que respeitam os diversos saberes, culturas e condições de vida e econômicas das pessoas envolvidas nesse processo de ensino aprendizagem. Este, por sua vez, fortalece a autonomia dos sujeitos que tendem a tornar-se mais seguros na condução e nas tomadas de decisão sobre seu próprio contexto.

As atividades educativas que asseguram o método dialógico no coletivo são ricas em troca de saberes e experiências entre os sujeitos envolvidos no processo. Além de serem espaços de debate e produção de conhecimento, essas atividades permitem uma dinâmica mais proveitosa do reconhecimento e reflexão em torno das demandas emergentes.

Nos espaços coletivos de debate, as dimensões sociais presentes nos problemas pessoais de saúde são mais facilmente explicitadas e aprofundadas. As reflexões que daí surgem podem ser difundidas através de pequenos meios de comunicação (boletins, folhetos, rádios comunitários, vídeos, apresentações teatrais e murais), ajudando a

provocar discussões em outros públicos (VASCONCELOS, 2013, p. 117).

O debate produzido nos espaços coletivos não tem um fim em si mesmo, pois dá continuidade e repercute em outras dimensões da vida social, desencadeando a produção de uma cultura organizativa, participativa e cidadã junto aos usuários dos serviços. Para tanto, os profissionais participam desse processo não como aqueles que educam, mas como sujeitos que, ao educarem, estão sendo educados também.

A educação popular investe, portanto, no diálogo e na educação como estratégias potencializadoras de transformação. Resgata, também, o afeto, o respeito e as emoções e repudia qualquer comportamento autoritário e desumanizante.

EPS: espaço democrático de luta

A EPS abrange a integralidade do sujeito social, de forma mais precisa e ampliada, pois as abordagens em diversas dimensões recaem para além dos problemas pessoais. Em vez de um olhar fragmentado dos sujeitos sociais, a EPS abarca dimensões políticas, culturais, econômicas, locais e societárias. Torna-se, nesse sentido, um instrumento de promoção voltado para a formação da cidadania ativa. Para tanto, o cotidiano em saúde necessita ser trabalhado e desvelado em suas variadas dimensões no caminho da construção da democracia, da justiça, da superação das múltiplas

expressões da desigualdade social e da solidariedade. No entanto, seguir esses rumos significa encarar desafios constantes do dia a dia profissional, principalmente no âmbito do SUS.

Os princípios da participação da comunidade, da integralidade e da descentralização embutidos no sistema público de saúde brasileiro podem ser reforçados pela EPS. É no cotidiano das práticas educativas em saúde que se pode superar o autoritarismo do modelo biomédico, pautado na hipervalorização do saber técnico e da submissão dos usuários em favor da democracia e da ampliação do acesso dos serviços de saúde.

A defesa de práticas humanizadas no âmbito do SUS também pode ser favorecida pela EPS, por meio da valorização de formas participativas de relação entre os profissionais, os usuários e os serviços oferecidos. Para tanto, há também uma exigência de desencadeamento de ações políticas que incentivem e estimulem os municípios na formulação e na implementação de espaços coletivos de troca de experiências, diálogo e participação dos sujeitos envolvidos nos processos educativos. A EPS no SUS busca, portanto, não apenas reverter o quadro de saúde da população envolvida, como também fortalecer e intensificar a participação, o que viabiliza a democratização das políticas públicas e da promoção da saúde.

Destaque nesse sentido pode ser dado à construção da Política Nacional de EPS (PNEPS), institucionalizada em 2013

(BRASIL, 2013). Essa política é fruto de um amplo e longo processo que mobilizou distintos segmentos sociais que, desde os anos 1980, se articulavam em torno da luta pela saúde pública e de qualidade enquanto direito de cidadania. Ainda que marcados por concepções muito díspares, como o cristianismo, o humanismo e o socialismo (STOTZ; DAVID; WONG-UN, 2005), esses segmentos convergiam seus interesses no sentido de fortalecer a participação popular centrada no diálogo e na problematização do cotidiano, com vistas a fomentar a ação comum entre profissionais e usuários.

Um dos ganhos dessa política foi, sem dúvida, a busca de efetivação da EPS no âmbito do SUS, contribuindo com a gestão democrática e participativa e com a formação de novas práticas educativas no campo sanitário.

Para além de contribuir para uma consciência sanitária, capaz de compreender, refletir e atuar sobre a realidade social que determina as condições de saúde, a educação popular sustenta-se em um eixo ético-político que considera os interesses da classe trabalhadora e radicaliza um viés democratizante, sobretudo por meio da participação popular.

Um balanço da literatura sobre EPS realizado por Gomes e Merhy (2011) aponta para a riqueza da diversidade de práticas de educação em saúde que vêm sendo desenvolvidas no âmbito do SUS em nível nacional. Essas práticas tendem a viabilizar o

fortalecimento do coletivo, por meio de relações dialógicas e reflexivas entre os sujeitos sociais envolvidos no processo saúde-doença.

Esses autores reconhecem, por outro lado, que abraçar os rumos de uma EPS significa também encarar desafios presentes no cotidiano da prática profissional. A ausência de uma política de formação de recursos humanos na lógica da EPS, a precarização dos vínculos empregatícios e das condições de trabalho a que são submetidos os profissionais de saúde e a persistência das gigantescas desigualdades sociais no país são alguns dos desafios elencados.

Considerações Finais

O SUS operacionaliza-se por princípios básicos como a universalização do acesso, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação social que introduz o controle social como instrumento básico na formulação e na execução da política de saúde. É nesse contexto que práticas pedagógicas de educação em saúde com transmissão verticalizada passam a ser fortemente questionadas e novas formas de organização de ações educativas com aproximação maior entre o saber popular e o acadêmico adquirem visibilidade. O movimento de EPS no Brasil contribuiu para a construção e fortalecimento do SUS, ao mesmo

tempo em que recebe do mesmo respaldo dos seus princípios e diretrizes como a integralidade e participação social.

Nessa direção, a EPS pode propiciar novos horizontes para profissionais e usuários do SUS, o que requer rever algumas considerações no âmbito sanitário e buscar fortalecer traços democráticos que estimulem a participação dos usuários a partir da problematização das demandas que permeiam a saúde.

No entanto, trilhar esses rumos significa superar desafios postos pela atual conjuntura. Desafios que atingem as políticas públicas como um todo, não deixando a saúde isenta desse processo. Faz necessário apostar no coletivo nas formas de intervenção, nas estratégias de fortalecimento da mobilização e na participação dos usuários onde os grupos educativos podem ser mecanismos desse processo de ensino-aprendizagem.

Referências Bibliográficas

- ALVES, V. S. Um modelo de atenção em saúde para a Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Educação e Saúde**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- AMMANN, S. B. **Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- BRANDÃO, C. R. **O que é Educação?** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**. Brasília: MS, 2012.
- DANNER, F. O sentido da biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos**, n. 4, p. 143-157, 2010.

- FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.
- FIGUEIREDO, D. A. História da educação popular. Uma leitura crítica. *In*: ASSUNÇÃO, R. (Org.). **Educação Popular na Perspectiva Freiriana**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009. p. 55-74.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F. R.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de Educação em Saúde **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. de R. Ramallete. Petrópolis: Vozes, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.
- LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982
- STOTZ, E.; DAVID, H. L.; WONG-UN, J. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com bases em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa. Ed. Universitária de UFJP, 2013.
- _____. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. *In*: VASCONCELOS, E. M.; PRADO, E. V. (Orgs.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 73-99.

SOBRE O GRUPO TEMÁTICO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

O Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT EdPopSaúde/Abrasco) nasceu durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Salvador, nos dias 28 e 29 de agosto de 2000, a partir da Oficina da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP), com participantes da Rede e outros profissionais de serviços e da área acadêmica envolvidos com o tema.

Este grupo consiste em uma comunidade de trabalho constituída por professores/as, pesquisadores/as, protagonistas de movimentos sociais e trabalhadores/as da saúde, dedicados/as e inseridos/as cotidianamente em distintas iniciativas nos vários campos de atuação na saúde, como: estudos, pesquisas, ações sociais, trabalhos educativos, processos formativos e comitês e órgãos colegiados.

A EPS significa, para os/as que fazem o GT, uma concepção orientadora do agir em saúde que perfaz, em essência, uma epistemologia orientadora da pesquisa e da produção do

conhecimento na área, além de ser um referencial ético, teórico e metodológico para o trabalho em saúde e para a ação de movimentos e práticas sociais na área. Seu arcabouço teórico envolve o entendimento da produção do conhecimento como um processo que deve ter como ponto de partida a realidade social dos sujeitos em seus contextos, mediatizado pelo trabalho criativo, criador, problematizador e crítico, empenhado na transformação dos problemas e agentes impeditivos da emancipação humana presentes nesta realidade.

As produções teórico-práticas do GT buscam a construção de um diálogo autêntico, transformador, amoroso, crítico e emancipador com os protagonistas da realidade social, em especial dos grupos populares que estejam vivenciando situações concretas de opressão, exclusão, preconceito, marginalização e subalternidade. Neste sentido, são os atores sociais populares, tanto quanto os/as cientistas e pesquisadores/as, os/as protagonistas do processo de compreensão da realidade: suas vozes, saberes, fazeres, interesses e posições precisam estar contemplados ampla e horizontalmente nos processos de produção de conhecimentos e de ação social na realidade e nos serviços de saúde.

Página do GT EdPopSaúde/Abrasco:

<https://www.abrasco.org.br/site/gteducacaopopularesaude/>

BIOGRAFIAS DOS ORGANIZADORES

CÉSAR AUGUSTO PARO

Educador Popular em Saúde. Fonaudiólogo pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Possui residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ e residências artísticas em Arte e Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e em Teatro do Oprimido pelo Centro de Teatro do Oprimido - CTO. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e em Gestão de Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Mestre em Saúde Coletiva pela UERJ. Atualmente, realiza doutorado em Saúde Coletiva pela UFRJ, com período sanduíche na Universidade de Copenhagen (2019-2020), financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. No campo profissional, vem atuando como consultor em direitos humanos e educação popular em saúde junto a movimentos sociais. Integra o GT EdPopSaúde/Abrasco, o Grupo de Estudos em Teatro do Oprimido (GESTO), a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde do Rio de Janeiro (ANEPS-RJ) e o Laboratório Interdisciplinar de Direitos Humanos e Saúde da UFRJ. No âmbito universitário, tem atuado na docência, em projetos de extensão e em pesquisas nas seguintes temáticas: educação popular em saúde, educação na saúde, promoção da saúde, cuidado em saúde, integralidade em saúde e práticas artísticas em saúde.

Contato eletrônico: cesaraugustoparo@iesc.ufrj.br

Currículo na Plataforma Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/3341376007552305>

MARCOS AURÉLIO MATOS LEMÕES

Educador Popular em Saúde. Enfermeiro pela Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Mestre e Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel. Atualmente, realiza Pós-Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo Programa Nacional de Pós Doutorado - PNPd. Pesquisador do Grupo Processo Saúde-Doença/FURG; Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces - NUCCRIN/UFPel; Laboratório Multidisciplinar em Práticas Integrativas e Complementares em saúde da Universidade Federal de Santa Maria - LAPICS/UFSM; e Laboratório de Pesquisa em Saúde e Enfermagem no Cuidado às Pessoas em Condições Agudas e Crônicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - LAPAC/UFRN. Foi bolsista do Projeto Vivências em Educação Popular (VEPOP) Extremo Sul, do Ministério da Saúde, no Município do Rio Grande/RS; coordenador local do Projeto Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS - Extremo Sul), articulado pela Rede Unida, no Município de Pelotas/RS. Integra o GT EdPopSaúde/Abrasco e Coletivo Povaréu Sul – um dos efeitos deste coletivo é a realização das Tendas de Afeto Popular na região Extremo Sul do Rio Grande do Sul, Brasil, que recebeu o Prêmio Víctor Valla de Educação Popular e Saúde do Ministério da Saúde em 2016. Desenvolve pesquisas e intervenções nas seguintes temáticas: Saúde Coletiva, Educação Popular em Saúde, Saúde do Idoso e Gestão e Paradiplomacia em Saúde em regiões de fronteira.

Contato eletrônico: enf.lemoes@gmail.com

Currículo na Plataforma Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/0062229055079018>

RENATA PEKELMAN

Educadora Popular em Saúde. Médica pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel. Residência em Medicina Geral Comunitária/Titulada em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Especialista em Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde e em Formação Integral Multiprofissional em Educação e Ensino na Saúde, ambas pela UFRGS. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Narrativas em Saúde do GHC. Atua como Médica de Família e Comunidade no Serviço de Saúde Comunitária do GHC e facilitadora pedagógica das residências de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do GHC. Docente da graduação em Medicina na Escola de Saúde da Universidade do Vale dos Sinos - UNISINOS e Coordenadora do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da UNISINOS. Integra o Núcleo de Coordenação do GT EdPopSaúde/Abrasco, no qual participa desde sua criação. Desenvolve estudos e intervenções nas seguintes temáticas: Saúde Coletiva, Educação Popular em Saúde, participação popular, práticas em atenção primária em saúde e em narrativas em saúde.

Contato eletrônico: renatapek@gmail.com

Currículo na Plataforma Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/4064092473895685>

BIOGRAFIAS DOS PARECERISTAS

ANANYR PORTO FAJARDO

Odontóloga, escritora e tradutora. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Docente permanente do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do GHC. Compõe o Grupo de Pesquisa Narrativas em Saúde do GHC. Autora, coautora e tradutora no campo da saúde coletiva.

BÁRBARA SANTOS BERNARDINO DA SILVA

Psicóloga com especialização em Psicologia no Âmbito da Saúde Mental com Ênfase na Atenção e no Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas e Serviços pela Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE).

CARLA PONTES DE ALBUQUERQUE

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Bacharelado em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutorado em Saúde Coletiva pela UERJ. Docente Associada da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Integra a Comissão Estadual de Direitos Indígenas do RJ; o GT EdPopSaúde/Abrasco; o Coletivo/Linha de Pesquisa de Micropolítica do Trabalho e Cuidado na Saúde; e o Laboratório Ítalo Brasileiro de Saúde Coletiva.

CASSIANA RODRIGUES ALVES SILVA

Cientista social. Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de São Carlos. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atuou como docente e orientadora de aprendizagem no Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde promovido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

CLARA FLAUXI MARTINS DA SILVA

Psicóloga. Mestranda em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Funcionária pública da Prefeitura do Recife na função de Gerente Clínica do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Livremente. Pesquisadora do Laboratório em Gestão do Esporte e Políticas Públicas e do Grupo de Estudos em Pesquisas Autobiográficas, Racismo e Antirracismos na Educação, ambos da UFPE.

CLEDSON REIS DOS SANTOS

Psicólogo. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Consultor Especialista em Gestão de Projetos Sociais. Membro da Coordenação Nacional do MAC (Movimento de Adolescentes e Crianças). Articulador Estadual da ANEPS-PE (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde).

DENNIS SOARES

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Aperfeiçoamento em Saúde Pública pela Faculdade Método de São Paulo (FAMESP). Pós-graduando em Educação e Tecnologias pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde e Trabalho pela Universidade de São Paulo (USP). Professor de Fisioterapia e Saúde Coletiva.

ERNANDE VALENTIN DO PRADO

Enfermeiro. Mestre em Educação pela Universidade Federal da Paraíba. Membro da Coordenação Colegiada do Apoio Institucional do Estado da Paraíba (CEFOR-RH/PB). Membro da Rede de Educação Popular em Saúde e do Coletivo Rua Balsa das 10 - Literatura e Saúde.

EVELIN GOMES ESPERANDIO

Médica de Família e Comunidade. Mestre em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Médica da Clínica da Família Estivadores, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Militante do Movimento Classista em Defesa da Saúde do Povo e do Movimento de Usuárias e Usuários da Saúde de São Cristóvão. Professora convidada no Programa de Iniciação Científica em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

EVELYN SIQUEIRA DA SILVA

Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora Assistente do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e Vice-Coordenadora do Programa de Residência de Médica de Família e Comunidade da UFRB. Pesquisadora do Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho da Fiocruz e do Laboratório de Sensibilidade e do Grupo Saúde do Campo da UFRB.

FLAVIANO PALMEIRA DOS SANTOS

Terapeuta Ocupacional. Sanitarista pela Secretaria de Saúde do Recife (SESAU). Especialista em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco (UPE). Especialista em Museus, Identidades e Comunidades pela Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ). Atualmente, trabalha no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica em Recife/PE e é mestrando do Programa de Engenharia Biomédica da Universidade Federal de Pernambuco.

GRASIELE NESPOLI

Psicóloga. Doutora em Educação em Ciências e Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora em Saúde Pública do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Integra o GT EdPopSaúde/Abrasco.

HARINEIDE MADEIRA MACEDO

Servidora pública federal da Universidade de Brasília. Pedagoga. Pesquisadora e estudante do Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Associada à Abrasco e à Alames - Asociacion Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva.

HELENA MARIA SCHERLOWSKI LEAL DAVID

Enfermeira. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Mestrado Profissional em Telemedicina e Telessaúde da UERJ. Integra o GT EdPopSaúde/Abrasco.

JOÃO VINÍCIUS DOS SANTOS DIAS

Psicólogo. Educador Popular. Doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - LAPS/ENSP/Fiocruz. Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

JORGE LUIZ DA SILVA

Psicólogo. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisador do Núcleo Feminista de Pesquisa em Gênero e

Masculinidades - GEMA/UFPE. Compõe o Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial - Libertando Subjetividades.

JOSÉ CARLOS DA SILVA (CARLOS SILVAN)

Historiador, Antropólogo, Sanitarista e Professor. Doutorando em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisador do LABERER e LABEGESP da UFPE. Integra a Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), a Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped) e o GT EdPopSaúde e o de Racismo e Saúde da Abrasco.

JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA

Médico. Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor Titular em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar). Docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF e PROFSAUDE) e Ciências e Saúde. Integra o GT EdPopSaúde/Abrasco e é vice-presidente da Abrasco.

JULIANA FIGUEIREDO SOBEL

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Pernambuco.

KARINA C. CAETANO

Filósofa. Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Atualmente, trabalha com comunicação e educação em saúde no Nascer no Brasil e Rede PMA - Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

LIAMARA DENISE UBESSI

Psicóloga. Enfermeira. Sanitarista. Educadora popular. Doutora e pós-doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. Integra o Coletivo Povaréu Sul, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde e a Coletiva de Mulheres que Ouvem Vozes. Trabalha com a perspectiva do movimento internacional de Ouvidores de Vozes, Saúde Mental e Coletiva, Educação, Movimentos Sociais, Políticas Públicas, Gestão e Atenção em Saúde.

LUANDA DE OLIVEIRA LIMA

Cientista Social. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Mestre em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Gênero e Sexualidade pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Integra o Núcleo de Coordenação do GT EdPopSaúde/Abrasco, o Movimento Mães e Crias na Luta e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde - ANEPS.

MARGARITA SILVA DIERCKS

Médica de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Integra o Centro de Estudo e Pesquisa em Atenção Primária à Saúde do SSC/GHC.

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Graduação em Enfermagem e das Pós-Graduações em Saúde Coletiva, em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Integra o GT EdPopSaúde/Abrasco.

MARIA WALDENEZ DE OLIVEIRA

Enfermeira, doutora em Educação e professora titular pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Atua como professora sênior no Departamento de Metodologia de Ensino e no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFSCar. Membro da Rede de Educação Popular e Saúde, do GT EdPopSaúde/Abrasco e do GT de Educação Popular da Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Educação (ANPEd).

MIRNA NEYARA ALEXANDRE DE SÁ BARRETO MARINHO

Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Ensino na Saúde pela UECE e especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP) e em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Enfermeira na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA - CE). Integra o Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva (GPSPESC)/UECE.

MUNA MUHAMMAD ODEH

Bióloga. Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Membro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB. Integra o GT de Educação Popular e Saúde da Abrasco.

NEIDE EMY KUROKAWA E SILVA

Psicóloga, doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora Associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IESC/UFRJ. Integra o Laboratório

Interdisciplinar de Direitos Humanos e Saúde - LIDHS, IESC/UFRJ.

NORMALENE SENA DE OLIVEIRA

Enfermeira. Doutoranda em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), na linha de Pesquisa Práticas Sociais e Processos Educativos. Membro do Grupo de Pesquisa Educação Popular em Saúde da UFSCar. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Catalão (UFCAT).

PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Médica. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora adjunta da Universidade de Pernambuco e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz. Integra o GT EdPopSaúde/Abrasco.

PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ

Nutricionista. Doutor em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB. Integra o GT EdPopSaúde/Abrasco.

PENHA FARIA DA CUNHA

Graduada em odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Saúde Coletiva pela UFF. Trabalha na Central de Regulação, Contratualização, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Friburgo.

RENAN SOARES DE ARAÚJO

Nutricionista. Mestrando em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na linha de pesquisa em Educação Popular. Membro do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular (EXTELAR) da UFPB. Integra a Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP).

ROBERTA ANTUNES MACHADO

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Docente no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul - Campus Rio Grande. Integrante da Coletiva de Mulheres que Ouvem Vozes; do Grupo de Pesquisa Enfermagem em Saúde Mental e Saúde Coletiva da UFPel; e do Grupo de Pesquisas Interdisciplinares: Educação, Saúde e Sociedade da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

SABRINA HELENA FERIGATO

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Credenciada no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar e no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Unicamp.

TALITA ABI RIOS TIMMERMANN

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-graduanda em Gestão em Saúde pela UFRGS. Atualmente, atua como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica e de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no SUS de Panambi/RS.

THAYZA MIRANDA PEREIRA

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

TIAGO ZANQUÊTA DE SOUZA

Biólogo. Doutor em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação e do Programa de Mestrado Profissional em Educação: formação docente para a Educação Básica, ambos da Universidade

de Uberaba (Uniube). Segundo líder do Grupo de Pesquisa Formação Docente, Direito de Aprender e Práticas Pedagógicas (FORDAPP)/Uniube. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Práticas Sociais e Processos Educativos (PSPE)/UFSCar.

TIANA BRUM DE JESUS

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Atua no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, compondo a equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica da Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST).

VALÉRIA FERREIRA ROMANO

Médica de Família e Comunidade. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM/UFRJ). Coordena o Laboratório de Estudos em Atenção Primária à Saúde da FM/UFRJ.

VERA LÚCIA DE AZEVEDO DANTAS

Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Integra o Núcleo de Coordenação do GT EdPopSaúde/Abrasco e o Laboratório Ekobé de Cuidado, Cultura e Educação Popular em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

SUMÁRIOS DOS DEMAIS VOLUMES

VOLUME 1 **Educação Popular** **e a (re)construção de horizontes formativos na saúde**

APRESENTAÇÃO

Criacionices nas graduações em saúde

Educação Popular em Saúde: reflexões sobre as estratégias metodológicas utilizadas na formação em saúde

Isabela Santos Sousa, Tiago Pascoal dos Santos, Amora Ferreira Menezes e Jane Mary de Medeiros Guimarães

Pairamos: uma experiência de educação popular em saúde com gestantes e puérperas e estudantes de medicina

Karina C. Caetano, Sônia Beatriz dos Santos, Gabriela Pires da Rosa, Ana Beatriz Rodrigues Elias e Maurício Gimenes Marin Neto

A Educação Popular em Saúde na formação de graduandos em saúde: construções a partir de um relato de experiência

Laura Sanches Rocha e Sabrina Helena Ferigato

Invencionices nas pós-graduações em saúde

“A nata do lixo, o luxo da Aldeia”:

vivências na atenção primária à saúde no SUS

Dayse Lôrrane Gonçalves Alves, Rayssa Veras Camelo, Marcela Helena de Freitas Clementino, Mairi Alencar de Lacerda Ferraz, Camila Gonçalves Monteiro Carvalho e Maria Rocineide Ferreira da Silva

Educação Popular Online: a experiência do Curso de
Especialização em Saúde da Família da UFPel
Rafael Fonseca de Castro e Ernande Valentin do Prado

Tecendo diálogos sobre Educação Popular em Saúde: perspectivas
de psicólogas residentes
*Vanessa Bezerra da Cunha, Jhulyane Cristine da Cunha Nunes, Camila
Siqueira Cronemberger Freitas e Rose Danielle de Carvalho Batista*

Extensão popular: conectando universidade e comunidade num “fazer com”

Caminhos da extensão universitária na perspectiva da educação
popular: uma abordagem histórica
Renan Soares de Araújo

Educação popular em saúde e redução de danos: extensão
universitária com estudantes do ensino médio noturno
*Gabriela Ferreira de Camargos Rosa, Mariana Vasconcelos Paranaíba,
Elisa Toffoli Rodrigues e Mariana Hasse*

A Educação Popular em Saúde como estratégia para a inserção da
Extensão Universitária em um currículo de graduação de um curso
médico
*Wallisen Tadashi Hattori, Lineker Fernandes Dias, Vilson Limirio Júnior,
Gabriel Marinho e Silva, Eric Brandão Pelúcio, Camila Amaro Guedes
Santos, Gustavo Antonio Raimondi e Danilo Borges Paulino*

Formação em saúde voltada para
o ambiente extramuros da universidade
*Clara Caroline dos Santos Silva, Jayara Mikarla de Lira, Jocellem Alves de
Medeiros, Maxsuel Mendonça dos Santos e José Jailson de Almeida Júnior*

ExperienciAÇÕES nos diverSUS dispositivos formativos

A aprendizagem pela experenciação
a partir da Educação Popular em Saúde

Michele Neves Meneses e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Educação popular e os dispositivos formativos VER-SUS, PET-
saúde e Rondon: é possível ressignificar saberes para potencializar
a formação interprofissional em saúde?

Gelvani Locateli, Natanael Chagas e Cláudio Claudino da Silva Filho

Vivências na Realidade do SUS de MT:

experiência com a Educação Popular em Saúde

*Lucas Rodrigo Batista Leite, Erika Aparecida de Oliveira, Gabriel William
Lopes, Romero dos Santos Caló, Aparecida Fátima Camila Reis, Amailson
Sandro de Barros, Talita Jeane Gonçalves Lopes e Sthefany Hortensia
Rafaela de Freitas Martins Felício*

Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde em
Montes Altos/MA: uma construção de educação popular em saúde
pelos caminhos do método de trabalho de base

Marcos Moreira Lira

VOLUME 3

Educação Popular

e a (re)construção de poéticas políticas no fazer saúde

APRESENTAÇÃO

**“Ô abre alas que eu quero passar”:
dos nossos afetos nesta chegada**

O que você traz na tua cuia

Paula Oliveira Barroso

Escrevivências para outros mundos possíveis

Clínica da Palavra: a poética do encontro na produção da vida
*Guilherme Ávila Salgado, Aline Guerra Aquilante e
Marcus Vinicius Campos Matraca*

Narrativa de um estudante de medicina sobre o racismo numa
escola pública de ensino fundamental
do município do Rio de Janeiro
Valéria Ferreira Romano e Kwegir Fleury Johnson

Leitura e escrita criativa: proposta de educação popular e cuidado
em contextos da atenção em saúde
*Rosana Maffaccioli, Magali Beatriz de Lima Borges,
Rosane Machado Rollo, Maria Marta Borba Orofino e
Cristianne Maria Famer Rocha*

BrincAÇÃO na construção de novas infâncias

A construção de uma escolinha popular: extensão, arte e educação
popular para a promoção da saúde
Paula Oliveira Barroso

Brincando e aprendendo: uso de recursos lúdicos na educação
popular em saúde com crianças escolares
*Jéssica de Alencar Ribeiro, Susanne Pinheiro Costa e Silva, Isabella
Martelleto de Teixeira de Paula e Gesualdo Gonçalves de Abrantes*

Polifonando: diálogos com as adolescências

No ar: “Saúde, Cor e Ação”, um programa de rádio construído
com adolescentes a partir da extensão popular
*Willian Fernandes Luna, Pedro Mendonça de Oliveira, Larissa Riani Costa
Tavares, Mariana de Almeida Prado Fagá e Osvaldo Diogo dos Santos*

Cinema e adolescência em roda – uma experiência de Educação Popular em uma unidade básica de saúde
Fernanda Fraïssat Santana, Margarita Silva Diercks e Camila Samara Funk

Do sensível nos processos de ensinar-aprender

Sentir, pensar e agir: uma experiência com metodologias participativas no Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS em Sobral, Ceará

André Luís Façanha da Silva, Hermínia Maria Sousa da Ponte, Manuelle Maria Marques Matias, Neires Alves de Freitas e Roniele Rodrigues de Souza

Educação popular na formação em saúde: Projeto VER-SUS como espaço de compartilhamento de saberes

Quiteria Larissa Teodoro Farias, Vitória Ferreira do Amaral, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Marcos Aguiar Ribeiro, Wallingson Michael Gonçalves Pereira e Maria Rocineide Ferreira da Silva

“Vem, vamos embora, que esperar não é saber”: das memórias que (retro)alimentam nossas andanças

Para não esquecer
Brunna Santos de Oliveira